

Mémoire de Maîtrise en médecine No 1802

Transferts des détenus des prisons vaudoises aux urgences du CHUV

Etudiante

Charlotte Leuba

Tuteur

Docteur Patrick Bodenmann

Médecin adjoint, PD-MER, MSc

Responsable de l'Unité des populations vulnérables

Centre de Médecine Générale – PMU /SMPP

PMU

Co-tuteur

Docteur Michel Cheseaux

Ancien médecin agréé SMPP - PMU

Expert

Professeur Bruno Gravier

Médecin chef du SMPP (Service de Médecine et Psychiatrie
Pénitentiaires), CHUV

Lausanne, septembre 2014

Table des matières

Table des matières	2
1. Abstract	3
2. Introduction et Objectifs	4
2.1 Contexte général	4
2.2 Fonctionnement du Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires	4
2.3 Problématique	8
2.4 Objectifs.....	9
3. Méthode.....	9
3.1 Revue de littérature	9
3.2 Immersion dans le milieu	9
3.3 Création de la base de données	9
3.4 Formulation de la recherche	10
3.5 Analyses statistiques	11
4. Revue exhaustive de la littérature	12
5. Résultats	17
5.1 Motifs de transfert	17
5.2 Échelle Suisse du Tri	18
5.3 L'Échelle Suisse du Tri en détails – chiffres 2013	19
5.4 Durée de séjour aux urgences	19
5.5 Examens effectués.....	20
5.6 Heures d'arrivée aux urgences.....	20
5.7 Coûts des transferts	21
6. Discussion.....	22
6.1 Motifs de transfert	22
6.2 Échelle Suisse du Tri	26
6.3 Durée de séjour aux urgences	27
6.4 Examens effectués.....	27
6.5 Télémédecine	28
6.6 Communication des informations.....	28
7. Limites et forces de ce travail.....	29
8. Conclusion	30

1. Abstract

Contexte

L'exercice de la médecine en milieu carcéral dans le canton de Vaud est assuré par le Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP). La population carcérale est d'environ 720 détenus repartis dans 5 établissements, certains surpeuplés, dont le plus éloigné du CHUV se trouve à 30 kilomètres. Le SMPP assure une prise en charge générale et organise près de 700 consultations spécialisées par année, principalement au CHUV. La prise en charge des urgences dans ces prisons donne lieu à de nombreux transferts au service des urgences du CHUV. Ceux-là augmentent le temps de prise en charge, sont extrêmement coûteux, ils sont risqués du point de vue sécuritaire et souvent désagréables pour la population carcérale, reconnue comme vulnérable du point de vue sanitaire. Les affections psychiatriques, maladies infectieuses et cardiovasculaires sont effectivement très fréquentes. De plus, les transferts représentent également une charge de travail non négligeable pour les urgences qui ne sont, a priori, pas entièrement préparées à soigner ce type de population.

Objectif

Nous avons souhaité définir si les transferts de 2011 à 2013 étaient ou non justifiés selon la nature de ceux-ci et les prises en charge possibles relatées dans la littérature.

Méthodologie

Tout d'abord, le travail a nécessité une prise de connaissance du monde carcéral vaudois et de l'organisation des soins en prison qui sont régis par le SMPP. Ensuite, on s'est penché sur la littérature concernant les spécificités de la prise en charge des urgences en milieu carcéral. Une partie importante de ce travail est l'étude rétrospective des dossiers des patients transférés aux urgences depuis les 5 prisons du canton de Vaud des années 2011 à 2013. Les variables observées sont les motifs de transfert, leur gravité selon l'Échelle Suisse du Tri, les types d'examens effectués aux urgences, les heures d'arrivée et les durées d'hospitalisation.

Principaux résultats

Il y a en moyenne 224 transferts par année et ils sont en constante augmentation depuis 2011. La principale cause de transfert sur les 3 années est l'ingestion de corps étrangers, représentant 16,2% du total des patients transférés. Les autres causes souvent retrouvées sont les tentamens, les abus médicamenteux et les douleurs abdominales. Plus de 50% des transferts sont classés en degrés d'urgence 3 (situation semi-urgente) selon l'Échelle Suisse du Tri. Moins de 10% sont non-urgents selon la même échelle. La durée moyenne de séjour aux urgences est deux fois plus longue que pour les patients « standards » et 70% des transferts ne débouchent que sur des examens « simples », soient des radiographies, examens de laboratoire et électrocardiogrammes.

Conclusion

Il apparaît qu'en regard des différentes variables observées, ces transferts sont, en l'état actuel et pour la large majorité, justifiés. Les différents motifs de transferts sont difficilement comparables avec la littérature, étant donnée la répartition choisie, mais néanmoins semblables. Si les transferts sont pour la plupart justifiés, ils ne seraient pas inévitables dans un contexte différent. Ainsi, on entrevoit dans ce travail plusieurs pistes d'amélioration de prise en charge qui sont le renforcement du travail de prévention, la télémédecine et l'aménagement d'outils diagnostiques en prison.

2. Introduction et Objectifs

2.1 Contexte général

La nécessité des soins en milieu carcéral n'est plus à démontrer depuis longtemps. L'organisation de ceux-ci est en constante amélioration et est régie par des recommandations aux niveaux national et international. Du point de vue éthique, l'exercice de la médecine en milieu carcéral repose sur des principes fondamentaux. Ainsi, notre réflexion est basée sur le respect de ces derniers, et plus particulièrement, en lien étroit avec les transferts des détenus, celui de l'équivalence des soins.

À l'heure actuelle, on distingue deux types de secteurs hospitaliers qui accueillent et soignent les détenus. On connaît les établissements pénitentiaires hospitaliers, où le centre fait partie intégrante de la prison, les transferts de patients y sont évidemment facilités. Ces formes-là sont en général développées dans les établissements regroupant plus de 1000 détenus. On peut citer en exemple la prison de San Vittore à Milan, ou celle de Fresnes, en France. L'autre type est celui d'un secteur pénitentiaire dans un hôpital civil, comme aux Hôpitaux Universitaires de Genève, ou à l'Île, à Berne. Le CHUV ne dispose pas d'un tel centre, il travaille cependant avec le HUG pour les séjours de longue durée¹.

2.2 Fonctionnement du Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires

Depuis 1995, le SMPP assure la prise en charge médicale en prison dans le canton de Vaud. Faisant partie du Département de psychiatrie, il est rattaché au CHUV et indépendant du service pénitentiaire. Ainsi, l'exercice de la médecine peut avoir lieu aisément selon les principes de base convenus actuellement qui sont: le droit à la consultation médicale, le secret médical et la confidentialité, l'équivalence des soins et le consentement libre et éclairé. La Suisse reconnaît les recommandations émises par le conseil de l'Europe² et dispose elle-même de directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales³. Ce service se doit donc de répondre, dans l'idéal, à ces directives.

Dans le canton de Vaud, on dénombre cinq établissements pénitentiaires abritant environ 720 détenus avec des régimes variés: la détention avant jugement pour les 2/3 de la population carcérale et l'exécution de peine^{4,5}. Cela a une influence non négligeable sur les soins : l'avenir incertain de la détention avant jugement peut modifier ou compliquer la planification d'un traitement, elle représente également une période extrêmement stressante. Le nombre de places ne représente pas forcément le flux de patients au SMPP. C'est pourquoi, on décompte la population globale, c'est-à-dire les détenus au 01.01 de l'année et ceux qui entrent durant l'année. Ils sont en moyenne 2794⁶ par année. À Lausanne, le Bois-Mermet est un lieu de détention avant jugement disposant de 100 places mais surpeuplé jusqu'à des taux de 170% en y installant des lits à étage ou en ajoutant des matelas au sol. Les Etablissements de la plaine de l'Orbe (EPO) regroupent le pénitencier de Bochuz

¹ Bertrand Dominique, *Secteurs Hospitaliers*, in *Médecine, Santé et Prison*, éditions médecine et hygiène, Genève, 2006, pp.237-246

² *Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire*, Recommandation N° R(98)7 adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 8 avril 1998, publications/rec7f-98

³ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Exercice de la médecine auprès de personnes détenues*, Directives médico-éthiques de l'ASSM, 2002, mise à jour 2012

⁴ Statistique du SMPP pour la Croisée, 2007

⁵ Site officiel du canton de Vaud : <http://www.vd.ch/themes/securite/penitentiaire/>, état au 16.06.2014

⁶ Moyenne de 2003 à 2013, Statistique du SMPP, 2013

et la Colonie, lieux de sécurité haute et basse respectivement, pour un total de 260 places. Les détenus y exécutent leurs peines. Sur le même site, la Croisée est une prison de détention avant jugement dont la capacité est de 196 places. À Lonay, la Tuilière dispose de 61 places pour les femmes sous tous les régimes, et de 35 places pour les hommes en détention avant jugement. Cette dernière est également surpeuplée, le nombre officiel de place étant de seulement 82. On y trouve également le secteur mère-enfant.

Le SMPP est formé de cinq équipes médicales, une infirmerie existe sur chaque établissement et une consultation ambulatoire est proposée à Cery. Celle-ci a principalement pour responsabilité la prise en charge des patients astreints à une injonction légale de soins. Plusieurs missions, définies par le Conseil d'Etat et figurant dans le rapport Kleiber du 7 février 1995, sont assurées par le SMPP:

1. « Répondre aux besoins en matière de prise en charge psychiatrique des détenus en détention avant jugement, condamnés ou astreints à une mesure thérapeutique⁷.
2. Développer un système de soins coordonnés capable d'assurer le suivi médical somatique des détenus.
3. Améliorer sensiblement les prises en charge des détenus toxicomanes en conformité avec les exigences thérapeutiques actuelles.
4. Développer des actions de promotion de la santé ainsi qu'une évaluation épidémiologique.
5. Améliorer la coordination avec les circuits de soins médicaux et sociaux extérieurs à l'institution pénitentiaire.
6. Développer la formation et l'enseignement, tant au sein des équipes pénitentiaires qu'en milieu universitaire, en particulier dans les domaines mal connus (par exemple la délinquance sexuelle).
7. Améliorer et rationaliser l'utilisation des ressources et en particulier le système de facturation pour générer de nouvelles recettes. »⁸

Les infirmeries du SMPP fonctionnent comme des centres de consultations ambulatoires, avec des heures d'ouvertures. Cependant, un piquet infirmier est disponible de 17h30 à 7h30, ainsi que les week-ends et peut faire appel aux médecins psychiatre ou somaticien de garde si besoin.

2.2.1 Entrées médicales et consultations

« Les détenus devraient avoir accès, si leur état de santé le nécessite, à tout moment et sans retard, à un médecin ou à un, -e infirmier, -ère diplômé, -e, quelque soit leur régime de détention. Tous les détenus devraient bénéficier d'une visite médicale d'admission »⁹.

Dans le respect des recommandations internationales, chaque détenu, lors de son entrée en prison, est, en théorie, vu par un membre de l'équipe infirmière dans les 24 heures et par un médecin, dans

⁷ Art 59 : traitement institutionnel, théoriquement dans un lieu adapté, éventuellement en prison, d'une durée de 5 ans

Art 63 : traitement ambulatoire (trouble psychique, toxicomanie), peine suspendue

Art 64: internement si le délinquant présente un danger et a commis une infraction grave, commence après la peine, peut être prononcé a posteriori

⁸ Rapport Kleiber, 7 février 1995

⁹ *Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire*, Recommandation N°R(98)7 adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 8 avril 1998, publications/rec7f-98

la semaine, si possible. Le nombre de visites d'entrées infirmières s'élève à 1671 pour 2013. Néanmoins, 4,7% des prisonniers n'en ont pas bénéficié¹⁰. La consultation infirmière permet d'évaluer l'état de santé, les risques d'infection (tuberculose, HBV, HCV, HIV notamment), la consommation de substances, d'éventuels toxicodépendsances ou syndromes de sevrage (opiacés, alcool par exemple). Sur le plan psychiatrique, on procède à l'évaluation selon l'orientation, la vigilance, l'humeur, le comportement, le discours, le délire et les hallucinations. On estime l'impact du choc de l'incarcération et du risque suicidaire. Ce dernier étant augmenté par l'incarcération, la question est posée à tous les détenus afin de mettre en place des mesures de prévention si besoin. La notion de séjour en hôpital psychiatrique est aussi recherchée. La consultation médicale somatique et/ou psychiatrique complète les investigations et permet la mise en place d'un traitement, d'un schéma de sevrage ou de dépistages. Pour 2013, on compte 1234 visites d'entrées effectuées par un médecin¹¹. Pour le dépistage de la tuberculose, une radiographie de thorax est systématiquement faite. Pour assurer une continuité des soins, il est important de prendre connaissance des traitements que les patients ont à l'extérieur, de leurs antécédents, allergies, comorbidités et de leur état vaccinal.

Hormis cette occasion systématique à l'entrée, les détenus ont la possibilité de faire appel, par écrit, au service médical. Les demandes sont remises au personnel médical qui organise les consultations, infirmières d'abord, puis médicales si besoin. Il existe une liste de médicaments que les infirmiers, -ières peuvent distribuer sans ordre du médecin, ce qui permet un premier tri. En 2013, le nombre de consultations somatiques était de 4291. Le quart des diagnostics somatiques posés en prison sont du ressort de la dermatologie et de l'atteinte du système ostéo-articulaire. Effectivement, on rencontre de nombreux problèmes de mycose, d'acné, de dermatite et d'eczéma ou de dorsolombalgies, de douleurs arthrosiques, de périarthrites scapulo-humérales et d'épicondylites¹². Ce sont 24,8% des diagnostics posés en 2009. Suivent les atteintes de l'appareil digestif, représentant 11% des pathologies reconnues, dont les affections bucco-dentaires, les dyspepsies, les reflux gastro-œsophagiens, côlons irritable et hémorroïdes. Les infections à HIV, HCV et HBV représentant 9,4% des diagnostics posés¹³. Les troubles respiratoires et les traumatismes sont également à relever.

C'est le nombre de consultations psychiatriques qui a le plus augmenté durant les dix dernières années avec un total de 3099 entretiens avec un psychiatre en 2003 passant à 5281 en 2013 (+41%). De nombreuses demandes sont liées à des perturbations du sommeil. La substitution à la méthadone, de la phase initiale de la prescription dans un but de stabilisation à l'instauration et au suivi du traitement de maintenance ou aux schémas dégressifs de sevrage prennent également une place importante dans la pratique du psychiatre¹⁴. L'abus de substance est le diagnostic psychiatrique principal posé en prison avec, en 2009, plus de 750 diagnostics pour 900 patients suivis. Il est encore important de noter que 53% de la population carcérale a déjà consommé un stupéfiant. On sait également que, malgré l'interdiction, 1 détenu sur 5 consomme des produits en prison¹⁵.

¹⁰ Statistiques du SMPP, 2013

¹¹ *Idem*

¹² Daniel Beer et Bruno Gravier, *La médecine générale en milieu de détention*, Revue Médicale Suisse 88, 2006

¹³ Statistiques somatiques du SMPP, 2009

¹⁴ Catherine Ritter, *Approche des addictions en milieu carcéral*, Médecine, Santé et Prison, éditions médecine et hygiène, Genève, 2006

¹⁵ Anne Iten, Bruno Gravier, *Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse romande (EPIPS)*. Suisse-Sida-Recherche, pp. 20-21, 2003

Diagnostics portés en consultation de médecine générale, 2009¹⁶	
BSH	17,5 % (464)
Ostéo-articulaire	12,4 % (328)
Peau	12,4 % (328)
Appareil digestif	11 % (293)
Infection HIV (5x), SIDA (3,5x), HBV (5-10 x) et HCV (7x)	9,4 % (249)
Appareil respiratoire	8,2 % (218)
Traumatismes et empoisonnements	5,9 % (157)
Endocrinien	5,6 % (148)
Appareil circulatoire	5,5 % (145)
Système nerveux	4 % (106)
Autres Symptômes et signes et états mal définis, génito-urinaire, yeux, oreille, sang, tumeurs bénignes, lésions auto-infligées et malformations congénitales	8,5 % (154)

À la Tuilière et aux EPO, il existe deux unités de psychiatrie en milieu pénitentiaire qui fonctionnent comme des centres de traitement de jour et offrent 21 places en tout. Les détenus ont la possibilité de participer à des séances d'ergothérapie et à des groupes de parole notamment. Les traitements y sont distribués sous surveillance.

Certaines consultations peuvent être proposées par l'infirmier, -ère référent ou par le médecin pour discuter avec le patient de différents sujets: vaccination, résultat d'analyse, maladies transmissibles (hépatites, SIDA, tuberculose), alcoolisme, toxicodépendance, capacité de travail en milieu carcéral, troubles psychiatriques et risque de suicide¹⁷. À cela s'ajoute encore la surveillance et la prise en charge des grèves de la faim.

2.2.2 Consultations spécialisées et examens

Il arrive que certains patients doivent être adressés à des spécialistes tels que dermatologues, gastroentérologues, pneumologues, infectiologues par exemple, ou qu'ils doivent passer certains examens pour lesquels le service médical ne dispose pas des moyens d'investigation. Cela signifie que les détenus doivent être transférés en fourgonnette par la Police cantonale, pieds et points liés jusqu'à l'hôpital où ils garderont les menottes aux pieds. Chaque prison a la possibilité de transférer en général deux patients par jour, sans compter les urgences. Le rendez-vous est fixé par les infirmiers sans que le détenu ne soit informé de la date, du lieu, ni de l'heure auxquels il est convoqué pour des raisons sécuritaires. Ces transferts électifs ne sont pas sans conséquence sur la charge de travail du personnel de sécurité. Les consultations spécialisées ont augmenté au cours des dix dernières années, passant de 288 en 2003 à 710 en 2013 (augmentation de 146%). Sur place, la

¹⁶ Michel Cheseaux, *Quelle précarité en prison ? Médecine sociale, déterminants sociaux de la santé*, présentation du 24.11.2011 dans le cadre des cours à options de l'Ecole de médecine de Lausanne: *Précarité et soins : des déterminants sociaux des patients aux compétences cliniques transculturelles des soignants*, D'après les statistiques somatiques du SMPP de 2009.

¹⁷ Daniel Beer, *Médecine générale en milieu de détention*, in *Médecine, santé et prison*, éditions médecine et hygiène, Genève, 2006

surveillance incombe aux agents de sécurité du CHUV. On rappelle que des informations sur la santé du patient ne doivent pas être données à des tiers mais au SMPP qui fait suivre seulement avec l'accord du patient. Le secret médical s'applique, envers les membres des autorités judiciaire et pénitentiaire.

Ces dernières années, afin de diminuer ces transferts électifs, le SMPP a développé des consultations spécialisées dans les différentes prisons. On dénombre 62 consultations dermatologiques en prison en 2013.

2.2.3 Urgences médicales

En cas d'urgence vitale, c'est le SMUR qui intervient, appelé soit par le SMPP ou les agents de détention qui en informent le SMPP, par exemple en cas de tentative de pendaison ou d'ingestion de corps étrangers (notamment lames de rasoir). Il est possible également que le SPEN fasse appel au piquet infirmier, il existe alors un schéma d'intervention où l'infirmier, après évaluation, décide s'il appelle le médecin (pour les soins somatiques, SOS médecins La Côte, une organisation médicale d'intervention à domicile, sinon le psychiatre de garde du SMPP), le 144 ou qu'il gère lui-même la situation. En cas d'agitation, d'injection de psychotrope contre le gré du patient, d'agression d'un membre du personnel, ou d'un décès, le psychiatre se déplace d'office. Un certain nombre d'actes sont faisables sur place, comme certaines sutures. Si la situation est de l'ordre d'une crise suicidaire ou d'un placement en cellule médicale, la décision d'un déplacement du psychiatre est prise de concert avec l'infirmier.

Rappelons que l'évaluation du patient n'est pas aisée. Effectivement, les difficultés de communication médecin-patient liée à l'interprétation différente des symptômes, les représentations culturelles variables de certaines pathologies et le stress du à l'incarcération rendent parfois un tableau symptomatique plus bruyant¹⁸. Par ailleurs, le service médical en prison ne dispose pas de moyens d'investigation aussi pointus qu'en milieu hospitalier. De fait, des transferts en urgence se révéleront souvent nécessaires afin de poursuivre la prise en charge.

2.3 Problématique

Si le SMPP est très présent dans chaque prison, il ne peut évidemment pas tout assumer. Il n'est ni un établissement pénitentiaire hospitalier, ni un secteur hospitalier pénitentiaire dans un hôpital civil, mais un centre de soins médicaux et infirmiers « intermédiaires ». On peut dire que les services fonctionnent comme des infirmeries et ne disposent pas de tous les moyens techniques d'un hôpital. De nombreux cas demandent des soins que seuls un hôpital ou un spécialiste peuvent offrir. Ainsi, il est nécessaire de transférer des patients d'une prison au CHUV, notamment. Ces transferts sont, dans l'idéal prévus à l'avance et assurés par le service de transfert de la police. En cas d'urgence qui ne peut être différée, une ambulance accompagnée de la police doit s'en charger si l'organisation habituelle en fourgonnette n'est pas disponible. Cette situation n'est pas rare, les transferts électifs en fourgonnette étant nombreux. La prise en charge d'une situation d'urgence au SMPP doit suivre le diagramme de flux précis. L'accès aux soins pour le patient est donc assuré, mais lorsqu'il y a un transfert ce n'est pas sans conséquence sur les principes d'accès et d'équivalence des soins si on compte le délai de recrutement d'un véhicule de transport, la prise en charge sur place dans

¹⁸ Iten A., Gravier B., Elger B., *Difficultés rencontrées lors de la prise en charge médicale de patients vivant en milieu carcéral*, Médecine et Hygiène 61(2435), pp. 928-935, 2003.

l'urgence qui n'est pas idéale au vu des installations inadéquates en milieu pénitentiaire et le manque éventuel de place dans les établissements d'accueil¹⁹. Tous ces transferts ne sont pas anodins non plus pour l'organisation de la prison, du point de vue sécuritaire, ils sont une charge de travail importante pour la police et sont de fait relativement onéreux.

Par ailleurs, l'évaluation des symptômes en milieu carcéral se révèle parfois être encore plus délicate que lors d'une autre situation d'urgence. La population carcérale est multiculturelle avec, en 2013, 97 origines différentes chez les détenus du canton de Vaud. En 2013 toujours, 82,8% de la population carcérale est d'origine étrangère²⁰. De fait, on peut supposer que cette population réagisse différemment selon des représentations culturelles variables, ou à cause d'un stress dû à l'incarcération et ainsi donner lieu à un tableau clinique plus impressionnant²¹. Dès lors, on peut supposer que nombre des transferts effectués en urgence sont aussi dus à une incompréhension ou une mauvaise communication entre le médecin et son patient. D'où l'idée d'un tel travail, dans lequel il s'agira de saisir, à travers les chiffres de ces dernières années, les différents types de transferts en urgence. Ce qui nous permettra ensuite d'affirmer dans quelle mesure ils sont justifiés ou non.

2.4 Objectifs

La question principale de ce travail est celle-ci : **les transferts des patients détenus dans les prisons du canton de Vaud aux urgences du CHUV de 2011 à 2013 sont-ils tous justifiés ?**

3. Méthode

3.1 Revue de littérature

Par souci scientifique, il est central de faire une revue de littérature concernant la médecine pénitentiaire, et précisément les urgences et la gestion de celles-ci en milieu carcéral.

La revue de littérature s'est effectuée dans Pubmed avec les mots clés suivants (comprenant les termes associés) : prison, health, transfert, transport emergency.

Bien qu'à ce sujet, la littérature soit relativement limitée, il faut prendre connaissance des pratiques de la médecine d'urgence dans les autres prisons de Suisse et à l'étranger. Cela permettra d'avoir une vue plus large des différentes possibilités de prise en charge. Enfin, cela permet d'entrevoir les éventuelles alternatives aux transferts qui, si elles existent et sont applicables, contestent la pratique actuelle des transferts.

3.2 Immersion dans le milieu

Afin de comprendre le plus globalement possible le monde carcéral et les différents défis à relever dans l'exercice de la médecine dans un tel milieu, ce travail est constitué d'une immersion en milieu pénitentiaire à travers des visites des établissements du canton de Vaud. Cette démarche s'accompagne de différents entretiens avec les médecins responsables et plusieurs lectures de documents de présentation du SMPP, de règlements et d'instructions au personnel soignant.

3.3 Création de la base de données

Les détenus qui entrent au CHUV sont surveillés par le service de sécurité interne. Chaque arrivée est donc documentée par ce service. Ainsi, à partir des données de la sécurité du CHUV, nous avons

¹⁹ Shalit M., Lewin M.R. *Medical care of prisoners in the USA*, The Lancet 2004 ; 364 :34-35

²⁰ Statistiques SMPP, 2013

²¹ Iten A., Gravier B., Elger B., *op. cit.*

recherché dans les dossiers médicaux des patients les motifs de transfert, les examens effectués, la durée d'hospitalisation et le degré d'urgence selon l'Échelle Suisse du Tri, validée par la SSMUS²².

Plusieurs points ont été recensés:

- Quels sont les motifs de transfert les plus fréquents ?
- Quels sont les degrés d'urgence, selon l'Échelle Suisse de Tri (EST), des situations transférées ?
- Quels sont les examens les plus fréquemment effectués ?
- Quelle est la durée moyenne de l'hospitalisation ?
- À quel moment de la journée les patients sont-ils transférés ?

Selon les types d'urgences expérimentées auparavant dans les établissements pénitentiaires du canton de Vaud, nous avons définis certains items qui ont permis une classification des transferts selon leurs motifs. Nous avons retenus les catégories suivantes : ingestion de corps étrangers, détresse respiratoire (SDRA), abus médicamenteux, tentamen, mutilation, traumatologie, douleurs (autres qu'abdominales et thoraciques), douleurs thoraciques, douleurs abdominales, épilepsie, céphalées, urgence psychiatrique, alcoolisation aiguë (OH aigu), problème cutané et autres. Les ingestions de corps étrangers et les abus médicamenteux ne se produisent pas seulement dans des contextes de tentamen, c'est la raison pour laquelle ils ont été traités séparément. Pour les cas dits mixtes, c'est le motif retrouvé dans la lettre de sortie qui a fait foi. Les mutilations forment également une catégorie dont les limites sont, parfois floues et qui comprend les automutilations.

Chaque patient qui se présente aux urgences du CHUV est orienté selon l'EST par un infirmier de tri. Ces chiffres ont été retrouvés dans les dossiers médicaux des patients incarcérés transférés.

La durée d'hospitalisation permet d'évaluer les types de soins procurés aux urgences. Les patients hospitalisés à long terme ne le sont théoriquement pas au CHUV mais dans l'unité carcérale du HUG, pour autant que la disponibilité le permette. Il est intéressant de voir combien de patients peuvent retourner en prison après moins de 24 heures aux urgences. Dans de tels cas, on peut se demander quelles mesures permettraient de traiter ces patients sur place, dans un hôpital carcéral ou un centre de soins mieux aménagé.

Le coût moyen d'un transfert est un élément important. Cependant, nous n'avons pu en donner qu'une estimation. Les variables comprenant le moyen de transport utilisé, l'établissement d'où vient le patient et les mesures sécuritaires notamment étant trop nombreuses et difficilement mesurables.

3.4 Formulation de la recherche

La population observée est celle des détenus des 5 prisons du canton de Vaud décrites plus haut. L'aboutissant de ce travail est de dire si les transferts sont justifiés ou non au regard des différentes variables observées.

Nous avons donc mené une étude observationnelle rétrospective des dossiers archivés des urgences du CHUV des patients provenant des prisons du canton de Vaud sur les années 2011, 2012 et 2013.

²² Olivier T. Rutschmann, PD, Robert S. Sieber, Olivier W. Hugli, PD, *Recommandations de la SSMUS (Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage) pour le triage dans les services d'urgences hospitaliers en Suisse*, Bulletin des médecins suisses, 2009 ; 90 :46

3.5 Analyses statistiques

Elles sont exclusivement descriptives. L'évolution des chiffres entre 2011 et 2013 a été observée et mise en relation avec l'évolution de la population carcérale.

Dans la mesure du possible, nous avons décrit quels types de transferts présentent les degrés d'urgence les plus sévères.

4. Revue exhaustive de la littérature

La recherche s'est effectuée avec les mots clés cités plus hauts, les articles ont ensuite été triés par pertinence d'après leurs abstracts. De plus, certains articles particulièrement intéressants pour notre recherche ont aussi permis de retrouver des références liées.

Tout d'abord, il est à rapporter un article central d'une étude réalisée à Berne sur les admissions aux urgences des patients en attente de transfert vers l'hôpital carcéral²³. Les données recueillies ont été les suivantes : motif de recours, notion d'abus de substance, maladie transmissible et fréquence de réhospitalisation, genre, âge, et nationalité.

D'après l'article, on peut dire que la connaissance de la médecine en milieu carcéral reste limitée par le peu d'études publiées et que les prisonniers sont une population vulnérable au niveau de leur santé parce qu'on retrouve souvent les caractéristiques suivantes : bas niveau de formation et difficultés linguistiques, personnes migrantes. Il nous est rappelé que les maladies psychiatriques sont très fréquentes et en partie sous-diagnostiquées. Les conclusions signalent que la plupart des transferts sont dus à des affections psychiatriques (43,4%). Ensuite, l'étude a observé que la cause de 31,6% des transferts était d'ordre médical contre 25% chirurgical. Les patients ayant besoin d'un traitement médical étaient significativement plus âgés que ceux ayant recours à la chirurgie et à la psychiatrie. Par ailleurs, il y a une forte prévalence des maladies infectieuses et cardiovasculaires en prison. Selon cette étude toujours, le nombre de prisonniers suivis dans le service d'urgences de l'Inselspital est en augmentation.

Il y a deux services hospitaliers carcéraux en Suisse : Berne et Genève. Celui de Berne dispose de 13 lits, les soins sont somatiques et psychiatriques. Ce service emploie des collaborateurs formés et est équipé pour faire face à la population particulière venant du monde carcéral. Cependant, c'est le service des urgences qui est responsable des hospitalisations, ce point est important car il est le premier de la chaîne de soins. Ainsi, l'importance d'une bonne qualité de communication entre le service des urgences et du personnel médical pénitentiaire est soulignée dans la conclusion. Il est également rappelé que le service des urgences de l'Inselspital est une composante centrale du système de soins de base pour les prisonniers.

Touchant directement le sujet de ce travail, on peut relever un autre article observant l'augmentation des admissions dans un service d'urgence en Ecosse après la construction d'une prison aux environs²⁴. Bien que cette augmentation soit légère, il est soulevé que le transfert de prisonniers dans un service d'urgence donne lieu à des demandes spécifiques, et que l'arrivée de détenus dans le service des urgences perturbe son fonctionnement. Il est intéressant de se pencher sur les principales causes de transfert. La majorité des motifs de recours est l'automutilation avec 22% des transferts, de près suivent les blessures dues à des violences et au sport.

À propos du transport des prisonniers en urgence, une étude sur les urgences transférées en hélicoptère signale que les recommandations concernant le tri des patients sont basées sur l'évidence, mais qu'elles ne sont pas toujours utilisées de manière appropriée. Ce domaine continue

²³ Pfortmueller CA, Aulmann G, Lindner G, Perrig M, Müller TJ, Zimmermann H, Exadaktylos AK, . *Emergency department admissions to a prison hospital: a retrospective cohort study from Switzerland*, Swiss Med Wkly, 2013 Feb 15;143:w13753

²⁴ Boyce SH, Stevenson J, Jamieson IS, Campbell S, *Impact of a newly opened prison on an accident and emergency department*, Emerg Med J. 2003 Jan;20(1):48-51.

d'évoluer malgré que le tri en milieu carcéral soit compliqué par la limitation des ressources, la haute prévalence de la violence et les mesures de sécurité²⁵.

Dans de nombreux articles, on rappelle que la population carcérale est une population vulnérable chez qui la prévalence de maladies infectieuses telles que le HIV et les hépatites est plus élevée que dans la population générale. De même, les maladies chroniques et les affections psychiatriques sont extrêmement prépondérantes. La forte prévalence des maladies chroniques mérite notre attention. On citera la fréquence importante par rapport à la population générale des maladies cardiovasculaires, de l'épilepsie, de cancers et de l'asthme. Les femmes semblent particulièrement touchées avec 81% (versus 65% des hommes) d'entre elles qui rapportaient au moins une maladie chronique dans une étude australienne²⁶. Dans le même article, la conclusion souligne que le milieu carcéral est un lieu d'accès aux soins pour une population éloignée des soins hors de la prison. Dans le contexte des maladies chroniques, la prise en charge du diabète est un bon exemple pour mettre en lumière les défis d'équivalence des soins et de prévention en prison, c'est pourquoi il est intéressant de développer ce point. Dans les recommandations américaines, la prévalence du diabète en milieu carcéral est de 4,8%²⁷. La mise en place d'une organisation spécifique est nécessaire dans la prise en charge du diabète notamment pour des raisons de sécurité, de transferts des prisonniers d'une prison à l'autre et de l'accès au personnel médical pour les prisonniers. Les conséquences des complications du diabète étant lourdes et nécessitant souvent des transferts aux urgences, il est encore plus important de les prévenir par une bonne prise en charge respectant les recommandations. Parmi les complications, on peut citer les événements cardiovasculaires, la perte de vision, les insuffisances rénales et les amputations. Le personnel médical sur place, voire même les gardiens, devraient pouvoir reconnaître les signes d'hypo- et d'hyperglycémie afin que la prise en charge soit rapide, comme l'administration de glucagon. Une bonne prise en charge sur place pourrait également permettre d'éviter un transfert hors de la prison qui augmente évidemment le temps avant la prise en charge. Dans le contexte carcéral, cela est d'autant plus sensible que ces signes peuvent se confondre avec ceux des intoxications à l'alcool et aux drogues. Au niveau de la prévention, il est également recommandé que les patients à moyen et à haut risque d'hypo- ou hyperglycémie soient assez vite identifiés, dans le but de diminuer le possible délai de prise en charge. De plus, il faudrait veiller à certains détails pratiques comme par exemple les heures de repas qui doivent être régulières selon le type de traitement. Un dernier point important est celui d'une bonne communication entre les différents partenaires, les personnels de santé et de sécurité des différents établissements où le patient a séjourné. Nous mesurons ici la nécessité d'une prise en charge globale dès l'entrée en prison et l'utilité du travail de prévention.

Concernant les comorbidités fréquemment retrouvées, on peut parler des dépendances en prison dont la prévalence est de 2 à 30 fois plus élevée, selon la substance, que dans la population²⁸. Dans l'étude bernoise citée plus haut, il est soulevé que les patients transférés souffrant de problèmes d'addictions sont significativement plus jeunes. Ils représentaient 16,7% (284) des patients transférés

²⁵ McIntosh Scott E., Todd Luisa E., Swanson Eric R., Youngquist Scott T., *Air Medical Transport of Prisoners*, *Air Medical Journal* 29:3, May-June 2010

²⁶ Butler T, Kariminia A, Levy M, Murphy M., *The self-reported health status of prisoners in New South Wales*, *Australian and New Zealand Journal Of Public Health*, 2004 Aug;28(4):344-50

²⁷ American Diabetes Association, *Diabetes Management in Correctional Institutions*, *Diabetes Care*, volume 34, Supplement 1, January 2011, S75-S81

²⁸ Ritter Catherine, *Approche des addictions en milieu carcéral*, in *Médecine, Santé et Prison*, éditions médecine et hygiène, 2006, pp. 173-189

pour des problèmes médicaux, sans compter un peu plus d'une centaine de patients transférés pour abus de substance²⁹.

Il est également nécessaire de noter le fort taux de violence et de consommation de substances. Sur la violence, on sait que les blessures sont fréquentes. Une étude de 2004 donne les chiffres suivants : 18-19% des prisonniers souffrent d'une blessure lors de leurs 3 premiers mois d'incarcération, les coupures et entorses sont les blessures les plus fréquemment retrouvées³⁰. C'est un élément important à citer ici, la violence étant une cause de transfert aux urgences.

Le monde carcéral suisse est particulièrement métissé avec un taux d'étrangers de 71,1% en moyenne ces 10 dernières années³¹. Ces paramètres ne sont pas sans conséquence sur la prise en charge médicale urgente et non urgente des patients détenus. Pour gérer les situations compliquées, il est souvent noté que ces populations doivent être prises en charge par des équipes soignantes disposant de « connaissances spécifiques éthno-socio-culturelles » et de compétences transculturelles³².

Un phénomène intéressant de par sa particularité et sa fréquence surprenante est celui de l'ingestion de corps étrangers. C'est une urgence difficile à traiter à cause d'un manque ou d'une méconnaissance des recommandations. Elle est fréquente chez les patients détenus souffrant de maladies psychiatriques, ces deux caractéristiques étant des facteurs de risque reconnus³³. Et comme on l'a vu, ils sont nombreux. Dans 80% à 90% des cas, les corps étrangers passent spontanément le tractus digestif. Seuls 10% à 20% nécessitent une intervention endoscopique³⁴. Ainsi, bien que la plupart des ingestions de corps étrangers n'exige pas d'intervention médicale, il est nécessaire d'observer quelques points dans la prise en charge, relatés dans un article de 2012³⁵. Le risque de perforation et d'obstruction doit être évalué, la localisation des corps étrangers dans le tube digestif peut se faire par radiographie, éventuellement par CT. Les objets non tranchants peuvent être évacués naturellement en 4 à 6 jours, tandis que les objets tranchants doivent être retirés par endoscopie avant leur passage dans l'intestin, de même que les objets longs (6-10cm). La chirurgie a lieu en ultime recours, s'il y a perforation ou des symptômes constants de douleurs et de vomissements. Dans l'évaluation, il est nécessaire d'établir la nature du corps étranger, quand celui-ci a été ingéré, sa localisation dans le tractus digestif et l'apparition d'éventuelles complications comme une hémorragie. Selon plusieurs articles, toutes les ingestions de corps étrangers ne constituent pas des urgences et la situation évolue généralement bien dans les 24 heures.

L'utilité de cette revue de littérature est également d'explorer les différentes pratiques existantes. Ainsi, on peut parler de l'article de Dominique Bertrand concernant les *Secteurs Hospitaliers* paru

²⁹ Pfortmueller CA, Aulmann G, Lindner G, Perrig M, Müller TJ, Zimmermann H, Exadaktylos AK, . *op.cit.*

³⁰ Butler T, Kariminia A, Levy M, Murphy M., *The self-reported health status of prisoners in New South Wales*, Australian and New Zealand Journal Of Public Health, 2004 Aug;28(4):344-50

³¹ OFS, *Privation de liberté, l'effectif de détenus au jour de relevé*, Concordat sur l'exécution des peines dans les cantons latins, 2009-2013

³² Académie Suisse des sciences médicales, *op. cit.*

³³ Damsa Cristina, Zürcher Marii, Damsa Traian, *Lésions auto-infligées par ingestion de corps étranger : point de vue du psychiatre*, Revue médicale suisse, 2011, 7, 232-4

³⁴ Palta Renee, Sahota Amandeep, Bemarki Ali, Salama Paul, Simpson Nicole, Laine Loren, *Foreign-body ingestion :characteristics and outcomes in a lower socioeconomic population with predominantly intentional ingestion*, Gastrointestinal endoscopy, 69, 3, part 1 of 2, 2009, pp 426-433

³⁵ Tammana VS, Valluru N, Sanderson A. *All the wrong places: an unusual case of foreign body ingestion and inhalation*, Case Rep Gastroenterol, 2012 Sep;6(3):778-783

*Médecine, Santé et Prison*³⁶. S'il est expliqué qu'on trouve différentes possibilités de soigner en prison, toutes sont soumises à plusieurs exigences qui sont l'accès aux soins, l'équivalence des soins, le consentement du patient, la compétence et l'indépendance des professionnels ainsi que le respect des conditions de sécurité. Ce sont les recommandations de base de l'exercice de la médecine en milieu carcéral. Mais à tous ces niveaux, on rencontre des éléments qui complexifient le respect de ces principes fondamentaux. L'accès aux soins peut être limité par l'éloignement du lieu de détention, la surpopulation et les exigences sécuritaires qui retardent par exemple un transfert vers un centre de soins. Le principe d'équivalence des soins s'illustre lorsqu'on considère un secteur hospitalier à l'intérieur d'une prison. Dans ce cas, celui-ci doit disposer d'autant de personnel qualifié et d'installations techniques qu'un centre hospitalier standard. Les aspects financiers ne doivent pas être un argument d'inégalité de soins. Ce point fait l'objet de la Recommandation N°R (98) 7 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe³⁷. La problématique de la sécurité est centrale lorsque le centre hospitalier se trouve hors du centre pénitentiaire. Une telle organisation requiert la présence de personnel sécuritaire : policiers, gardiens, convoyeurs avec qui le personnel de soins doit collaborer étroitement dans la planification des prises en charges médicales. Concernant les urgences, qui ne peuvent par définition pas être planifiées, il est nécessaire que la collaboration soit clairement définie au préalable de manière à ce que le transfert se déroule sans délai du point de vue médical et en respectant les règles de sécurité. Dans ce contexte, deux points pratiques sont soulignés : lors de l'administration d'un soin, il est recommandé par le Conseil de l'Europe que le personnel surveillant reste en dehors de la salle où est dispensé le soin pour garantir la confidentialité. Les menottes doivent être retirées pour respecter la dignité de la personne.

Une étude californienne de 2002 fait part de l'impact de la mise en place d'un service d'appel des médecins en urgence sur les transports en ambulance depuis une prison. Ces transferts ont significativement diminué en un an de 30,3/mois à 9,1/mois et les motifs les plus fréquents de recours à un transfert étaient les douleurs thoraciques, les traumatismes et des valeurs de laboratoire anormales³⁸.

Il a également été suggéré que l'amélioration d'une prise en charge et la diminution des délais permettaient de diminuer les complications et exacerbations des maladies chroniques et psychiatriques et ainsi de réduire les visites aux urgences³⁹. Cela est aussi souligné avec l'exemple du diabète dont il a été question plus haut.

L'importance d'un système de tri en prison a été mis en avant par une étude dans les années 1990 à 2000. Un tel système semble associé à une diminution des transferts de détenus blessés mais une sévérité accrue des cas transférés allant assez logiquement avec une augmentation de la durée d'hospitalisation et de la fréquence des interventions chirurgicales⁴⁰. Les prisonniers vus aux urgences ont diminué de 6,1%/an à 1,6%/an ($p < 0,001$) ; la durée est passée de 2,1 à 4 jours mais la

³⁶ Bertrand Dominique, *op. cit.*

³⁷ *Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire*, *op. cit.*

³⁸ Chan Theodore C., Vilke Gary M., Smith Sue, Sparrow William, Dunford James V., *Impact of an after-hours on-call emergency physician on ambulance transports from a county jail*, *Prehosp Emerg Care*. 2003 Jul-Sep;7(3):327-31

³⁹ Fox Karen C., Somes Grant W., Waters Teresa M., *Timeliness and Access to Healthcare Services via Telemedicine for adolescents in State Correctional Facilities*, *Journal of Adolescent Health* 41, 2007, 161-167

⁴⁰ Kuzak Nick, O'Connor Michael, Pickett William, O'Brien Terry, Reid Ken, Pearson Mary, *Impact of a prison triage system on injuries seen in emergency departments*, *CJEM*, July 2001; 3, 199-204

mortalité n'a pas augmenté. Ce système reposait sur un premier appel à un médecin par un infirmier ou un gardien, avant de transférer le patient au service d'urgences.

Un nombre non négligeable d'articles parlent de la télémédecine à propos des urgences médicales en prison. Ce point est donc important à relever dans toute revue. Ce système permet effectivement des consultations à distance et évite parfois qu'un détenu soit transféré dans un service d'urgence. Cela ouvre naturellement le débat sur l'égalité des soins à laquelle ont droit les patients détenus, c'est-à-dire que la télémédecine doit être d'aussi bonne qualité que la médecine traditionnelle. De plus, la question de la protection des données médicales est relevée. Tout comme le risque qu'un non transfert nuise à la qualité de la prise en charge doit être évalué moindre. C'est pourquoi une médecine basée sur l'évidence est très pertinente dans ce domaine. Grâce à la télémédecine, les patients peuvent, dans l'idéal, être pris en charge plus rapidement. En général, dans les modèles étudiés, les consultations de télémédecine se passent par vidéoconférence entre le patient et une infirmière sur place et un médecin d'un service d'urgence d'un hôpital proche. Les patients doivent consentir à ce que le traitement se passe ainsi. L'infirmier sur place peut, lors de la consultation et juste avant, relever les signes vitaux et l'état général du patient et sa plainte, éventuellement examiner l'abdomen. Pour ce dernier point, on aura vu que la prudence est de mise dans le cas où les douleurs abdominales sont la plainte principale, sûrement à cause du caractère peu spécifique de celles-ci. Dans une étude de département de la médecine d'urgence de l'Erie County Medical Center de New York, l'infirmier sur place dispose en plus d'un ECG, une lampe de Wood (dermatologie), de sticks urinaires et tests de grossesse⁴¹. La télémédecine ne remplace naturellement pas les transferts à l'hôpital puisque dans l'étude citée, 43 patients des 126 consultations furent, à l'issue de celles-ci, transférés vers un service d'urgence et l'étude recense au total 530 épisodes de soins urgents. Reste encore que 301 patients ont été directement transférés, sans consultation de télémédecine, biais de sélection de l'étude non négligeable. Quelques exemples de prise en charge au centre de détention pendant l'étude peuvent être cités : réactions allergiques, overdoses, douleurs thoraciques, présence de corps étrangers intraoculaires. La télémédecine consiste ici en l'envoi de l'ECG pour consultation par un médecin des urgences ou un examen avec une caméra. Ces différentes prises en charge exigent néanmoins des bonnes compétences de l'équipe infirmière, tant en terme d'examen clinique du patient avec une caméra que de soins (par exemple administration d'adrénaline ou de cortisone). Par contre, les blessures de type lacération, par arme à feu ou les maux de tête ont directement fait l'objet d'un transfert vers le service des urgences. Ce système a également nécessité la mise en place d'un piquet médical au service des urgences afin de prendre en charge les consultations de télémédecine. Cela a un impact non négligeable sur l'organisation de celui-ci. Dans la conclusion, il est encore souligné que l'intérêt de la télémédecine est particulièrement grand dans les régions peu peuplées et aux heures « creuses », de moindre activité, donc la nuit principalement.

⁴¹ Ellis David G., Mayrose James, Jehle Dietrich V., Moscati Ronald M., Pierluisi Guillermo J., *A Telemedicine Model for Emergency Care in a Short-Term Correctional Facility*, Telemedicine Journal and e-health, Volume 7, Number 2, 2001, pp 87-92

5. Résultats

Les résultats de l'étude rétrospective des dossiers de 2011 à 2013 sont présentés dans l'ordre suivant : les différents motifs de recours, leur gravité en fonction de l'EST, la durée de séjour au CHUV, le type d'examen effectué et l'heure d'arrivée des patients aux urgences, À chaque fois, on précisera de quelle année il est question. Le nombre de transferts au service des urgences est de 200, 230 et 243 pour 2011, 2012 et 2013 respectivement. On a donc des augmentations de 15% et 6% par année. La moyenne du nombre de transferts annuels est de 224,3.

5.1 Motifs de transfert

Afin de comprendre quels types de patients sont transférés aux urgences du CHUV, nous allons voir quelles ont été les principales catégories de motifs de transfert.

	2013	2012	2011	Total	Total en %
Ingestion CE	38	47	24	109	16.2
Tentamen	32	33	14	79	11.74
Douleurs abdominales	19	20	29	68	10.1
Traumatologie	23	24	13	60	8.92
Autres	13	11	30	54	8.02
Abus médicamenteux	28	9	16	53	7.88
Douleurs thoraciques	12	21	15	48	7.13
Malaise	20	20	7	47	6.98
Douleurs	19	7	7	33	4.9
Cutané	7	12	11	30	4.46
Epilepsie	9	6	8	23	3.42
SDRA	6	9	5	20	2.97
Mutilation	5	6	4	15	2.23
OH aigu	4	4	6	14	2.08
Céphalée	4	0	6	10	1.49
Psychiatrie	4	1	5	10	1.49
	243	230	200	673	

Ce tableau présente le nombre de patients détenus entrés aux urgences du CHUV selon les différentes causes qui ont exigé un transfert. La répartition graphique est présentée en annexe 1.

Sur les trois ans, les trois grandes causes de transfert sont les ingestions de corps étrangers (16,2%), les tentamen (11,7%) et les douleurs abdominales (10,1%).

En 2011, on observe des motifs de transferts variés avec une petite majorité (15%, N=29) de douleurs abdominales. Les trois causes principales sont les douleurs abdominales, les ingestions de corps étrangers (12%, N=24) et les abus médicamenteux (8%, N=16). Suivent les douleurs thoraciques, les tentamens, la traumatologie et les problèmes cutanés tels que les infections, abcès, plaies et brûlures. On retrouve, dans la catégorie « Autres » les motifs gynécologiques (ménorragies, accouchements), les réactions allergiques et les suspicions de body packer (transporteur de drogue au moyen de sachets contenant la substance illégale dissimulés dans le tube digestif) ainsi que 4 transferts dont le motif n'a pas pu être retrouvé. Cette catégorie n'est pas négligeable, comptant 15% des transferts, soit autant que la cause principale de cette année-là.

Pour 2012, la répartition est un peu différente. On trouve en première cause les ingestions de corps étrangers (47 transferts, 20%). Les tentamens représentent également une forte proportion des transferts (14%, N=33). La catégorie « Autres » (5%, N=11) regroupe notamment les problèmes vasculaires, urologiques et neurologiques ainsi qu'un transfert dont le motif reste inconnu.

Comme en 2012, on observe en 2013 une surreprésentation des ingestions de corps étrangers (38 transferts, 16%). Les tentamens demeurent la deuxième cause de transfert la plus fréquente (13%, N=32). Suivent les abus médicamenteux (12%, N=28). Dans la catégorie « Autres », on relèvera les problèmes neurologiques (hémisyndrome), les grèves de la faim sans modification de l'état de conscience et les urgences gynécologiques. Les motifs ont tous pu être retrouvés.

Les douleurs thoraciques et les traumatismes sont souvent retrouvés à une fréquence intermédiaire sur les trois années, oscillant entre 7% et 10%. Certains motifs représentent systématiquement moins de 5% des transferts : les mutilations, les causes psychiatriques sans les tentamens, les détresses respiratoires, les alcoolisations aiguës, les céphalées, les douleurs (autres qu'abdominales et thoraciques) et les crises d'épilepsie.

Parmi les causes principales, on peut ajouter que les douleurs abdominales ont diminué, tandis que les tentamens ont augmenté.

5.2 Échelle Suisse du Tri

Cet outil nous permet d'évaluer la gravité des différentes situations transférées et ainsi d'estimer au plus près si les transferts étaient ou non justifiés. Le pronostic vital étant le plus menacé en EST 1, alors que l'EST 4 regroupe les cas les moins urgents. C'est un outil systématique et reproductible utilisé par les infirmiers du service des urgences au tri des patients qui permet de classer les urgences en 4 catégories :

EST 1 : situation aiguë, le patient doit être pris en charge immédiatement.

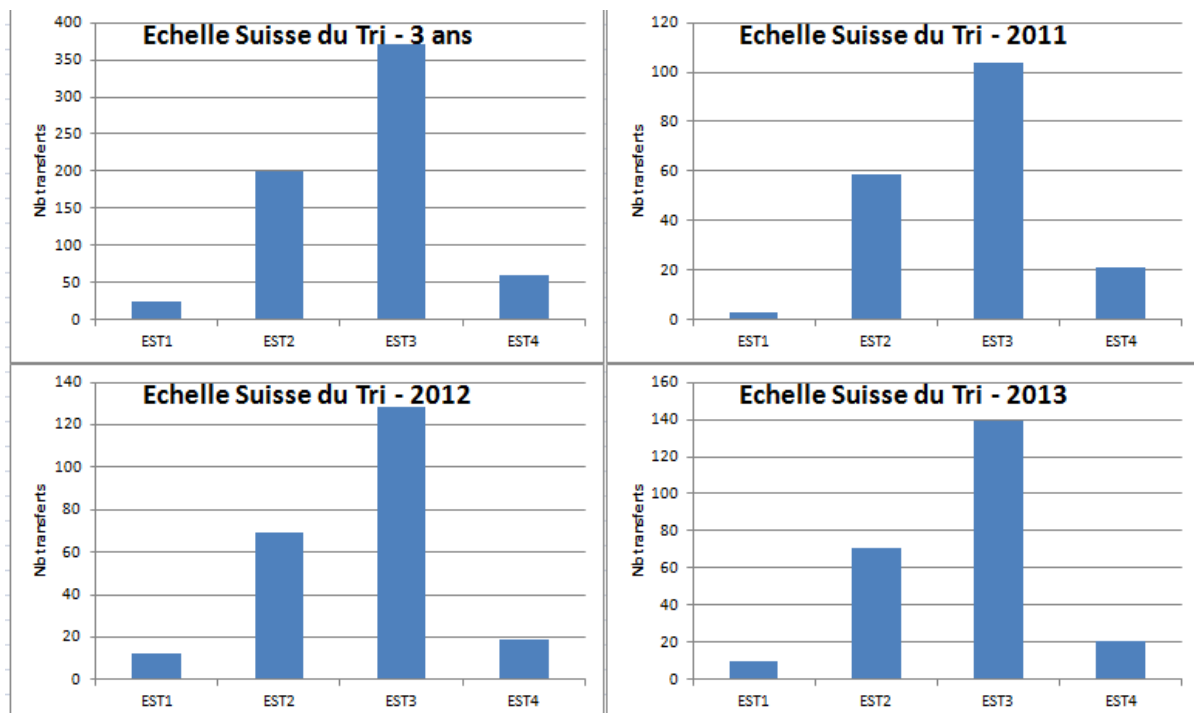
EST 2 : situation urgente et susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, le patient doit être pris en charge dans les 20 minutes.

EST 3 : situation semi-urgente : le patient est stable, il peut être pris en charge dans un délai de 120 minutes.

EST 4 : la situation est non urgente⁴².

⁴² Furger Philippe et al, *SURF guidelines médecine interne générale*, éditions D&F, Suisse, 2012, pp.1302-1305

Ainsi, chaque patient est classé dans une catégorie. Cela nous permet d'estimer la proportion des patients transférés qui présentaient une urgence médicale et dont le transfert était hautement justifié.



Sur les trois ans, la majorité des patients se présentent dans une situation semi-urgente, avec un code 3 (52%, 55,7% et 57,2%). Ensuite, 29,5%, 30% et 29,2% des transferts sont des situations urgentes EST 2. Il y a peu de situations non-urgentes (10,5%, 8,3% et 8,6%) et seulement quelques situations aiguës nécessitant une réanimation (1,5%, 5,2% et 4,1%). La répartition a peu évolué au cours des trois ans. On observe une légère diminution des transferts EST 4 et une augmentation des EST 1 et 3.

5.3 L'Echelle Suisse du Tri en détails - chiffres 2013

Pour chaque degrés d'urgence, nous avons observé quels étaient les principaux motifs de transfert. Cela permet de préciser les types de transferts en fonction de leur gravité et donne quelques pistes de réflexion.

Les graphes en annexe 2 représentent la répartition des motifs de transfert pour chaque degré d'urgence. Les principaux motifs en EST 1 sont les tentamen (N=4). En EST 2, on retrouve les abus médicamenteux comme cause de transfert principale. Les ingestions de corps étrangers et les traumatismes sont les premiers motifs de transferts pour les patients en EST 3 et 4, respectivement. Peu de motifs sont recensés en degré d'urgence 1, on retrouve, dans l'ordre de fréquence, les catégories tentamen, malaise, autres, abus médicamenteux, douleurs thoraciques, épilepsie, cutané et SDRA.

5.4 Durée de séjour aux urgences

L'étude des durées moyennes des patients transférés permet de percevoir dans quelle mesure les patients ont besoin de soins prolongés au CHUV ou peuvent assez rapidement rejoindre les prisons.

Les temps de séjour aux urgences ont été calculés de la manière suivante : les patients restés plus de 24 heures ont été exclus, étant donné que ce type de transfert est normalement envoyé au HUG. La moyenne a donc été calculée en prenant en compte les transferts de moins de 24 heures.

En 2011, on compte 200 transferts aux urgences. Parmi ceux-ci, 16,5% (N=33) ont duré plus de 24 heures. Le temps moyen des autres séjours est de 07h17. En 2012, 230 transferts des prisons au service des urgences ont eu lieu. Parmi ceux-ci, on compte 13,9% (N=32) séjours de plus de 24 heures. Si on considère les 198 transferts restant, la durée de visite au CHUV est de 8h05 par patient. En 2013, 6,6% (N=16) des patients sont restés plus de 24 heures et si on prend la durée moyenne parmi les autres, elle est de 7h56. Sur les 3 dernières années, les patients qui ne sont pas pris en charge au-delà de 24 heures restent en moyenne 7h46 aux urgences du CHUV. Les transferts ayant donné lieu à une hospitalisation de plus de 24 heures représentent au total 12% des transferts (N=81).

5.5 Examens effectués

En plus de ce qui qualifie les transferts à leur arrivée, il est pertinent d'observer ce qui est fait sur place. Cela permet de mieux définir les besoins des patients transférés aux urgences.

Les transferts ayant nécessité des examens complémentaires peuvent être repartis en deux catégories : l'une regroupant les cas qui ont été surveillés ou ont subi un ou plusieurs examens parmi les suivants : analyses de laboratoire, ECG, radiographie standard, stix/sédiment urinaire ou qui représente 135 (67,5%) patients transférés en 2011, 166 (72,2%) patients en 2012 et 183 (75,3%) pour 2013. L'autre catégorie regroupe les patients qui ont subi des examens plus compliqués et non-réalisables au cabinet du praticien tels que, pour exemple : gastroscopie, CT, échocardiographie transthoracique et transœsophagienne, ultrason, bronchoscopie, rectosigmoïdoscopie, coronarographie représentant 65 (32,5%) patients en 2011, 59 (25,7%) patients transférés pour l'année 2012 et 60 (24,7%) pour 2013.

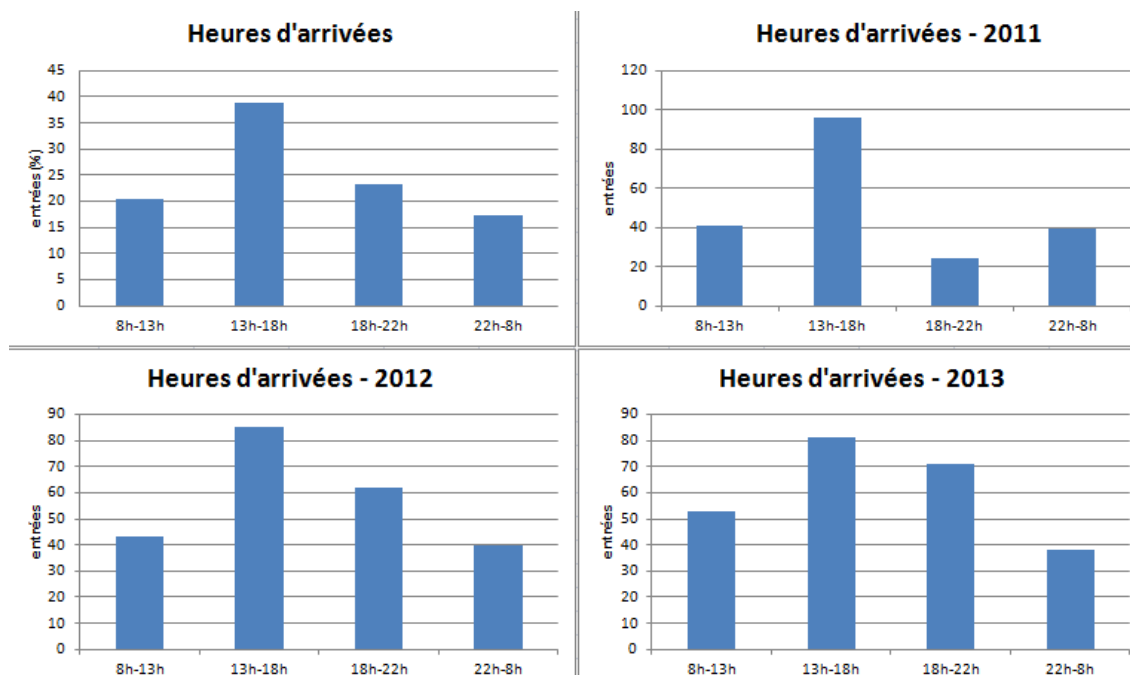
Le tableau ci-dessous totalise les chiffres pour les 3 années :

	Réalisables au cabinet du praticien	Autres examens
2011	135	65
2012	166	59
2013	183	60
	484 72.46%	184 27.54%

5.6 Heures d'arrivée aux urgences

Selon les pics d'incidence au cours de la journée, on peut estimer à quel moment les prisons doivent transférer le plus de patients. Ce point de vue est intéressant compte tenu que des médecins ne sont pas sur place 24h/24 et qu'on peut se demander si la présence de personnel médical a une influence sur les transferts. Cette variable a des conséquences sur les différents aménagements envisageables en prison.

Les patients sont répartis en quatre groupes, selon leurs heures d'arrivée aux urgences : le matin, l'après-midi, en soirée et la nuit. En 2011, comme pour les deux années suivantes, on observe un pic entre 13h et 18h. On trouve relativement peu d'admission en soirée entre 18h et 22h sans que cela ne soit observé pour les années 2012 et 2013. Pour l'année 2012, les heures d'entrée aux urgences du CHUV sont réparties ci-dessous. Le dernier graphique présente la répartition des heures d'arrivée pour 2013. La répartition est tout à fait comparable à 2012 avec une majorité des transferts effectués entre 13h et 18h et moins de 40 transferts/an après 22 heures.



Si on prend en compte les 3 ans, on voit que la majorité des patients (38,93% ; N=262) entrent durant l'après-midi. La différence est peu marquée entre les autres tranches d'heures. 17,38% (N=117) des patients arrivent aux urgences durant la nuit, de 22h à 8h. Notons encore que le nombre de patients entrés entre 8h et 18h s'élève à 399, soit 59,3% des transferts, sur les trois ans. Les 40,7% des transferts restant se présentent aux urgences hors des heures de bureau, entre 18h et 8h du matin.

5.7 Coûts des transferts

Dans un contexte de rationalisation des soins, le point de vue économique mérite qu'on s'y attarde. Les coûts d'un transfert ont été estimés par le SMPP en prenant en compte le temps qu'ont investi les différents partenaires : le SMPP, le SPEN puis la police cantonale. Les chiffres s'élèvent à CHF 4370.- pour un transfert en urgence et CHF 1120.- pour un transfert électif. Ainsi, le montant global de 2012 atteint approximativement les 1,9 millions de francs⁴³.

⁴³ Rossier Yves, Cheseaux Michel, Gravier Bruno, Hasler Christopher, *Centre de soins aux EPO, Besoins médicaux : Analyses et propositions*, Service projets et organisation stratégiques, version 1.0, avril 2014

6. Discussion

Au regard de la gravité des transferts, majoritairement classifiés en EST 1, 2 et 3, il est raisonnable d'affirmer que les transferts au CHUV sont justifiés. Les principaux motifs de transferts relevés, soient ingestion de corps étrangers et tentamen, nous confortent dans cette idée. Du point de vue des examens effectués, seuls 27,5% des transferts ont nécessité des examens complexes. Cependant, sachant que les établissements carcéraux ne disposent pas des installations pour effectuer les examens « simples », les transferts sont, de ce point de vue-là, également justifiés. Moyennant des infrastructures adaptées et du personnel disponible, on pourrait imaginer, sur la base des chiffres de 2013, 65,8% (N=160) de transferts évitables qui demeurent justifiés dans le contexte actuel.

Nous avons observé une claire augmentation du nombre de transferts de 15% et de 6% entre 2011 et 2012 puis entre 2012 et 2013; ce phénomène s'est également observé entre 2001 et 2011 dans le service des urgences de l'Inselspital à Bern: les entrées sont passées de 122 à 222⁴⁴. Il est probablement à mettre en relation avec l'augmentation de la population carcérale et des besoins sanitaires de cette population. Les chiffres de la population globale des prisons du canton de Vaud de ces trois dernières années sont respectivement 2774, 2616 et 2511 détenus présents et entrants dans l'année. Ils ont donc diminué et ne permettent pas d'expliquer l'augmentation du nombre de transferts. Cependant, la durée d'incarcération a clairement augmenté ces dernières années avec des augmentations des séjours de plus de 400 jours de 163% et de 6% entre les années 2011 et 2012 puis 2012 et 2013. L'annexe 3 montre l'évolution en détail. C'est donc l'augmentation de la durée des incarcérations qui a augmenté et qui explique la surpopulation carcérale. Le nombre de consultations somatiques a évolué de 4262, à 4368 puis à 4291 en 2013⁴⁵. On note là-aussi une légère augmentation des besoins depuis 2011.

De plus, si on considère les chiffres de l'Office Fédéral de la Statistique, on voit que les taux d'occupation des prisons romandes et du Tessin ont toujours augmentés passant de 89%, à 104% et à 115% ; tout comme les effectifs au jour de relevé qui sont passés de 1942 à 2295 et à 2662 détenus signant des augmentations de 18,2% puis de 16%⁴⁶. Ces trois dernières années, la Suisse romande fait face à un problème de surpopulation carcérale. L'augmentation du nombre de transfert y est probablement liée et donc, dans ce contexte, justifiée.

6.1 Motifs de transfert

Dans les paragraphes suivants, nous allons nous intéresser aux motifs de transferts les plus fréquemment retrouvés et tirer quelques liens avec les recommandations faites dans la littérature. Le but étant d'analyser si ces différents types de transferts sont des prises en charges validées du point de vue scientifique. Il faut préciser que ce sont les transferts qui ont été observés et non pas les patients. Ainsi, les chiffres ne permettent pas de voir combien de patients sont concernés pour un problème précis. Ce point est notamment important pour ce qui concerne les ingestions de corps étrangers. Bien que cette urgence soit un motif de recours à un transfert très fréquent, il concerne un nombre de patients moins grand en proportion.

⁴⁴ Pfortmueller CA, Aulmann G, Lindner G, Perrig M, Müller TJ, Zimmermann H, Exadaktylos AK, *op. cit.*

⁴⁵ Statistiques du SMPP

⁴⁶ OFS, *Privation de liberté, l'effectif de détenus au jour de relevé*, Concordat sur l'exécution des peines dans les cantons latins, 2009-2013

6.1.1 Ingestion de corps étrangers

Au cours des 3 années, ce motif de transfert a pris plus d'importance, passant de 12% (N=24), 20%(N=47) à 16%(N=38). En 2011, ce n'est que la 3^{ème} cause de transfert la plus fréquente, alors que c'est la cause principale en 2012 et 2013. Cette augmentation va avec celle des transferts en général. En proportion, elle est difficile à expliquer. Elle est néanmoins comparable avec les transferts principaux des études citées plus hauts qui regroupent les motifs psychiatriques (43,4%) et les automutilations (22%)^{47,48}. On peut dire qu'il semble normal de retrouver fréquemment ce motif.

Sur les 3 années, les ingestions de corps étrangers, majoritairement des lames de rasoir, sont le motif de transfert le plus fréquent avec 16,2% des transferts. La mise en place de recommandations claires permet de gérer de manière sûre et effective ces événements. Les premiers examens paracliniques à effectuer sont des imageries : radiographie cervicale, thoracique et abdomen sans préparation. Une intervention endoscopique est recommandée lorsque le corps étranger se trouve dans l'œsophage ou l'estomac. Ensuite, si le corps étranger est déjà en amont du pylore, il faudra surveiller le patient 12 à 48 heures selon le type de corps étranger afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de perforation, de nécrose ou d'autre complication et de pouvoir agir rapidement le cas échéant⁴⁹. Notons encore que le degré d'urgence est de 1 s'il y a un problème respiratoire, une hémorragie ou un emphysème cutané. Sinon, l'urgence est de degrés 2 ou 3⁵⁰. Pour l'année 2013, la large majorité des transferts pour ce motif ont été classés en EST 3. Ainsi, les transferts pour cause d'ingestion de corps étrangers classée EST 2 sont nécessaires pour des raisons de gravité évidente et en EST 3 afin d'évaluer les patients.

Pour ces nombreux cas, deux pistes seront à explorer. La première est celle de développer une prise en charge en prison: cela signifie que le centre de soins devrait disposer d'appareils radiologiques performants, du personnel qualifié pour faire ces examens et pour les interpréter ainsi que des locaux et du personnel disponible pour assurer une surveillance. La transmission de clichés au CHUV est envisageable et ouvre la question de la protection des données dans le domaine de la télémédecine. Deuxièmement, il faut aborder le problème de la prévention. Effectivement, les ingestions de corps étranger sont liées à des comorbidités psychiatriques complexes dont la prise en charge en prison se fait mais doit être constamment améliorée malgré que la littérature nous indique que les récidives sont fréquentes, même lorsqu'un traitement psychiatrique intensif est instauré⁵¹.

6.1.2 Tentamens

Les tentamens représentent, sur les 3 ans, 11,74% (N=79) des transferts. C'est le deuxième motif le plus fréquent et un sujet délicat lié à l'incarcération. Les patients concernés sont systématiquement transférés pour des raisons de menace des paramètres vitaux et de nécessité de prise en charge psychiatrique. En 2013, c'est la principale cause de transfert des patients présentant un degré d'urgence 1 (N=4) bien que la plupart des tentamens (N=17) soit classé en EST 3. Ces transferts sont, de par leur cause, intrinsèquement justifiés.

⁴⁷ Pfortmueller CA, Aulmann G, Lindner G, Perrig M, Müller TJ, Zimmermann H, Exadaktylos AK, *op. cit.*

⁴⁸ Boyce SH, Stevenson J, Jamieson IS, Campbell S, *op. cit.*

⁴⁹ Tammana VS, Valluru N, Sanderson A. *op. cit.*

⁵⁰ Echelle suisse du Tri, outil d'aide à la décision, CHUV, HUG, 2012

⁵¹ Damsa Cristina, Zürcher Marii, Damsa Traian, *op. cit.*

Ici, il faut citer l'important travail qui doit être fait en prévention qui inclut un dépistage précoce, la surveillance des personnes à risque, un environnement sécurisé ainsi qu'une diminution de l'isolement et un suivi psychiatrique de qualité. On notera encore l'utilité d'un débriefing avec le personnel de la prison lors de tentamen. Ce sont les mesures les plus efficaces pour diminuer les tentamen et donc les transferts y relatifs⁵².

6.1.3 Douleurs abdominales

Les transferts pour cause de douleurs abdominales regroupent 10,1% (N=68) des transferts sur les 3 ans. Un large diagnostic différentiel peut être élaboré avec un symptôme si peu spécifique. Selon l'Échelle Suisse du Tri, les douleurs abdominales sont une urgence de degrés 2 à 3 qui dépend de l'état général et des signes vitaux. Dans tous les cas, le patient doit être vu dans les 2 heures (degré 3) et la douleur doit être traitée par une antalgie adaptée. En 2013, les chiffres confirment ce point: parmi ceux qui souffrent de douleurs abdominales, 3 patients sont classés en EST 2, les 16 autres en EST 3. Les patients doivent donc avoir un contact médical dans les deux heures, ces transferts ne sont donc justifiés que si aucun médecin n'est disponible sur place.

De fait, la possibilité de faire appel à un médecin de garde prend, dans les premières étapes de prise en charge, tout son sens. Il peut être décidé ensuite si le patient doit être transféré afin de bénéficier d'examen complémentaires complexes tels qu'un CT, une IRM ou une endoscopie, par exemple. L'identification des différents drapeaux rouges permet d'aiguiller le patient. On comprend que si l'infirmerie de la prison peut faire des examens de laboratoire et un électrocardiogramme, la prise en charge peut être modifiée et un transfert évité, pour autant qu'un médecin soit sur place ou se déplace.

6.1.4 Jeûne de protestation

Dans une étude datant de 2001, on comptabilise 760 cas de jeûne de protestation pour 100 000 nouvelles incarcérations, soit 86 cas sur 5 ans pour la prison préventive de Champ-Dollon⁵³. Bien que cette problématique soit fréquente en prison, elle ne donne pas souvent lieu à un transfert en urgence (8 sur les 3 ans, comptabilisés sous les catégories « Autres » et « Malaise »). Cela représente 1,2% des transferts. Cependant, les complications telles que la déshydratation, le coma hypoglycémique, et les perturbations métaboliques peuvent être graves et méritent qu'on s'y attarde. Si une prise en charge en urgence est nécessaire, il est central que le travail en amont ait été fait, c'est-à-dire que le patient ait émis des directives anticipées et que celles-ci soient transmises à l'équipe soignante, notamment concernant une alimentation parentérale, entérale, ou même une éventuelle réanimation. Au terme du jeûne, la prise en charge est encore centrale pour éviter un syndrome de réalimentation qui nécessiterait une hospitalisation. L'hospitalisation peut arriver à différents moments, relativement tôt lorsqu'il existe un diabète. Il n'y a pas de consensus concernant

⁵² Barker Emma, Kölves Kairi, De Leo Diego, *Management of Suicidal and Self-Harming Behaviors in Prisons: Systematic Literature Review of Evidence-Based Activities*, Archives of Suicide Research, 2014 march 10

⁵³ Guilbert Patrick, *Le jeûne de protestation en médecine pénitentiaire : épidémiologie genevoise et analyse de la prise en charge en Suisse et dans des pays européens*, thèse de la Faculté de médecine de l'Université de Genève, N°10180, 2001

les indications à un transfert dans la littérature⁵⁴. Il est donc difficile d'estimer à quel moment un transfert est justifié ou non tant dans la pratique que dans ce travail. On prendra néanmoins comme limite une perte de poids de plus de 10% ou un BMI inférieur à 16,5-18kg/m².

Le traitement consiste en une réhydratation et une supplémentation vitaminique. Il est envisageable qu'il soit entrepris dans un centre de soins équipé où la mise en place d'une surveillance adéquate est possible.

6.1.5 Traumatologie et mutilations

Les blessures, fractures et traumatismes crâniens sont répertoriés dans la catégorie traumatologie et représentent 8,92% (N=60) des transferts sur les 3 ans. On peut les considérer avec les mutilations (2,23%, N=15) et comparer ce chiffre avec celui de l'étude bernoise: 57,6% de leurs patients « chirurgicaux » ont une composante traumatique, soit 14,4% du total des patients transférés (N=245 pour un total de 1703 patients). Il est difficile d'expliquer cette petite différence. Ce point est à mettre en lien avec un l'étude de Kuzak et al. qui a montré que la mise en place d'un système de tri par appel téléphonique permis de diminuer les transferts⁵⁵: les infirmiers peuvent atteindre un médecin par téléphone qui se déplace le cas échéant. Cette situation est celle mise en place avec les médecins somaticiens de garde et SOS médecins et doit visiblement être poursuivie. Effectivement, nos chiffres concernant ce type de transfert en comparaison avec ceux de la littérature demeurent assez bas.

Le degré d'urgence de ces transferts est majoritairement, pour 2013, en EST 3 (71,4%, N=20). En considérant la gravité des transferts et le fait que la prise en charge semble suivre les recommandations de la littérature, on peut dire que la majorité est justifiée.

Néanmoins, concernant les aménagements qui permettent d'envisager une diminution de ce type de transfert, on pensera à une installation radiologique et à une salle de plâtre. Ces installations ne sont utiles dans la problématique en question seulement si le personnel qualifié est lui-aussi disponible à tout moment.

6.1.6 Douleurs thoraciques et dyspnée

Ces trois items représentent 7,13% et 2,97% de la totalité des transferts sur les trois ans. Ces 2 symptômes peu spécifiques ont en commun qu'ils sont difficiles à évaluer en prison. De fait, on imagine difficilement d'autres manières de diminuer ces transferts. Les douleurs thoraciques sont d'ailleurs majoritairement, en 2013, classifiées en EST 2 (83,3%, N=10).

L'anamnèse et l'examen clinique, notamment des signes vitaux permettent déjà une première grande orientation. Néanmoins, les examens paracliniques sont nécessaires pour orienter sur différentes prises en charge. Ainsi, on peut dire que les troponines, les D-dimères ou un ECG permettraient un aiguillage plus fin des patients vers les urgences bien qu'il ne faut pas oublier que

⁵⁴ Guilbert Patrick, Sebo Paul, Elger Bernice, Bertrand Dominique, *Jeûne de protestation*, in *Médecine, Santé et Prison*, édition Médecine et Hygiène, Genève, 2006, pp.369-382

⁵⁵ Kuzak Nick, O'Connor Michael, Pickett William, O'Brien Terry, Reid Ken, Pearson Mary, *op. cit.*

l'appréciation globale d'un bon clinicien est fondamentale⁵⁶. Il faut rappeler que la population carcérale est une population vulnérable chez qui les facteurs de risque cardiovasculaires sont souvent retrouvés. On soulignera donc, une fois de plus, l'importance d'un bon travail de dépistage et de prévention en amont qui nécessite des compétences en communication de la part de l'équipe médicale disponible mais aussi, de manière plus pragmatique, des salles de consultation qui le permettent. La prison est un lieu qui donne l'opportunité de rétablir ce lien médical. C'est pourquoi, discuter des comportements à risque est fortement recommandé dans la littérature.

6.2 Échelle Suisse du Tri

Pour rappel, les patients de catégories EST 1 doivent être réanimés. En EST 2, ils sont dans un état critique et doivent être vus dans les 20 minutes. L'EST 3 signifie que la situation est semi-urgente, mais que le patient doit être vu par un médecin dans un service d'urgence dans les 120 minutes. Enfin, les cas en EST 4 ne sont pas urgents. Les catégories EST 1 et 2 (33,38%, N=224) sont clairement des patients qu'il faut transférer, l'organisation carcérale ne permettant pas une prise en charge dans les 20 minutes. Par contre, la question peut se poser pour les 55% (N=371) des patients en EST 3, un délai de prise en charge de 120 minutes étant probablement gérable en milieu carcéral, il est possible qu'un médecin de garde se déplace et juge d'un transfert à l'hôpital. Pour se faire, il est nécessaire de bénéficier en prison des infrastructures de base et du personnel qualifié et mobilisable à tout moment pour réaliser des examens paracliniques simples et les interpréter. Ce n'est pas le cas en l'état actuel et c'est pourquoi ces transferts dits EST 3 sont justifiés. Sachant que 75,5% (N=105) des transferts en EST 3 de 2013 se trouvent aussi dans la catégorie « examens simples », il est envisageable d'éviter le transfert avec des aménagements supplémentaires. Le 9% (N=61 sur 3 ans) des patients classés en EST 4 constitue probablement une population pour laquelle il faudrait modifier la prise en charge bien que ce nombre ne présente qu'une petite partie des transferts. D'autant plus que le 90,5% (N=19) de ces transferts EST 4 en 2013 n'ont débouché que sur des examens dits simples.

Parmi les motifs de transfert fréquents, on retient les ingestions de corps étrangers, tentamen et abus médicamenteux. Ils correspondent à des motifs de consultation qui déterminent le délai de prise en charge au tri. Les idées suicidaires sont une urgence allant de 1 à 2 et on sait que les patients qui sont passés à l'acte nécessitent plus d'examens : imagerie et examen ORL pour les tentatives par pendaison, monitoring lors de tentamen médicamenteux. Les transferts sont donc justifiés pour ces deux raisons. Concernant les ingestions de corps étrangers et de toxiques, les degrés vont de 1 à 3 et il est nécessaire de juger l'état général du patient pour avoir une classification plus précise selon le Glasgow, les pupilles, la fréquence cardiaque, la pression artérielle, l'index de choc, la fréquence respiratoire, la saturation en oxygène, la présence d'une cyanose, le peak-flow, la température centrale, la glycémie et la cétonémie capillaires.

Concernant l'évolution de la répartition au cours des 3 ans (légère augmentation des transferts EST 1 et 3, diminution des EST 4), on peut dire qu'elle est plutôt positive en terme de gestion. C'est-à-dire que ce sont des transferts plus urgents et donc plus justifiés qui ont lieu. Cependant, il est difficile de mettre en avant une réelle tendance sur 3 ans et ce résultat est à considérer avec précautions. Il

⁵⁶ L. Herzig N. Mühlemann F. Verdon N. Jaunin-Stalder B. Favrat, *Douleurs thoraciques en médecine ambulatoire. Sans oublier les patients qui n'ont «rien au coeur»*, Revue médicale suisse, 2007, Nov 28;3(135):2724-9.

pourrait néanmoins s'expliquer avec le développement des interventions de SOS médecins dans les prisons.

Il est encore intéressant de noter que les répartitions des motifs de recours par degrés d'urgence sont différentes (annexe 2). Ainsi, on se conforte dans l'intuition que les tentamens, cause principale des EST 1, sont des transferts plus difficilement évitables que ceux qui concernent la traumatologie, motif le plus fréquent parmi les transferts EST 4.

6.3 Durée de séjour aux urgences

La majorité des transferts se fait dans la journée et les patients restent en moyenne 7h46 aux urgences. On peut ainsi dire que la plupart du temps, les patients ne passent pas la nuit aux urgences. On peut supposer que bon nombre d'entre eux y demeurent en attendant les résultats des différents examens pratiqués puis repartent. Les temps de passage de la population générale sont moyennement de moitié (186 minutes à Denver⁵⁷, 271 minutes à Alberta⁵⁸). On pense à différentes explications de ce phénomène. Notamment, l'attente administrative et organisationnelle qui peut être augmentée du fait que les patients sont accompagnés par la police et la sécurité du CHUV. De plus, un avis psychiatrique ou ORL est souvent demandé, dans les cas de tentamen par pendaison par exemple.

Concernant les transferts qui durent plus de 24 heures, on aura relevé les motifs de transferts principaux suivant : détresse respiratoires, coma, état fébrile et les motifs du ressort de la gynécologie, de l'urologie et de la neurologie. Ceux-ci ont été pris en charge au CHUV, les interventions ont été invasives et le suivi se poursuit là où le patient a subi l'intervention. On peut être surpris que ces patients n'aient pas été transférés aux HUG qui disposent d'une unité carcérale. On peut y émettre plusieurs raisons : les urgences vitales sont tout d'abord transférées au CHUV, pour une question de proximité. Par la suite, les patients se trouvant aux soins intensifs ne sont pas mobilisables à Genève. Les transferts aux HUG sont aussi dépendants des lits disponibles dans cette unité très sollicitée. Et pour finir, il n'y a pas d'admission dans cette unité le week-end.

Concernant la justification des transferts les plus courts, il faut souligner que si les patients ne restent pas plus longtemps, les examens effectués permettent d'exclure des pathologies graves. La question qui se pose ensuite est celle du lieu où doivent être faits de tels examens.

6.4 Examens effectués

L'intérêt de repartir la population observée en deux catégories selon les examens qui ont été effectués permet d'estimer le nombre de patients pour lesquels une prise en charge en cabinet, ou dans un centre de soins aménagé en conséquence serait envisageable. Sur les trois ans, ces patients représentent 72.46% (484) des transferts. On imagine donc que ces transferts pourraient être évités si les établissements pénitentiaires disposaient du matériel adéquat et du personnel formé, c'est-à-dire d'une installation pour effectuer des radiographies à toute heure, la possibilité de faire des prises de sang sur place et de pouvoir les envoyer sans délai au laboratoire ainsi que la disponibilité d'un électrocardiogramme. Effectivement, cela nécessiterait des compétences supplémentaires, voire l'usage de la télémédecine pour ce qui est de la lecture des radiographies, des ECG et des résultats de laboratoire avec toutes les exigences en terme de protection des données qu'une telle installation exige. Par ailleurs, si le but est de diminuer cette part des transferts, il nécessite encore

⁵⁷ Steffen Hoffenberg MD, Michael B. Hill MD, Debra Houry MD MPH, *Does sharing process differences reduce patient length of stay in the emergency department?*, Annals of emergency medicine 3.8, November 2001

⁵⁸ Philip Yoon, BMSc, MD, MBA; Ivan Steiner, MD; Gilles Reinhardt, BCom, MSc, PhD^T, *Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department*, CJEM 2003;5(3):155-161

que ceux-ci soit systématiquement identifiés par rapport aux autres qu'il faut transférer en un centre hospitalier parce qu'ils ont besoin d'examen complémentaires dont le centre de soins en milieu carcéral ne dispose pas. En l'état actuel, ces transferts restent justifiés parce que les infirmeries des prisons ne disposent pas du matériel adéquat, ni des compétences requises pour de tels examens.

6.5 Télémédecine

Dans la revue de littérature, nous avons vu quelques intérêts de la télémédecine. Il est nécessaire de replacer ce point dans le contexte vaudois. L'étude qui avait été faite concernait 530 urgences traitées en 12 mois⁵⁹. On n'en compte, dans le canton de Vaud, 243 en 2013. Les moyens à disposition sont donc différents et on peut supposer que les investissements techniques (caméra, vidéosurveillance, programmes informatiques surs) sont plus rapidement rentabilisés. Cette pratique est bénéfique principalement hors des « heures de bureau ». Seuls 17,38%, soit 117 sur les 3 ans, des entrées ont eu lieu entre 22h et 8h. On atteint les 40% si on regarde les deux tranches horaires entre 18h et 22h. Les chiffres étant peu élevés, il est difficile de s'assurer que la mise en place de consultation de télémédecine serait aussi bénéfique. Par contre, une demande de second avis, les lectures de radiologie et d'ECG par des spécialistes peuvent être envisagées.

Concernant les heures d'arrivées, on peut encore souligner que la présence d'un médecin dans un centre de soins la journée se justifie étant donné que, sur les 3 ans, 59,3% des entrées se sont faites entre 8h et 18h.

6.6 Communication des informations

Nous avons vu l'importance de la qualité de la transmission des informations entre le service de soins pénitentiaire et le service des urgences. Il a encore été peu question de ce point dans ce travail mais la qualité de l'étude repose également sur la qualité des échanges entre les urgences et la prison. Ainsi, les motifs de transfert et les examens effectués ont été recherchés dans les dossiers des patients. Quelques éléments de plusieurs dossiers (2011: N=17, 2012 : N=3, 2013 : N=2) n'ont pas pu être retrouvés. La plupart du temps, nous avons rassemblé les motifs de transfert grâce aux lettres de sortie. Quelques fois, avec l'aide du bon de transfert ou du programme de tri des patients du CHUV. Cela montre la difficulté de retrouver toutes les données concernant un patient et peut représenter un sérieux handicap à une bonne prise en charge. À ce niveau, il est important que les différentes parties renseignent de manière documentée et systématique leurs collaborateurs. En amont, il est nécessaire d'informer les intervenants hospitaliers de cette nécessité et des particularités concernant la population carcérale et les limites de la prise en charge médicale dans ce milieu.

⁵⁹ Ellis David G., Mayrose James, Jehle Dietrich V., Moscati Ronald M., Pierluisi Guillermo J., *op. cit.*

7. Limites et forces de ce travail

Ce travail s'inscrit dans une réflexion de longue haleine d'un groupe de pilotage du projet d'un éventuel nouveau centre de soins des établissements de la plaine de l'Orbe. De fait, il y a eu des contraintes au niveau du temps et de la gestion des données. Raison pour laquelle, l'étude ne s'est faite que sur trois années. Il est donc difficile d'en tirer une réelle tendance. C'est pourquoi également les analyses sont observationnelles. Quelques dossiers n'ont pas été retrouvés dans leur entier à partir des fichiers de la sécurité, les examens effectués ne figurent pas toujours dans les lettres de sortie et les chiffres ont souvent été complétés par ce qui apparaissait sur le dossier informatique. La systématique est donc, pour ce point, discutable. Cela révèle également les difficultés de communication entre les services médicaux des prisons et les urgences.

La revue de littérature n'est pas une revue systématique mais exhaustive. Il y a peu d'articles concernant cette problématique. Les plus emblématiques se trouvent dans la bibliographie.

Sur les durées, la limite a été placée aux 24 heures, moment où les patients sont théoriquement envoyés au HUG ou dans une unité hospitalière carcérale. Cette limite est parfois dépassée de peu, ce qui a pu diminuer la durée moyenne de prise en charge, comme ces chiffres n'ont pas été pris en compte dans le calcul.

Concernant les motifs de recours, il a pu se révéler délicat de répartir les patients selon les 16 catégories à disposition, c'est pourquoi, par exemple, on a retrouvé des patients avec le motif « jeûne de protestation » répartis dans les catégories « Autres » ou « Malaise ». Certaines catégories ont, en pratique, des limites relativement floues. Ainsi, une ingestion de corps étranger peut avoir un but suicidaire ou non, de même qu'un abus médicamenteux. Dans ces cas, c'est le motif principal retrouvé dans la lettre de sortie qui a été compté. Selon des observations moins documentées, la plupart des tentamens sont des pendaisons. Les comparaisons avec la littérature restent limitées étant donné la spécificité de cette répartition.

Les transferts ne comprennent que les urgences qui proviennent des prisons vaudoises. Le service des urgences reçoit des patients privés de libertés d'autres lieux. Ceux-ci n'ont pas été pris en compte. De même que les patients prévus pour une hospitalisation qui transitent par les urgences. Cela est donc, dans ces limites, plus réducteur de la charge de travail qui est incombée au service.

Ce mémoire constitue néanmoins l'un des rares travaux sur cette question, comme nous l'avons vu dans la revue de littérature. Si les motifs de transferts ont déjà été étudiés, les examens effectués n'ont, à notre connaissance, pas fait l'objet d'autres études. L'immersion dans le milieu des soins carcéraux donne un regard le plus complet possible des spécificités du monde carcéral et a permis d'éviter le plus possible les raisonnements fondés sur des a priori, nombreux dans ce domaine émotionnellement sensible. Grâce aux différents paramètres étudiés, ce travail permet d'avoir une vue d'ensemble sur les types de transferts et sert ainsi de base de réflexion pour solutions envisageables à moyen terme.

8. Conclusion

Au vu de la surpopulation carcérale, le SMPP doit faire face à une augmentation de la demande en santé. Il doit assurer que cette population bénéficie des standards d'accès aux soins. Les urgences médicales en font évidemment partie.

En regard des degrés d'urgence, la majorité des transferts sont justifiés, ils le sont également d'après les examens effectués. Cela signifie que pour continuer de suivre mieux les recommandations internationales et scientifiques, notamment en termes d'équivalence des soins, ces transferts doivent être au minimum poursuivis. Un certain nombre peut être néanmoins envisagé dans un centre de soins mieux équipé. D'autres solutions pour les diminuer, tout en respectant les principes de base de l'exercice de la médecine en milieu carcéral, sont la poursuite et l'amélioration du travail de prévention et le maintien, voire le développement de l'activité des médecins de garde ainsi que la télémédecine permettant l'échange de données médicales.

Pour l'exemple le plus important, la prise en charge des ingestions de corps étrangers doit suivre des recommandations claires et il manque aujourd'hui, en prison, l'accessibilité à toute heure à des examens radiologiques de qualité ainsi que la possibilité de surveiller plusieurs heures un patient. La prise en charge psychiatrique est centrale dans ce type de problème, et les recherches doivent continuer dans ce domaine où le SMPP est déjà bien investi.

La télémédecine a peut-être un intérêt concernant les prises en charge qui demandent un avis spécialiste tels que celui du radiologue ou du cardiologue. Mais elle ne constitue pas une véritable alternative aux transferts en milieu hospitalier.

L'énorme intérêt d'un centre de soins adapté est qu'il disposerait d'un personnel hautement formé à travailler avec la population carcérale. C'est un avantage non négligeable par rapport au service des urgences qui n'est pas spécialisé dans le domaine et est donc moins adapté.