

Situations cliniques en milieu pénitentiaire

ALEXANDRE BÉGUELIN^a, CONSTANTIN BONDOLFI^a, Dr PASCALE BEAUPÈRE^a, Prs PATRICK BODENMANN^a, BRUNO GRAVIER^b, Drs NGUYEN-TOAN TRAN^c, ANDRÉ JUILLERAT^c, ANA FRUCTUOSO^c, STÉPHANIE BAGGIO^c, PATRICK HELLER^c, LAURENT GÉTAZ^c et Pr HANS WOLFF^c

Rev Med Suisse 2019; 15: 473-6

La prévalence des maladies infectieuses, des troubles de la dépendance et des pathologies psychiatriques est plus importante en prison que dans la population générale. Il existe encore peu d'évidences quant à la prise en charge optimale des maladies non transmissibles dans ces contextes. Les vignettes cliniques discutées dans cet article mettent en lumière certaines dimensions liées à l'exercice de la médecine en milieu carcéral: travailler en interdisciplinarité; proposer le dépistage régulier de certaines maladies infectieuses fréquentes dans cette population; être davantage attentif à la prise en charge des maladies non transmissibles; élaborer des directives propres à des situations particulières (telles que la dissimulation intracorporelle de substances illicites) ou dépister de manière proactive les troubles de la santé mentale.

Clinical situations in detention settings

Infectious diseases, substance use disorders, and psychiatric conditions are more prevalent in prisons than in the general population. There is relatively limited evidence regarding the medical management of non communicable diseases in prison settings. The clinical cases described in this article highlight specific dimensions to be considered when practicing medicine in detention settings: multi-disciplinary work; regular voluntary screening for infectious diseases that are prevalent in this population; management of non communicable diseases; availability of medical protocols for specific clinical situations (for example, body-packing); or proactive screening for mental health disorders.

INTRODUCTION

En prison, le professionnel de la santé doit répondre aux besoins de personnes présentant des vulnérabilités temporaires ou chroniques, en restant attentif aux directives éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales, aux Mandela Rules de l'ONU,¹ et aux règles de bonnes pratiques cliniques. Il doit aussi tenir compte de la réalité du terrain. La population pénitentiaire est bigarrée dans ses origines, religions, niveaux socioculturels et statut résidentiel.² À côté des

pathologies liées à l'enfermement, à la privation de liberté, et de celles en relation avec les aspects antisociaux de la personnalité, les pathologies les plus fréquentes sont proches de celles rencontrées dans les centres s'occupant de personnes précarisées.^{3,4} La prévalence des maladies infectieuses en milieu pénitentiaire est supérieure à celle de la population générale (VIH 5 x; VHB 5-10 x; VHC 7 x),⁵ tout comme les troubles de la dépendance et psychiatriques (troubles de l'humeur 21 x, psychose 7 x; dépendances 5 x).^{6,7} Par contre, il existe peu de littérature concernant les pathologies rencontrées en prison en dehors des maladies transmissibles et des pathologies psychiatriques. Les vignettes cliniques discutées dans cet article vont illustrer la complexité de ces prises en charge.

DÉPISTER ET PISTER

Cas clinique n°1

Homme de 33 ans, connu pour un diabète de type 2 insulino-requérant. À l'entrée: il présente une fatigue, des douleurs abdominales et une polydipsie. Il dit ne pas avoir pris de risque pour les infections sexuellement transmissibles (IST), mais souhaite un dépistage. L'examen clinique est par ailleurs normal. Le bilan initial complet des IST est sans particularité. Il consulte un mois plus tard pour des diarrhées, nausées et douleurs de l'hypochondre droit. L'examen clinique reste sans particularité mais le bilan sanguin révèle une cytolysse et une cholestase. L'US hépatique est normal. La metformine est suspendue devant une possible hépatite d'origine médicamenteuse. Après dix jours, il y a une amélioration des diarrhées mais persistance d'une gêne à l'hypochondre droit, avec discrète aggravation de la cytolysse (cholestase stable). En réévaluant les éventuelles prises de risque du patient, celui-ci évoque avoir partagé une paille pour sniffer de la cocaïne juste avant l'entrée en prison. Deux mois après son incarcération, les anticorps anti-VHC deviennent positifs et la virémie détectable confirme le diagnostic d'hépatite C.

Discussion

Deux études locales indiquent une prévalence de 5-5,7% pour l'hépatite C et de 5,9% pour l'hépatite B chronique chez les personnes privées de liberté.^{7,8} Les recommandations nationales et internationales^{9,10} demandent d'augmenter le taux de

^a Département vulnérabilités et médecine sociale, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne, ^b Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires, CHUV, 1011 Lausanne, ^c Service de médecine pénitentiaire, HUG, 1211 Genève
alexandre.beguelin@hospvd.ch | constantin.bondolfi@hospvd.ch
pascale.beaupere@hospvd.ch | patrick.bodenmann@hospvd.ch
bruno.gravier@chuv.ch | nguyen-toan.tran@hcuge.ch
andre.juillerat@hcuge.ch | ana.fructuosocastellar@hcuge.ch
stephanie.baggio@hcuge.ch | patrick.heller@hcuge.ch
laurent.getaz@hcuge.ch | hans.wolff@hcuge.ch

dépistage des hépatites virales chez les personnes à risque «cachées», en promouvant des campagnes de diagnostic en prison ou dans les structures d'accueil pour migrants. Celles-ci recommandent aussi de lever les barrières administratives qui empêchent l'accès au traitement.

Ce cas clinique illustre l'importance d'un dépistage systématique des maladies infectieuses au sein de cette population, étape nécessaire à l'instauration d'une prise en charge médicale équitable de qualité.

FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Cas clinique n°2

Homme de 44 ans, sous obligation de soins, souffrant d'une schizophrénie paranoïde, traité par halopéridol lors de son entrée en prison. En l'espace de 12 mois, il prend 8 kg (96 kg à l'entrée) et développe un prédiabète (augmentation de l'HbA1c de 5 à 6,1%). Le profil tensionnel reste stable et dans les normes sous traitement. Il dit «cantiner» 4 kg de sucre/mois. Un suivi régulier est instauré avec discussion des mesures hygiéno-diététiques et des conseils pour diminuer l'achat d'aliments et boissons sucrés. La prise en charge est compliquée par l'image que ce patient d'origine africaine a de sa perte de poids (perdre des joues revient à être malade).

Discussion

Les guides de bonnes pratiques en prison accordent peu d'attention aux maladies cardiovasculaires. Or, sa population est vieillissante et les durées de détention s'allongent en raison de la multiplication des privations de liberté de durée indéterminée, suite au prononcé d'une mesure institutionnelle.*

Les personnes privées de liberté sont globalement en plus mauvaise santé, avec une prévalence identique, voire plus élevée de facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) que dans la population générale.¹¹⁻¹³ L'incidence et la prévalence de l'obésité ou de l'hypertension artérielle semblent augmenter pendant l'incarcération¹⁴ en raison de la sédentarité, du stress de l'enfermement, des repas et snacks trop riches en calories, des prescriptions de psychotropes et dans certains pays par l'arrêt forcé du tabac dès l'incarcération. Cependant, la littérature semble indiquer un meilleur contrôle du diabète durant l'incarcération, favorisé par la régularité de la routine en prison et un meilleur accès aux soins qu'à l'extérieur. Ainsi, la prison peut aussi être une opportunité pour prévenir et suivre les FRCV.

* Certaines mesures du code pénal suisse peuvent imposer des détentions qui vont se substituer (art 59 CPS) ou s'ajouter (art 64) aux peines de privation de liberté de durée déterminée. Malgré des réévaluations régulières, la durée en est indéterminée, donc souvent très longue.

DISSIMULATION INTRACORPORELLE DE SUBSTANCES ILLICITES (BODY-PACKING)

Cas clinique n°3

Femme de 27 ans, d'origine sud-américaine, interpellée par les gardes-frontières à Genève quand elle arrive de son pays d'origine. Elle est admise dans une unité cellulaire hospitalière en raison de la dissimulation intracorporelle de produits illicites. Un CT-scan *low-dose*¹⁵ met en évidence environ 35 boulettes. A l'admission, elle est effondrée, alternant entre sanglots et regrets. Pas de notion de consommation de substance psychoactive, pas de risque suicidaire. Elle se dit très inquiète au sujet de sa famille restée au pays. Les signes vitaux sont dans la norme sans signes d'intoxication aiguë ou de complications digestives. Après cinq jours d'hospitalisation durant lesquels elle bénéficie d'une prise en charge psychiatrique pour un syndrome de stress aigu, elle évacue sans complications la totalité des boulettes (contenant de la cocaïne). Un spotting, initialement mis sur le compte d'une boulette intravaginale, s'intensifie alors que cette patiente est sous contraceptif injectable avec aménorrhée secondaire. Un test de grossesse revient négatif. L'examen gynécologique révèle des lésions cervicales suspectes de cancer. Le bilan complémentaire révèle un diagnostic de VIH.

Discussion

La dissimulation intracorporelle de substances illicites est une méthode fréquemment utilisée pour le transport ou le trafic de cocaïne et d'héroïne.¹⁶ Les personnes transportant ces substances ingèrent de nombreux paquets de drogues (boulettes), contenant entre 3 à 10 g de substance. Il existe un risque léthal en lien avec la rupture d'un seul paquet (dose létale de cocaïne pure entre 1 à 3 g). Une surveillance rapprochée en milieu hospitalier est nécessaire. La majorité de ces personnes sont asymptomatiques et ne nécessiteront qu'un traitement conservateur avec une surveillance rapprochée (signes vitaux, pupilles et *Glasgow Coma Scale* aux 2-4 heures). Moins de 5% sont symptomatiques et peuvent présenter des complications digestives (iléus, perforation) ou des signes d'intoxication aiguë. L'anamnèse comprend plusieurs dimensions spécifiques: caractéristiques des boulettes ingérées, présence de plaintes digestives, évaluation du risque suicidaire immédiat, évaluation d'une dépendance aux substances psychoactives.¹⁷ L'examen clinique doit rechercher les signes d'intoxication aiguë à une substance et les complications digestives. Un examen cavitaire (toucher rectal/vaginal) est contre-indiqué compte tenu du risque de rupture iatrogène des boulettes. Le CT-scan *low-dose* sans contraste est l'examen radiologique diagnostique de choix.¹⁸

Les personnes avec *body-packing* proviennent en majorité de pays en voie de développement,¹⁷ et potentiellement de milieux défavorisés. Les comorbidités connues ou mises en évidence lors de leur incarcération doivent être prises en charge de manière multidisciplinaire en respectant les principes d'équivalence et d'équité des soins.

TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION
AVEC HYPERACTIVITÉ (TDAH)

Cas clinique n°4

Homme de 26 ans, originaire d'un pays de l'est, sans enfant, avec plusieurs antécédents d'incarcération. Connu pour un TDAH diagnostiqué pendant l'enfance se manifestant par des altérations sévères du comportement, traité par neuroleptiques et benzodiazépines avant son incarcération. Il est tendu, irritable, anxieux, impulsif, et présente une légère agitation psychomotrice avec troubles de l'attention et de la concentration. Le discours est informatif, mais logorrhéique et digressif. On note des idées de persécution concernant le personnel de la prison, tant de surveillance que médical. La thymie est stable. Il rapporte des pulsions auto-agressives fluctuantes lors des moments de frustration. Aucun symptôme de sevrage n'est observé. Au cours de sa détention, il est sanctionné à plusieurs reprises en raison de ses troubles du comportement. Un traitement de méthylphénidate est introduit avec une amélioration significative du comportement, de l'impulsivité et de la concentration.

Discussion

Le TDAH est un trouble neuro-développemental qui apparaît durant l'enfance et se caractérise par un ensemble de symptômes liés à l'hyperactivité, l'impulsivité et l'inattention. Il s'agit d'un des troubles les plus fréquemment diagnostiqués dans l'enfance, susceptible de persister à l'âge adulte.¹⁹ Il affecte les sphères sociales, familiales, scolaires et professionnelles de la vie de l'enfant ou de l'adulte qui en souffre. Chez l'adulte, il est associé à des comportements à risque et à des troubles psychiatriques concomitants. Le risque de violence à l'âge adulte chez les patients souffrant de TDAH serait accru par l'existence de comorbidités, telles que les troubles des conduites dans l'enfance. Une méta-analyse estime que la prévalence du TDAH au sein de la population pénitentiaire est supérieure à celle de la population générale.²⁰ Il semble également exister une association du TDAH avec le trouble de la personnalité antisociale, la personnalité borderline et les abus de substances, tous trois reconnus comme facilitateurs de passage à l'acte hétéroagressif.²¹ Il semble donc important d'identifier les comorbidités du TDAH qui peuvent favoriser l'évolution vers la délinquance. Un dépistage du TDAH semble recommandé afin de proposer un traitement adapté susceptible de diminuer les troubles du comportement et d'améliorer la prise en charge et le pronostic des personnes incarcérées. Cependant, le diagnostic de TDAH reste délicat, et donc également l'estimation de sa prévalence qui sont sujets à controverse et objets de recherche. Etablir un diagnostic des troubles du comportement dans une population

marquée par une tendance au passage à l'acte peut être difficile, et les professionnels de santé doivent en être conscients, y compris dans la prescription de psychostimulant. Néanmoins, il s'agit d'un enjeu de santé publique important.

CONCLUSION

Les situations cliniques discutées dans cet article témoignent de la diversité de la pratique clinique en milieu pénitentiaire qui donne à la consultation une dimension formative très riche mais justifie aussi l'intérêt que l'on y porte. La forte prévalence des maladies infectieuses et non transmissibles, des problèmes d'addiction et des problèmes de santé mentale en milieu pénitentiaire impose une prise en charge adaptée et un développement de la recherche. Si la vulnérabilité est en première ligne celle des personnes détenues, elle concerne également les professionnels de la santé tout comme les agents de détention. Il est donc important d'instaurer un cadre de pratique clinique standardisé dans le respect de l'éthique médicale, de mobiliser des moyens suffisants, et d'intégrer une approche de santé publique.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Maladies infectieuses prévalentes en milieu pénitentiaire: promouvoir le dépistage volontaire et confidentiel lors du bilan d'entrée mais également en cours d'incarcération; offrir des services de prévention et de réduction des risques (par exemple, programme d'échange d'aiguilles et de seringues); ne pas hésiter à répéter les sérologies en cas de doute diagnostique ou de nouvelles expositions à risques; évaluer les possibilités d'introduire un dépistage systématique pour l'hépatite C
- Maladies non infectieuses: au vu d'une prévalence/incidence croissante de plusieurs FRCV (facteurs de risque cardiovasculaire) chez les personnes privées de liberté, l'environnement pénitentiaire représente une opportunité pour promouvoir la prévention et le suivi des FRCV
- Body-packing: les personnes ayant dissimulé dans leur corps des substances illicites doivent être surveillées en milieu hospitalier. De plus, les comorbidités de ces personnes sont fréquentes en raison de leur faible statut socio-économique
- Santé mentale: la suicidalité doit être soigneusement évaluée pour chaque personne privée de liberté. Etant donné sa prévalence élevée en prison, il y a un besoin crucial de dépister le TDAH auprès des personnes incarcérées dans le but de réduire les problèmes de comportement, le risque de violence et les comorbidités associées; il est aussi nécessaire de disposer d'outils de dépistage validés pour cette population selon les critères du DSM-5 et de sensibiliser les différents intervenants à cette problématique

1 www.un.org/en/events/mandeladay/mandela_rules.shtml, consulté le 18.12.2018

2 * Rieder JP, Gravier B, Bertrand D, et al. Santé en milieu pénitentiaire:

vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé. Rev Med Suisse 2010;6:1462-5.

3 * Jackson Y, Paignon A, Wolff H, et al. Health of undocumented migrants in

primary care in Switzerland. PloS One 2018;13:e0201313.

4 * Haller DM, Elger BS, Slama S, et al. Médecine pénitentiaire: une porte d'accès au réseau de soins communautaires. Rev

Med Suisse 2007;3:2171-4.

5 ** Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. Lancet 2011;377:956-65.

6 * Iten A, Gravier B, Elger BS. Difficultés rencontrées lors de la prise en charge

- médicale de patients vivant en milieu carcéral. *Med Hyg* 2003;61:928-35.
- 7 * Wolff H, Sebo P, Haller DM, et al. Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health* 2011;11:245.
- 8 * Gétaz L, Casillas A, Siegrist CA, et al. Hepatitis B prevalence, risk factors, infection awareness and disease knowledge among inmates: a cross-sectional study in Switzerland's largest pre-trial prison. *J Global Health* 2018;8.
- 9 BESCHLUSS des GDK-Vorstands vom 18. Januar 2018. www.hepatitis-schweiz.ch/files/Dokumente/PDF/DC_Hepatitis_20180118_d.pdf
- 10 HCV Testing and Treatment in Correctional Settings. at 9.
- www.hcvguidelines.org/unique-populations/correctional
- 11 Arries EJ, Maposa S. Cardiovascular risk factors among prisoners: an integrative review. *J Forensic Nursing* 2013;9:52-64.
- 12 Herbert K, Plugge E, Foster C, et al. Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review. *Lancet* 2012;379:1975-82.
- 13 Agyapong NAF, Annan RA, Apprey C. Prevalence of risk factors of cardiovascular diseases among prisoners: a systematic review. *Nutr Food Sci* 2017;47:896-906.
- 14 Gebremariam MK, Nianogo RA, Arah OA. Weight gain during incarceration: systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2018;19:98-110.
- 15 Poletti PA, Canel L, Becker CD, et al. Screening of illegal intracorporeal containers (body packing): is abdominal radiography sufficiently accurate? A comparative study with low-dose CT. *Radiology* 2012;265:772-9.
- 16 * Traub SJ, Hoffman RS, Nelson LS. Body packing – the internal concealment of illicit drugs. *N Engl J Med* 2003;349:2519-26.
- 17 Heymann-Maier L, Trueb L, Schmidt S, et al. Emergency department management of body packers and body stuffers. *Swiss Med Wkly* 2017;147:w14499.
- 18 Berger FH, Nieboer KH, Goh GS, Pinto A, Scaglione M. Body packing: a review of general background, clinical and imaging aspects. *Radiol Med* 2015;120:118-32.
- 19 * Baggio S, Studer J, Fructuoso A, et al. Does level of attention deficit-hyperactivity disorder symptoms predicts poor transition into adulthood? *Int J Public Health* 2018:1-8.
- 20 * Baggio S, Fructuoso A, Guimaraes M, et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in detention settings: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers Psychiatry* 2018;9:331.
- 21 ** Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry* 2016;3:871-81.

* à lire

** à lire absolument