



HAL
open science

La cancérologie en UHSI : description de l'activité de cancérologie à l'UHSI de Nancy, et étude des différentes organisations au sein des UHSI de France

Marine Liégeois

► To cite this version:

Marine Liégeois. La cancérologie en UHSI : description de l'activité de cancérologie à l'UHSI de Nancy, et étude des différentes organisations au sein des UHSI de France. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03298057

HAL Id: hal-03298057

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298057v1>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

2020

Faculté de médecine de Nancy

N°

Thèse

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marine Liegeois

Née le 08 novembre 1989 à Thionville (57)

Le 20 mars 2020

La cancérologie en UHSI : description de l'activité de cancérologie à l'UHSI de Nancy, et étude des différentes organisations au sein des UHSI de France.

Membres du Jury :

M. le Professeur P. Eschwège

Président

M. le Professeur PE. Bollaert

juge

M. le Professeur G.Vogin

juge

M. le Docteur P.Peton

Directeur

M. le Pr H.Coudane

invité



**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne
Pr Laure JOLY**

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Dr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission :

Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT -

Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel
WEBER – Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone
GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD -
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^e sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^e sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie, et cytogénétique*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)

2^e sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^e sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4^e sous-section : (*Génétiq*ue)

Docteure Céline BONNET

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1e sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI

2e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2e sous-section : (Neurochirurgie)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Anthony LOPEZ

2e sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Docteur Cyril PERRENOT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3e sous-section : (Médecine générale)

Docteure Kénora CHAU (stagiaire)

54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA

5e sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1re sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

69e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) *Université d'Helsinki (FINLANDE)*
Professeur Duong Quang TRUNG (1997) *Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*
Professeur Daniel G. BICHET (2001) *Université de Montréal (Canada)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005) *Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL (2007) *Université de Dundee (Royaume-Uni)*
Professeur Yunfeng ZHOU (2009) *Université de Wuhan (CHINE)*
Professeur David ALPERS (2011) *Université de Washington (U.S.A)*
Professeur Martin EXNER (2012) *Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

A NOTRE PRESIDENT

Monsieur le Professeur Pascal Eschwège

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Urologie

Vous m'avez fait l'honneur de présider cette thèse. Je vous en suis très reconnaissante.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

A notre Juge

Mr. Le Professeur Pierre-Edouard Bollaert

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Médecine Intensive et Réanimation,
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Merci d'avoir accepté de faire partie des membres de mon jury de thèse.

J'ai toujours apprécié la bienveillance avec laquelle vous dispensez votre enseignement.

Acceptez de trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance.

A notre Juge

Mr. Le Professeur Guillaume Vogin

Professeur des universités et Praticien Hospitalier en Radiothérapie

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez montré envers ce travail, ainsi que d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de tout mon respect et de ma reconnaissance.

A notre Directeur de thèse

Mr le Dr Patrick Peton

Praticien Hospitalier

Chef de service de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI)

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Votre soutien, vos conseils et votre disponibilité m'ont permis de mener à bien ce travail. Je vous remercie également pour votre enseignement et encadrement lors de mon passage dans votre service.

Veillez trouver dans cette thèse l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A notre Invité

Mr. Le Professeur Henry Coudane

Praticien Hospitalier et Professeur émérite de l'université de lorraine, Doyen honoraire, Chevalier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur, Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, je vous en suis très reconnaissante. J'ai pu apprécier au cours de mes études la richesse de votre enseignement et votre pédagogie.

Veillez trouver dans cette thèse l'expression de toute mon admiration et de ma reconnaissance.

Mes remerciements

A Thibaut,

Merci pour tout, ta présence, ton soutien, ton sale caractère (qui va si bien avec le mien), ta patience, ton affection qui sont si précieux pour moi.

A ma famille,

A mes parents,

Merci pour votre soutien indéfectible, pour m'avoir soutenue et avoir cru en moi, même quand je n'y croyais plus, pour tout ce que vous m'avez apporté depuis le tout début. Je n'aurai jamais assez de mots pour vous exprimer toute ma gratitude.

A ma petite sœur Océane,

Pour nos moments, pour nos différences qui nous rapprochent, pour les échanges de mêmes de qualités.

A Benoit, Céline et Jules,

Mon cousin et grand frère de cœur, et ta petite famille, merci pour tous ces bons moments.

A Sylvie, Jean-François, Marion, Jacques et Zaza

Merci pour votre soutien et votre présence.

A mes amis,

Laetitia, Christophe, Charline, Jimmy, Sophie, merci d'être qui vous êtes tout simplement.

Aux copains de la faculté de Nancy, Loulou, Juju, Steph, Camille, Thomas, Chacha, Etienne, Mathieu, ces années n'auraient pas été les mêmes sans vous, merci pour tout.

Aux copains de Morfontaine, au partage de la même passion.

A l'équipe de l'UHSI de Nancy,

Pour ces six mois passés avec vous, qui m'ont réconcilié avec le travail en équipe à l'hôpital.

A Anne la meilleure des secrétaires,

Merci pour ta gentillesse et ta disponibilité malgré mes nombreuses demandes et questions.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

1. Introduction.....	22
2. Contexte et définitions.....	23
A. Le système de soins en milieu carcéral	23
a. Définitions	23
b. Le contexte légal.....	24
c. L'organisation des soins en prison	24
C1. Soins somatiques.....	24
C2. Soins psychiatriques	25
C3. Sécurité sociale.....	26
d. Extractions médicales.....	27
e. Les limites du système et les difficultés organisationnelles.....	27
B. L'exemple de l'UHSI de Nancy.....	29
C. Particularités de la population carcérale	31
a. Démographie	31
b. Etat de santé.....	31
D. La cancérologie.....	33
a. Définition et chiffres.....	33
b. Dispositions légales	33
c. La situation de la population carcérale	34
d. Les libérations pour raison médicale.....	35
D1. Aménagements de peine pour raison médicale	35
D2. Suspension de peine pour raison médicale et remise en liberté pour raison médicale.....	36
D3. La libération conditionnelle pour raison médicale	38
3. Matériels et méthodes	39
A. Première partie	39
a. Type d'étude.....	39
b. Population étudiée	39
c. Méthode et matériel	40
d. Objectif	40
B. Seconde partie.....	41
a. Type d'étude.....	41
b. Méthode et matériel	41

c.	Objectifs	42
4.	Etat des lieux de la cancérologie à l’UHSI de Nancy.....	43
A.	Résultat.....	43
a.	Type de cancer	43
b.	Incidence par année	45
c.	Répartition par âge et par sexe	46
d.	Facteurs de risques.....	48
D1.	Consommation de tabac, alcool et stupéfiants	48
D2.	Agents infectieux oncogènes	50
e.	Traitements entrepris.....	51
f.	Intervention de l’équipe mobile de soins palliatifs	54
g.	Libération pour raison médicale	55
B.	Discussion	56
a.	Description des cancers chez l’homme	56
b.	Description des cancers chez la femme	57
c.	Age au moment du diagnostic.....	57
d.	Traitements entrepris.....	58
e.	Libération pour raison médicale	58
5.	La situation dans les autres UHSI	59
A.	Résultats	59
a.	Organisations des soins	59
b.	RCP et délivrance des chimiothérapies	60
c.	Formation du personnel.....	61
d.	La place des soins palliatifs.....	62
e.	Intervention d’association.....	62
f.	Suggestions d’améliorations	63
B.	Discussion	65
6.	Conclusion	67
7.	Bibliographie.....	69
8.	Annexe.....	74

Glossaire

APA : activité physique adaptée

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CMU : couverture maladie universelle

CMU-c : couverture maladie universelle complémentaire

CNPE : Centre national de la protection sociale des personnes écrouées

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

DSP : dispositifs de soins psychiatriques

DU : diplôme universitaire

ETP : équivalent temps plein

HIV: human immunodeficiency virus

HP : helicobacter pylori

LRM : Libération pour raison médicale

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

RLRM : remise en liberté pour raison médicale

SMPR : service médico psychologique régional

SPDRE : soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SSR : soins de suite et réadaptation

UCSA : Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires

UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée

UHSI : unité hospitalière sécurisée interrégionale

USMP : unité sanitaire en milieu pénitentiaire

VHB : virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

1. Introduction

Il est admis depuis longtemps que la population carcérale est une population vulnérable, du fait de sa précarité, des conditions de vie et de l'enfermement.

Du point de vue médical, des particularités propres au milieu carcéral ont été mises en évidence. La prévalence de certaines maladies infectieuses, telles les hépatites B, hépatites C et le sida, y est plus importante que dans la population générale ; de même que celle des troubles psychiatriques, ainsi que la consommation de substances psychoactives (1-4). La consommation de tabac et d'alcool est également très importante en milieu carcéral (1,3,4).

Il s'agit également d'une population vieillissante, (5), et dont le recours au système de soins, dans l'année précédant l'incarcération des détenus, est inférieur à la moyenne de la population générale (2).

Les besoins en santé de la population carcérale sont donc importants et nécessitent des moyens spécifiques et adaptés.

Il existe encore peu d'études sur la prévalence et l'incidence des maladies chroniques et notamment des cancers dans cette population.

Il nous a donc paru intéressant de réaliser dans un premier temps un état des lieux de l'activité de cancérologie de l'UHSI de Nancy, sur une période de 10 ans, du 1^{er} janvier 2008 jusqu'au 31 décembre 2018, puis dans un second temps de s'interroger sur les différences de prise en charge de patients atteints de cancers au sein des autres UHSI, afin de réfléchir à de possibles axes d'amélioration de la prise en charge des personnes condamnées et prévenues atteintes de cancer.

2. Contexte et définitions

A. Le système de soins en milieu carcéral

a. Définitions

Une **personne détenue** est une personne faisant l'objet d'une mesure de privation de liberté au sein d'un établissement pénitentiaire.

Parmi les personnes détenues, une partie des personnes sont des « **prévenues** ». Il s'agit de personnes placées en détention provisoire, en maison d'arrêt, soit parce qu'elles sont en attente de jugement, soit parce qu'elles sont en voie de recours contre leur condamnation. L'autre partie est composée de personnes « **condamnées** », c'est-à-dire exécutant une peine de réclusion prononcée par un tribunal.

Les **établissements pénitentiaires** sont par définition, des établissements clos, aménagés pour recevoir des délinquants condamnés à une peine privative de liberté, ou des prévenus en instance de jugement.

Il existe en France 188 établissements séparés en plusieurs types (6) :

- 86 maisons d'arrêt.

- 94 établissements pour peine, divisés en 6 maisons centrales, 27 centres de détention, 11 centres de semi-liberté, 50 centres pénitentiaires.

Les maisons d'arrêt reçoivent les personnes prévenues en détention provisoire et les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans.

Les maisons centrales accueillent les détenus condamnés à une longue peine ou présentant des risques.

Les centres de détention accueillent des personnes condamnées à une peine supérieure à deux ans, et présentant les meilleures perspectives de réinsertion sociale.

Les centres de semi-liberté accueillent les personnes condamnées admises au régime du placement extérieur. La personne détenue peut s'absenter durant la journée pour exercer une activité professionnelle, suivre un enseignement, bénéficier d'un traitement médical...

Les centres pénitentiaires : il s'agit d'établissement comportant plusieurs unités de détention précédemment citées. Elles sont désignées sous le nom de « quartier ». Par exemple, le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville est composé d'un quartier maison d'arrêt pour hommes, d'un quartier maison d'arrêt pour femmes, et d'un quartier centre de détention pour hommes.

Il existe également 6 établissements pour mineurs : ils reçoivent les détenus mineurs de 13 à 18 ans, prévenus ou condamnés.

b. Le contexte légal

Comme l'a déclaré Valéry Giscard d'Estaing : « *La prison c'est la privation de la liberté d'aller et venir et rien d'autre* ».

Le droit à la santé et à l'accès aux soins est reconnu comme un droit fondamental de la personne (7) qui ne doit pas être entravé par l'incarcération.

En France, le dispositif actuel de soins aux personnes privées de libertés, a été construit et structuré suite à la loi du 18 janvier 1994 (8), relative à la santé publique et à la protection sociale.

Cette loi a transféré la responsabilité de l'organisation et de la dispensation de soins, des mains de l'administration pénitentiaire aux mains du ministère de la santé.

La loi du 18 janvier 1994 a pour objectif d'offrir aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population. Elle assure aux détenus une couverture sociale (affiliation au régime général de l'assurance maladie et possibilité de bénéficier de la CMU-c sous condition de ressources), et cela dès le premier jour de leur incarcération. Elle a également confié aux hôpitaux les missions de prévention et de soins des détenus.

Ce principe d'égalité des soins a été renforcé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (9), ainsi que par l'arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) (10).

c. L'organisation des soins en prison

C1. Soins somatiques

L'organisation des soins somatiques en prison est basée sur 3 niveaux de prise en charge (11).

Le premier niveau étant composé des consultations et activités ambulatoires, et il se déroule dans les établissements pénitentiaires, au sein des Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP, anciennement UCSA, Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires).

Il existe 175 USMP. Elles sont toutes situées au sein d'un établissement pénitentiaire, et sont rattachées à un établissement hospitalier publique de référence (12).

Ces USMP sont composées de personnels médicaux (médecins généralistes, spécialistes hors psychiatres, internes, chirurgiens-dentistes), paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie), et administratifs.

Les effectifs composant les USMP, ainsi que leur durée d'ouverture, sont dépendants de la taille de l'établissement pénitentiaire dont ils font partie. Elles permettent d'assurer les consultations de médecine générale, certaines consultations de médecine spécialisée, les soins infirmiers (dont la distribution de médicaments), les soins dentaires, la coordination des actes de prévention et d'éducation, l'organisation des examens hospitaliers et des hospitalisations programmées ; ainsi que dans certaines USMP, des actes de radiologie, ou des examens de laboratoires.

Elles permettent également d'assurer la préparation du suivi sanitaire à la sortie, en coordination avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).

Le second niveau de prise en charge concerne les soins requérant une prise en charge à temps partiel dans un service hospitalier. Ce niveau d'organisation prend place dans les hôpitaux de références, par exemple pour des actes de chirurgie ambulatoire, des séances de dialyse ou radiothérapie.

Enfin le troisième et dernier niveau d'organisation concerne les prises en charge hospitalières à temps complet.

Pour les hospitalisations en urgence ou d'une durée prévisible de moins de 48h, 154 chambres sécurisées ont été créées dans les établissements hospitaliers de référence.

Dans le cas des hospitalisations de plus de 48h, les détenus sont accueillis dans une UHSI, et ce depuis leur création en 2004. Il en existe huit, implantées au sein d'un centre hospitalier régional universitaire à : Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Paris, Rennes et Toulouse. (10,12)

En 2016 les UHSI proposaient 170 lits de soins aigus et 64 lits de soins de suite et réadaptation (SSR). (11)

C2. Soins psychiatriques

Le service public hospitalier assure également les soins psychiatriques, sur le même schéma à 3 niveaux (11).

Le premier niveau est également composé des consultations et activités ambulatoires, prenant place dans les dispositifs de soins psychiatriques (DSP) implantés dans les USMP, ou au sein des services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Les SMPR sont au nombre de 26, et ils sont implantés dans les établissements pénitentiaires (12).

Les SMPR permettent également d'assurer le 2^{ème} niveau du schéma de prise en charge, soit les hospitalisations de jour. Les hospitalisations ont lieu dans des cellules dédiées au sein des établissements pénitentiaires. Ces hospitalisations concernent principalement les patients, sans idées suicidaires, dont l'état de santé nécessite une courte hospitalisation.

Le 3^{ème} niveau de prise en charge concerne les hospitalisations à temps complet. Lorsqu'une prise en charge psychiatrique en hospitalisation à temps complet est indiquée, les patients peuvent être admis dans les UHSA (unités hospitalières spécialement aménagées), avec leur consentement ou sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE), dans les établissements des secteurs psychiatriques ou dans les UMD (unités pour malades difficiles), sur décision du représentant de l'Etat.

Les UHSA ont été créées en 2010. Il en existe actuellement neuf, implantées dans un centre hospitalier et réparties sur le territoire : Lyon-Bron, Toulouse, Nancy-Laxou, Orléans-Fleury les Aubray, Paris-Villejuif, Lille-Seclin, Rennes, Bordeaux-Cadillac et Marseille, pour une capacité de 440 places (12).

Lorsque aucune place n'est disponible en UHSA pour une personne détenue souffrant de troubles psychiatriques ne pouvant être maintenue dans un établissement pénitentiaire, l'autorité

préfecturale doit procéder le plus rapidement possible à son hospitalisation dans un établissement de santé chargé d'assurer les soins psychiatriques sans consentement. Souvent dans une unité fermée d'un hôpital du secteur de psychiatrie générale, et uniquement sous le régime de SPDRE (articles D398 du Code de procédure pénale et L3214-1 du Code de la santé publique).

Dans certains cas, lorsque les patients « présentent pour autrui, un danger tel, que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires, ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique » (loi n°2011-803 du 5 juillet 2011, article L322-3 du Code de la santé publique), une admission en UMD est demandée. Les UMD sont implantées dans des établissements publics de santé mentale, mais ne font pas partie des secteurs de psychiatrie générale. Les admissions en UMD se font uniquement sur la décision du représentant de l'Etat (SPDRE).

Depuis la loi du 18 janvier 1994, les soins des personnes privées de liberté sont donc dispensés par le service public hospitalier, ce qui peut entraîner des contraintes organisationnelles et nécessite une coopération importante entre les services de santé publics et les services pénitenciers.

C3. Sécurité sociale

La loi du 18 janvier 1994 assure une protection sociale à tous les patients détenus et ce dès le premier jour de leur incarcération. Toutes les personnes placées sous écrou sont donc rattachées au régime général d'assurance-maladie.

Les personnes incarcérées ou en aménagement de peine et n'ayant pas d'activité professionnelle rémunérée sont affiliées auprès du Centre national de la protection sociale des personnes écrouées (CNPE).

Pour les patients détenus, la structure d'organisation de soins a été décrite précédemment et les frais de santé sont pris en charge sur la base des tarifs de la Sécurité sociale, avec dispense d'avance de frais. Aucun dépassement d'honoraire ne peut être facturé à un patient incarcéré.

Les patients en aménagement de peine (semi-liberté, placement à l'extérieur sous surveillance électronique), n'ayant pas d'activité professionnelle rémunérée, bénéficient d'un accès aux soins dans les conditions de droit commun. Ils doivent donc choisir un médecin traitant et respecter le parcours de soins coordonné. Ils bénéficient de la dispense d'avance des frais (tiers payant intégral) dans les limites des tarifs de la Sécurité sociale.

Les patients en aménagement de peine mais ayant une activité professionnelle rémunérée, sont rattachés au régime obligatoire d'assurance-maladie dont relève leur activité professionnelle mais peuvent bénéficier de la CMU sous condition de ressource.

Après leur libération, les personnes écrouées restent affiliées provisoirement à la caisse d'assurance-maladie de leur lieu de détention, le temps d'effectuer les démarches nécessaires au transfert de leur dossier auprès de la CPAM de leur lieu résidence. Ils peuvent également bénéficier de la CMU sous condition de ressources.

d. Extractions médicales

Selon le schéma de l'organisation des soins aux personnes détenues, les extractions médicales sont une partie intégrante de l'organisation des soins de niveau 2 et 3.

Toute sortie d'un établissement pénitentiaire, hors permission, est appelée une extraction. La personne détenue doit être accompagnée par des agents de l'administration pénitentiaire.

Il existe plusieurs niveaux d'extraction, créés par la note du 29 avril 2014 de l'administration pénitentiaire (13) et par le bulletin du ministère de la justice du 18 novembre 2004 (14). Ce niveau est défini par la commission pluridisciplinaire unique, et réévalué par le chef d'escorte à chaque extraction, et ce pour chaque personne détenue. Il permet de déterminer le niveau de sécurité à appliquer pour la composition de l'escorte et les moyens de contraintes imposés à la personne.

Il existe 4 niveaux d'escorte, de 1 à 4. Le niveau 1 correspondant aux personnes détenues présentant « un comportement correct en détention et/ou une date de libération proche et/ou bénéficiaire de permissions de sortir » tandis que le niveau 4 correspond aux personnes détenues « pour lesquelles un dispositif particulier est mis en œuvre en étroite collaboration avec les services de la préfecture et des forces de sécurité intérieure pour chaque sortie de l'établissement pénitentiaire de l'intéressé ». (13)

La réalisation de ces escortes médicales nécessite donc des moyens humains et techniques pouvant être une source de difficultés d'organisation, mais également de refus de soins de la part de certains détenus devant les méthodes de contrainte ainsi que devant la présence de surveillants pénitentiaires lors des consultations médicales (13, 15), ce qui est en contradiction complète avec le principe de secret médical.

e. Les limites du système et les difficultés organisationnelles

Malgré la nette amélioration de la prise en charge de la santé des personnes privées de liberté depuis la mise en application de la loi de janvier 1994, les contraintes inhérentes au système carcéral font que les conditions d'accès aux soins ne sont pas encore identiques à celles de la population générale.

Un rapport du haut comité de santé publique, publié en 2004 dans la revue ADSP souligne les difficultés inhérentes à l'organisation de la prison : « *Tout détenu qui souhaite voir un médecin en urgence doit passer par l'intermédiaire du surveillant pénitentiaire. Pour une demande de consultation, le détenu peut écrire pour être reçu, mais dans ce cas encore c'est le surveillant qui régule le mouvement en détention pour permettre l'accès à l'unité de soins. On ne peut donc pas dire de façon absolue et générale que les détenus ont un libre accès aux soins, du fait de cette médiation obligatoire. Cette procédure passe en général par une demande écrite (hors urgence) et peut également être source de délais.* » (16)

Un rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) datant de juillet 2015 (13), met aussi en évidence plusieurs problèmes, notamment un trop grand nombre d'extractions médicales.

Ce grand nombre d'extractions entraînant notamment un retard à la réalisation d'exams. Cela étant dû à la difficulté d'organiser l'extraction entre l'administration pénitentiaire, les forces de l'ordre et le lieu de soins en question. De nombreuses extractions sont ainsi annulées et reportées à cause d'un manque d'effectifs, d'une urgence ou à la mise en place de plan Vigipirate par exemple. D'après les conclusions du rapport, ce phénomène d'extractions trop nombreuses est dû en partie à un manque de personnel, notamment de spécialistes, dans les USMP, ainsi qu'à un trop faible taux de recours à l'utilisation de la télé-médecine.

Parmi les autres problèmes soulevés par ce rapport, on retrouve, un manque de respect du secret médical avec la présence du personnel d'escorte lors des consultations et hospitalisations ; des problèmes d'organisation dans certains hôpitaux, où aucun circuit ou créneau horaire n'est spécialement dédié à l'accueil de détenu, afin de limiter leur exposition au grand public, ainsi qu'une implantation et un aménagement des chambres sécurisées non conforme à la logique de soins.

B. L'exemple de l'UHSI de Nancy

L'UHSI de Nancy est la première à ouvrir ses portes en France, l'activité ayant débuté le 16 février 2004.

Il a été conçu comme l'ensemble des UHSI, avec :

- Une unité de soins classique, lieu d'hébergement des détenus et de réalisation des soins, dont toutes les circulations sont sous contrôle visuel total et permanent direct, ou, à défaut, par l'intermédiaire d'un système de caméras. Elle est composée des chambres sécurisées, d'une salle d'activité, de l'infirmierie, d'une salle de soins et du poste de surveillance.
- Un accès unique dont le contrôle est assuré par un poste central protégé, situé dans l'unité et sous la responsabilité de fonctionnaires du ministère de l'Intérieur.
- Un périmètre extérieur dont la sécurité est renforcée afin d'empêcher toute évasion, intrusion ou communication avec l'extérieur. La sécurisation au sein des unités d'hospitalisation est à la charge de l'administration pénitentiaire, les personnels et les infrastructures nécessaires étant à la charge de la direction des hôpitaux.

L'UHSI de Nancy comporte 17 lits de courts séjours. Il y a actuellement 6 praticiens hospitaliers exerçant à l'UHSI, soit 5 ETP répartis entre l'UHSI, l'UHSA et l'USMP de Nancy-Maxéville. 12 infirmiers sont employés à l'UHSI, dont 3 à temps partiel.

Une psychologue est également attachée au service (0,5 ETP) ainsi qu'une assistante sociale.

Un membre du SPIP (service pénitentiaire d'insertion et probation) est également présent sur place une fois par semaine. Le SPIP est en charge de la relation avec les familles des détenus.

En 2018 il y a eu 487 hospitalisations au sein du service.

Les patients détenus hospitalisés à l'UHSI de Nancy viennent des régions Grand est (anciennement Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne) et du département de la Haute-Marne.

Les patients viennent donc des centres de détention de Montmédy, Oerminghen, Saint-Mihiel, Toul, Villenauxe-la-Grande, Ecrouves, Joux-La-Ville, des centres pénitenciers de Metz et Nancy-Maxéville, des maisons centrales de Clairvaux, Ensisheim et des maisons d'arrêt de Bar-le-Duc, Châlons-en-Champagne, Chaumont, Colmar, Mulhouse, Reims, Sarreguemines, Strasbourg, Troyes et Epinal.

Selon les chiffres du ministère de la Justice, il y avait, au premier janvier 2019 (17) :

- 2642 hommes écroués dans ces centres de détention.
- 251 écroués dans ces maisons centrales.
- 3618 écroués dans ces maisons d'arrêt.
- 174 femmes écrouées dans ces maisons d'arrêt.
- 53 mineurs.

Soient 6738 personnes détenues dans des établissements pénitentiaires localisés sur le territoire dont l'UHSI de Nancy est responsable.

C. Particularités de la population carcérale

a. Démographie

Au premier janvier 2018, la population carcérale en France est de 79 785 écroués dont 68 974 détenus. (18)

Le nombre de personnes détenues est en augmentation depuis une vingtaine d'années. Après une période de stabilisation dans les années 1990, on retrouve une forte hausse au début des années 2000. La population carcérale a augmenté de 88% entre 1980 et 2018. (19)

Comparée à la population générale, la population carcérale est plus jeune. En 2017, l'âge médian des personnes incarcérées était de 31,7 ans (19) contre 40,4 ans (20) pour la population française.

Même si la moyenne d'âge de la population française reste plus haute que celle de la population carcérale, on constate un vieillissement progressif de cette dernière depuis trois décennies. La moyenne d'âge est passée de 30,1 ans en 1980 à 34,4 ans en 2013, avec des pics à 34,8 ans en 2001 et 2006, et on constate dans le même temps une augmentation du pourcentage des plus de 50 ans, passant de 4,5% en 1980 de la population carcérale à 11,2% en 2013 (5).

La population carcérale est aussi caractérisée par la surreprésentation des catégories de niveaux socio-éducatifs les moins élevés. En 2011, 49% des détenus n'avaient pas de diplôme et 12% étaient en situation d'illettrisme. (21)

Enfin il faut noter dans cette population, une répartition Homme/Femme très spécifique. Elle est en effet composée en très grande majorité d'hommes de plus de 18 ans. Au premier janvier 2018, ils représentaient 95,3% de la population carcérale, les femmes majeures ne représentaient que 3,7%, et les mineurs, tous sexes confondus, 1% (22).

b. Etat de santé

L'état de santé de la population carcérale doit être connu et étudié afin de répondre au mieux aux besoins de cette population particulière.

En France quatre grandes études nationales nous ont permis d'obtenir quelques connaissances épidémiologiques :

- L'enquête de la Drees sur la santé des personnes entrant en maisons d'arrêt, réalisée en 1999 et reconduite en 2003 (23,24)
- L'enquête « HID-prisons » réalisée en 2001 par l'Insee et l'Ined sur le handicap, les incapacités et la dépendance (25)
- L'étude CEMKA réalisée en 2004 sur la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral (26)
- L'enquête Prévacar réalisée en 2010 par l'InVS sur la prévalence du VIH, du VHC (virus de l'hépatite C) et des traitements de substitution aux opiacés. (27)

Ces études sont confortées par de nombreuses études locales et internationales (4) qui permettent d'avoir un bon niveau de connaissance sur ces pathologies.

Néanmoins, il existe peu d'études sur les pathologies chroniques et notamment sur les cancers en milieu carcéral.

Nous pouvons citer l'étude Carcan (28), étude cas-témoin, qui portait sur la prévalence des cancers broncho-pulmonaires chez des patients hospitalisés dans les UHSI de Lyon, Toulouse et Marseille. Les conclusions ne retrouvaient pas une prévalence plus importante des cancers bronchiques dans la population carcérale, mais mettaient en évidence un âge au moment du diagnostic plus faible que dans la population contrôle (54,8 ans chez les détenus contre 61,1 ans dans la population témoin).

Dans la littérature internationale quelques études sur les pathologies cancéreuses en milieu carcéral, sont également disponibles. Notamment sur la prévalence des dépistages des cancers en prison (sur le dépistage du cancer du col de l'utérus au Brésil (29) qui semble plus faible que dans la population générale) ; mais également sur la prévalence des cancers en milieu carcéral au Canada (30), en Angleterre (31) et aux USA (32), dont les conclusions semblent montrer que certains cancers auraient une prévalence plus importante dans la population carcérale que générale, notamment les cancers bronchiques.

De façon générale il existe peu d'études de grande ampleur sur la cancérologie en prison et notamment en France, malgré les connaissances actuelles sur la forte prévalence de facteurs de risques dans la population carcérale (consommation de tabac et d'alcool ...).

D. La cancérologie

a. Définition et chiffres

Selon la définition du Larousse, l'oncologie est « l'étude des tumeurs, en particulier de tumeurs malignes » et la cancérologie est une « spécialité médicale qui se consacre à l'étude et au traitement des cancers ».

Le traitement des cancers passe par de nombreux traitements différents, notamment, la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'immunothérapie. Ces traitements comme tout traitement sont encadrés par des lois particulières.

L'incidence du cancer chez l'homme a augmenté régulièrement de 1980 à 2005, puis a présenté une diminution de 2005 à 2010, avant de se stabiliser depuis. Chez la femme, l'incidence augmente depuis 1980 mais depuis 2005 on observe un ralentissement de cette augmentation. On estime à 382 000 le nombre de nouveaux cas de cancer et à 157 400 le nombre de décès en 2018 en France (33).

Chez les hommes, les trois cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du poumon et les cancers colorectaux. Chez les femmes, ce sont les cancers du sein, colorectaux et pulmonaires (33)

b. Dispositions légales

La délivrance de chimiothérapies est réglementée et elles ne peuvent être prescrites que par un médecin ayant validé une spécialité d'oncologie (DESC ou DES) selon l'article D6124-134 du Code de la Santé Publique (34). Les infirmiers assurant la délivrance de la chimiothérapie doivent également être formés.

De même pour la radiothérapie, curiethérapie, la prescription et délivrance ne peuvent être assurées que par des médecins qualifiés spécialistes en oncologie radiothérapique, en radiothérapie, en radiologie option radiodiagnostic et radiothérapie, ou en radiologie option radiothérapie, ou par un médecin qualifié spécialiste en médecine nucléaire selon l'article D6124-133 du Code de la santé publique (34).

Les essais cliniques font également partie intégrante de la pratique actuelle en cancérologie.

Les essais cliniques pratiqués sur l'homme sont strictement encadrés par la loi. La première à avoir fixé un cadre légal en France est la loi Huriet-Sérusclat de 1988 (35). Le cadre législatif a ensuite évolué avec la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain (36), et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (37).

Avant son démarrage, un essai doit recevoir un avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) et une autorisation de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Un essai clinique est organisé à l'initiative d'un promoteur qui peut être une personne physique ou morale. Les études sont dirigées par un ou plusieurs médecins que l'on nomme investigateurs.

c. La situation de la population carcérale

Les dispositions légales encadrant les traitements anti-cancéreux et notamment la délivrance de chimiothérapie peuvent entraîner des difficultés afin d'assurer la délivrance des traitements chez les patients incarcérés atteints de cancer. Les chimiothérapies ne peuvent être délivrées au sein des USMP, les patients doivent donc être hospitalisés, en chambre sécurisée, ou en UHSI selon la durée prévue du traitement. Il faut donc que le personnel des UHSI soit habilité à délivrer des chimiothérapies et qu'il travaille en collaboration avec des oncologues, attachés au service ou non, afin de prescrire ces traitements.

Les contraintes organisationnelles, notamment pour les extractions, peuvent également compliquer la réalisation des traitements. Par exemple, un traitement par radiothérapie, dont certains protocoles requièrent des séances quotidiennes ou pluri-hebdomadaires.

Les patients incarcérés sont également très rarement intégrés dans des essais cliniques, malgré le fait qu'aucune législation, à ce jour, n'interdise l'inclusion de détenu dans un essai clinique (38).

La mise en place de traitements relevant des soins palliatifs peut également se révéler compliquée en détention. En 2016, l'étude PARME a mis en évidence la difficulté pour déployer un accompagnement global pour les détenus gravement malades (repos difficile, promiscuité, accès limité aux antalgiques, au confort, aux soins de nursing, aux soins relationnels et aux familles). (39)

d. Les libérations pour raison médicale

Le terme cancer rassemble un ensemble de pathologies extrêmement variées, dont le pronostic dépend de nombreux facteurs : type de tumeur, localisation, stade au moment du diagnostic...

Il s'agit de pathologies graves et dont la découverte chez une personne privée de liberté peut entraîner la question d'une suspension de peine pour raison médicale (SPRM) ou d'aménagement de peine pour raison médicale.

Une libération pour raison médicale (LRM) peut être sollicitée dans le cas où une personne privée de liberté serait atteinte d'une pathologie engageant son pronostic vital ou si son état de santé physique et/ou mentale est durablement incompatible avec son maintien en détention. Ces deux conditions, alternatives, ont été précisées par une jurisprudence et il appartient à la juridiction de l'application des peines d'apprécier si l'une d'elles est remplie au regard d'une expertise médicale (40).

Les médecins intervenant en milieu pénitentiaire ne peuvent saisir directement les autorités judiciaires de l'état de santé d'un patient, mais ils peuvent lui remettre des certificats médicaux attestant de l'incompatibilité de son état de santé avec un maintien en détention et/ou que son pronostic vital est engagé. Dans tous les cas, s'ils estiment que l'état de santé du patient n'est pas compatible avec le maintien en détention, ils doivent informer le chef de l'établissement pénitentiaire qui doit en informer l'autorité judiciaire compétente. Cette dernière pourra alors ordonner une expertise médicale complémentaire ou prononcer en urgence, sur la base de ce certificat, une mesure de LRM.

Il existe plusieurs dispositifs judiciaires permettant aux personnes détenues présentant une problématique médicale de bénéficier d'un aménagement de peine de ce fait (40).

On distingue donc deux types de LRM : les aménagements de peines et les suspensions de peines pour raison médicale (SPRM). Nous parlerons également de la libération conditionnelle pour raison médicale, qui est encore une situation différente.

DI. Aménagements de peine pour raison médicale

Les aménagements de peines pour raison médicale sont des aménagements ou fractionnements de peines dit « classiques » mais justifiés par la nécessité de suivre un traitement médical ou pour motif médical.

Ces aménagements correspondent aux mesures suivantes :

- Placement sous surveillance électronique
- Placement à l'extérieur
- Semi-liberté
- Libération conditionnelle

Les mesures de semi-liberté, placement à l'extérieur ou sous surveillance électronique peuvent être demandées par les personnes dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à deux ans (Code de procédure pénale- Articles 723-1(41). La libération conditionnelle est, en principe, accessible à tous ceux qui ont d'ores et déjà exécutés la moitié de leur peine (Code de procédure pénale - Article 729 (42)).

Ces aménagements de peines sont plus simples à mettre en œuvre, notamment parce qu'elles ne nécessitent pas d'expertise médicale et sont donc possible à mettre en œuvre dans des cas beaucoup plus larges que l'engagement du pronostic vital ou l'incompatibilité durable de l'état de santé de la personne condamnée avec la détention. Néanmoins ces aménagements de peines ne sont pas accessibles aux personnes condamnées aux peines les plus importantes ou qui se trouvent à distance de leur fin de peine. De plus, certains d'entre d'eux ne peuvent être accordées aux personnes condamnées pour des infractions relevant du terrorisme (infractions définies aux articles 421-1 à 421-6 du Code pénal, à l'exclusion des articles 421-2-5 et 421-2-5-2 du même code). (40)

Pour les personnes en aménagement de peine dont l'état de santé s'aggrave, devenant durablement incompatible avec la mesure prononcée, une mesure de SPRM pourra être octroyée dans un second temps.

D2. Suspension de peine pour raison médicale et remise en liberté pour raison médicale

La loi Kouchner du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de soins a permis l'introduction, dans le Code pénal, de L'article 720-1-1. Cet article stipule que : « *la suspension de peine peut (...) être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux* ». Il précise que « *la suppression de peine ne peut être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissent de manière concordante que le condamné se trouve dans l'une de ces situations* » (43).

La suspension de peine ne s'applique qu'aux personnes condamnées à une peine privative de liberté. Elle ne peut donc pas être appliquée aux personnes prévenues qui sont en détention provisoire.

Il existe néanmoins une procédure pour les personnes ayant le statut de prévenu : la remise en liberté pour raisons médicales (RLRM), créé par l'article 147-1 du Code de procédure pénale, faisant suite à la loi du 15 aout 2004, relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales (44).

La RLRM peut être sollicitée quand une expertise médicale établit que « *la personne est atteinte d'une pathologie engageant son pronostic vital ou que son état de santé physique ou mental est incompatible avec le maintien en détention* » (44).

La loi du 15 août 2004 a également supprimé l'exigence des deux expertises médicales concordantes pour l'octroi d'une SPRM. Actuellement une seule expertise médicale, ayant pour objectif de vérifier si la personne condamnée est atteinte d'une pathologie engageant son pronostic vital ou si son état de santé n'est plus compatible avec le maintien en détention est nécessaire pour obtenir une SPRM ou une RLRM.

En cas d'urgence, un certificat médical délivré par le médecin responsable de l'UCSA ou de l'UHSI, peut se substituer à l'expertise médicale. La notion d'urgence concerne, bien sûr, le décès prévisible à très court terme de la personne condamnée, mais également une dégradation actuelle de l'état de santé de la personne, rendant les conditions de sa détention totalement inadaptée voire indigne. (40)

La SPMR et la RLRM peuvent être accordées quel que soit la nature et le quantum de la peine restant à subir et quelle que soit l'infraction à l'origine de la condamnation. Un état de condamnation pour récidive légale est également indifférent, de même que la présence d'une peine de sûreté en cours d'exécution. (40)

Un seul critère étranger à l'appréciation des motifs médicaux peut motiver un rejet de la demande de suspension de peine pour raison médicale : le risque grave de renouvellement de l'infraction. Cette condition a été ajoutée au premier alinéa de l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale (43).

Il faut néanmoins également prendre en compte une contrainte matérielle pouvant poser problème en cas de décision de libération pour raison médicale : le manque de structure d'hébergement adaptée, ou acceptant d'accueillir un public sous mains de la justice. Pour pallier à cette difficulté, certains juges d'application des peines ont institué la pratique d'accorder des suspensions de peine dont l'effectivité est conditionnée, à l'acceptation de prise en charge du patient par une structure d'accueil (45).

La mesure de SPRM peut s'interrompre à l'occasion du décès de la personne mais également dans 3 autres situations :

- L'amélioration de l'état de santé de la personne condamnée
- Le non-respect des obligations fixées
- Le risque grave de renouvellement de l'infraction.

Dans l'hypothèse où l'état de santé de la personne ne devait pas s'améliorer, l'article 729 du Code de procédure pénale (42) prévoit la possibilité de la basculer sous le régime de la libération conditionnelle.

D3. La libération conditionnelle pour raison médicale

La loi du 15 août 2004 a complété l'article 729 du Code de procédure pénale afin de favoriser l'octroi d'une libération conditionnelle aux personnes bénéficiant d'une mesure de SPRM. Avant cette loi, les condamnés dont l'état de santé ne s'améliorait pas après plusieurs années, se heurtaient à l'exigence des délais d'accessibilité à un aménagement de peine, de telle sorte que leur peine ne prenait jamais fin. (40)

Pour prétendre à l'octroi d'une libération pour raison médicale, trois conditions cumulatives doivent être réunies :

- Le condamné bénéficie d'une SPRM depuis au moins 3 ans.
- Une nouvelle expertise médicale conclut que l'état de santé physique ou mental de ce condamné est toujours durablement incompatible avec le maintien en détention.
- Le condamné justifie d'une prise en charge adaptée à sa situation.

Le condamné n'aura en revanche pas à respecter les conditions prévues pour l'octroi d'une mesure de libération conditionnelle classique (tenant à la durée de la peine accomplie et aux efforts sérieux de réadaptation sociale).

3. Matériels et méthodes

A. Première partie

Nous avons dans un premier temps réalisé un état des lieux de l'activité de cancérologie au sein de l'UHSI de Nancy, sur une période de 10 ans, du premier janvier 2008 au 31 décembre 2018.

Notre volonté initiale était de réaliser ce recueil de données sur une période plus longue, correspondant au début de l'activité de l'UHSI en février 2004 jusqu'au 31 décembre 2018.

Malheureusement, l'organisation des archives du CHRU de Nancy fait que les dossiers datant de plus de 10 ans ne sont plus entreposés dans le service des archives du CHRU de Nancy mais dans des espaces de stockage situés à Besançon. Malgré plusieurs demandes pour faire revenir les dossiers des patients datant de 2004 à 2007 sur le site des archives de Nancy, nous n'avons pu en obtenir qu'une petite partie. Pour ne pas fausser les données recueillies, nous avons donc préféré exclure les dossiers précédant le premier janvier 2008.

a. Type d'étude

Nous avons donc réalisé une étude rétrospective descriptive monocentrique portant sur la population carcérale ayant été hospitalisée à l'UHSI de Nancy du premier janvier 2008 au 31 décembre 2018.

b. Population étudiée

Les critères d'inclusions dans l'étude étaient :

- Tout patient ayant été traité pour un cancer, primitif ou secondaire à l'UHSI de Nancy dans la période déterminée.
- Nous n'avons pas mis de critère de limitation de sexe ou d'âge.
- Nous avons inclus tous les patients détenus, qu'ils soient prévenus ou condamnés.

Les critères d'exclusions des patients étaient :

- Un diagnostic de pathologie cancéreuse posé avant le début de l'incarcération du patient.
- Tout patient hospitalisé pour une suspicion de cancer dont l'anatomopathologie s'est finalement révélée négative.
- Tout patient présentant une tumeur bénigne.

c. Méthode et matériel

Le recueil des données a eu lieu entre mai 2019 et octobre 2019.

La liste des patients a été réalisée à partir de la base de données du DIM du CHRU de Nancy, comportant tous les patients dont le diagnostic de sortie d'hospitalisation était une pathologie cancéreuse (code C00 à D09 et D37 à D48 de la CIM-10) et ayant été hospitalisés du 01/01/2008 au 31/12/2018.

La liste ainsi obtenue comportait 196 dossiers de patients, qui ont été consultés en version papier au sein du service des archives de Nancy.

Nous avons analysé les dossiers des patients ainsi sélectionnés. Les paramètres recueillis pour chaque patient étaient : son sexe, son âge au moment du diagnostic de cancer, le type et la localisation du cancer, la nature des traitements entrepris (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie...), les facteurs de risques associés (tabagisme, alcoolisme ou toxicomanie), les antécédents, l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs, l'existence d'une demande de LRM ou non et le devenir (décès à l'UHSI, libération pour raison médicale, rémission).

Le recueil des données informatisées et les analyses descriptives ont été réalisés grâce au logiciel Excel version 2016 (Microsoft, Redmond, WA, USA).

Les résultats des calculs statistiques ont été arrondis à la deuxième décimale.

d. Objectif

L'objectif principal de cette étude était de réaliser une description des principales caractéristiques de la population atteinte de cancer ayant été traité à l'UHSI de Nancy durant ces dix dernières années.

Les objectifs secondaires étaient de comparer certaines caractéristiques retrouvées chez les patients de l'étude, aux caractéristiques des patients atteints de cancer dans la population française générale (type de cancer, âge au moment du diagnostic...).

B. Seconde partie

Dans un deuxième temps, nous nous sommes interrogés sur les différences de pratiques et d'organisations de la prise en charge des patients atteints de cancers hospitalisés au sein des autres UHSI de France.

a. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative à l'aide de questionnaires semi-directifs adressés aux directeurs des sept autres UHSI de France.

Le questionnaire utilisé peut être consulté en annexe n°1.

b. Méthode et matériel

Le questionnaire était composé de cinq grandes questions à réponses ouvertes interrogeant sur :

- L'organisation des soins pour les patients atteints de cancers dans leur service.
- La formation du personnel à la prise en charge en oncologie.
- La présence d'un accompagnement psychologique ou associatif des patients.
- Le recours aux équipes mobiles de soins palliatifs ou la présence de lits dédiés aux soins palliatifs dans le service.
- Les suggestions que les différents chefs de service pouvaient proposer afin d'améliorer le système actuellement en place.

Il a été adressé par e-mail au différents directeurs des UHSI, les réponses ont également été recueillies par e-mail.

c. Objectifs

L'objectif principal était de comparer les différents systèmes de prise en charge des patients atteints de pathologies cancéreuses actuellement en place dans les différents UHSI.

L'objectif secondaire étant de proposer des axes d'amélioration pour la prise en charge des patients atteints de cancer hospitalisés dans ces services.

4. Etat des lieux de la cancérologie à l'UHSI de Nancy

A. Résultat

Nous avons inclus 196 dossiers dans l'étude.

- 43 dossiers ont été exclus car le diagnostic s'est révélé être une tumeur bénigne ou une suspicion de cancer, infirmée par l'anatomopathologie.
- 25 dossiers n'ont pas été retrouvés dans le service des archives et n'ont donc pas pu être consultés.

Au final 128 dossiers ont été retenus et étudiés.

a. Type de cancer

Nous avons regroupé les cancers par localisation organique :

- Cérébral
- Colorectal
- Dermatologique
- Hématologique
- Hépatique
- Gastrique
- Mammaire
- Néphrologique
- Pancréatique
- Pulmonaire (poumons et plèvre)
- Prostatique
- ORL (lèvres, cavité buccale, pharynx et larynx)
- Os et tissus mous
- Vésical
- Thyroïdien
- Testiculaire

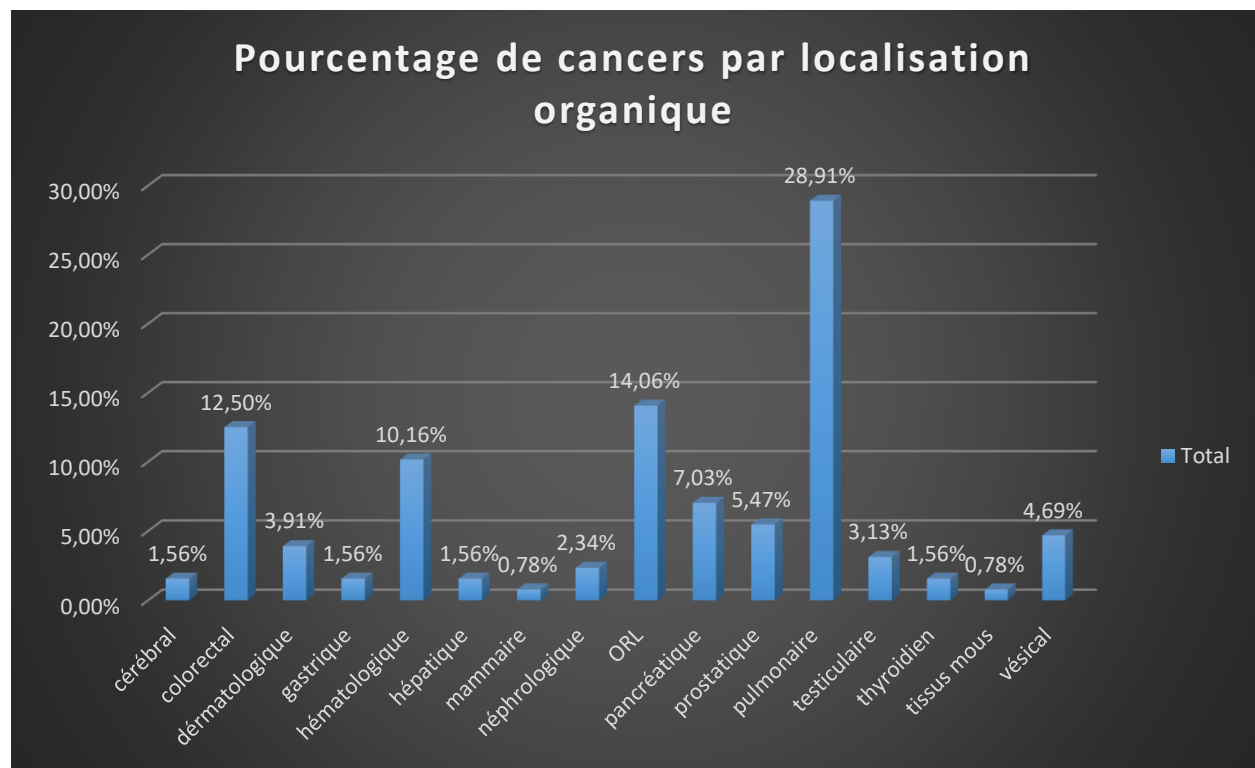
Le nombre de patients atteints de cancers et classés par localisation a été décrit dans la figure 1. Dans la figure 2, nous retrouvons le pourcentage de cancers classés par localisation organique, pour les 128 dossiers étudiés.

Figure 1.

Nombre de cancers par localisation.

Localisation	Nombre de cancers
cérébral	2
colorectal	16
dermatologique	5
gastrique	2
hématologique	13
hépatique	2
mammaire	1
néphrologique	3
ORL	18
pancréatique	9
prostatique	7
pulmonaire	37
testiculaire	4
thyroïdien	2
tissus mous	1
vésical	6
Total	128

Figure 2.



Les cinq cancers les plus fréquents en fonction de leur localisation sont :

- Les cancers broncho-pulmonaires (28,91%, n=37)
- Les cancers ORL (14,06%, n=18)
- Les cancers colorectaux (12,5%, n=16)
- Les hémopathies malignes (10,16%, n=13)
- Les cancers du pancréas (7,03%, n=9).

b. Incidence par année

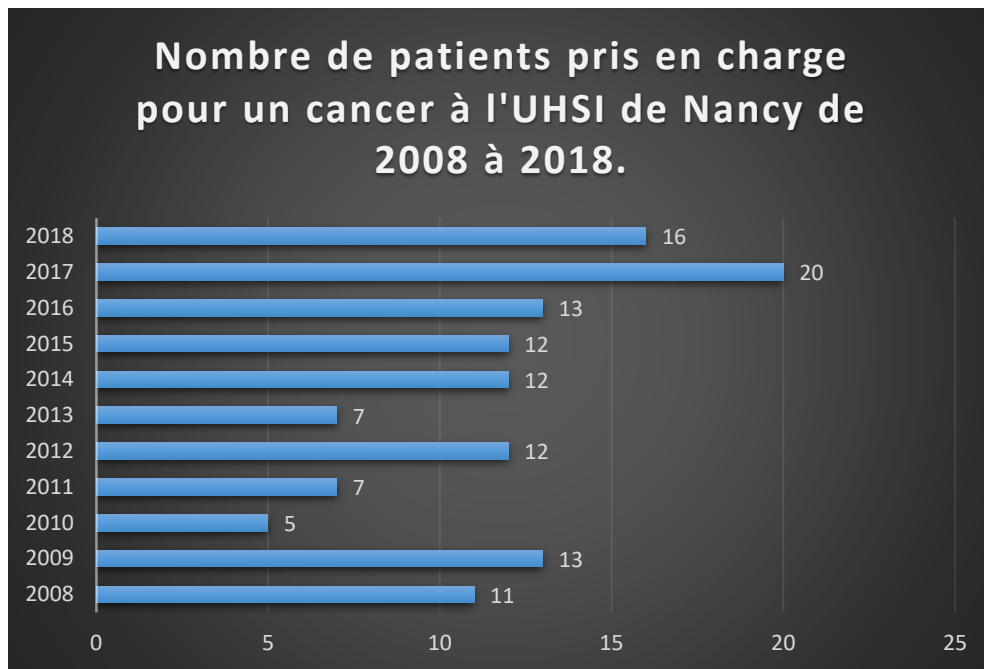
En moyenne 11,63 (\pm 4,05) cas de cancer par an, ont été diagnostiqués à l'UHSI.

Certaines années, beaucoup moins de cas ont été diagnostiqués : en 2010, nous retrouvons seulement 5 nouveaux cas, et en 2011 et 2013, seuls 7 nouveaux cas ont été diagnostiqués.

En 2017 le nombre de cancers diagnostiqués a nettement augmenté pour passer à 20 nouveaux cas.

En 2018 le nombre de cas était également supérieur à la moyenne avec 16 cas diagnostiqués.

Figure 3.



c. Répartition par âge et par sexe

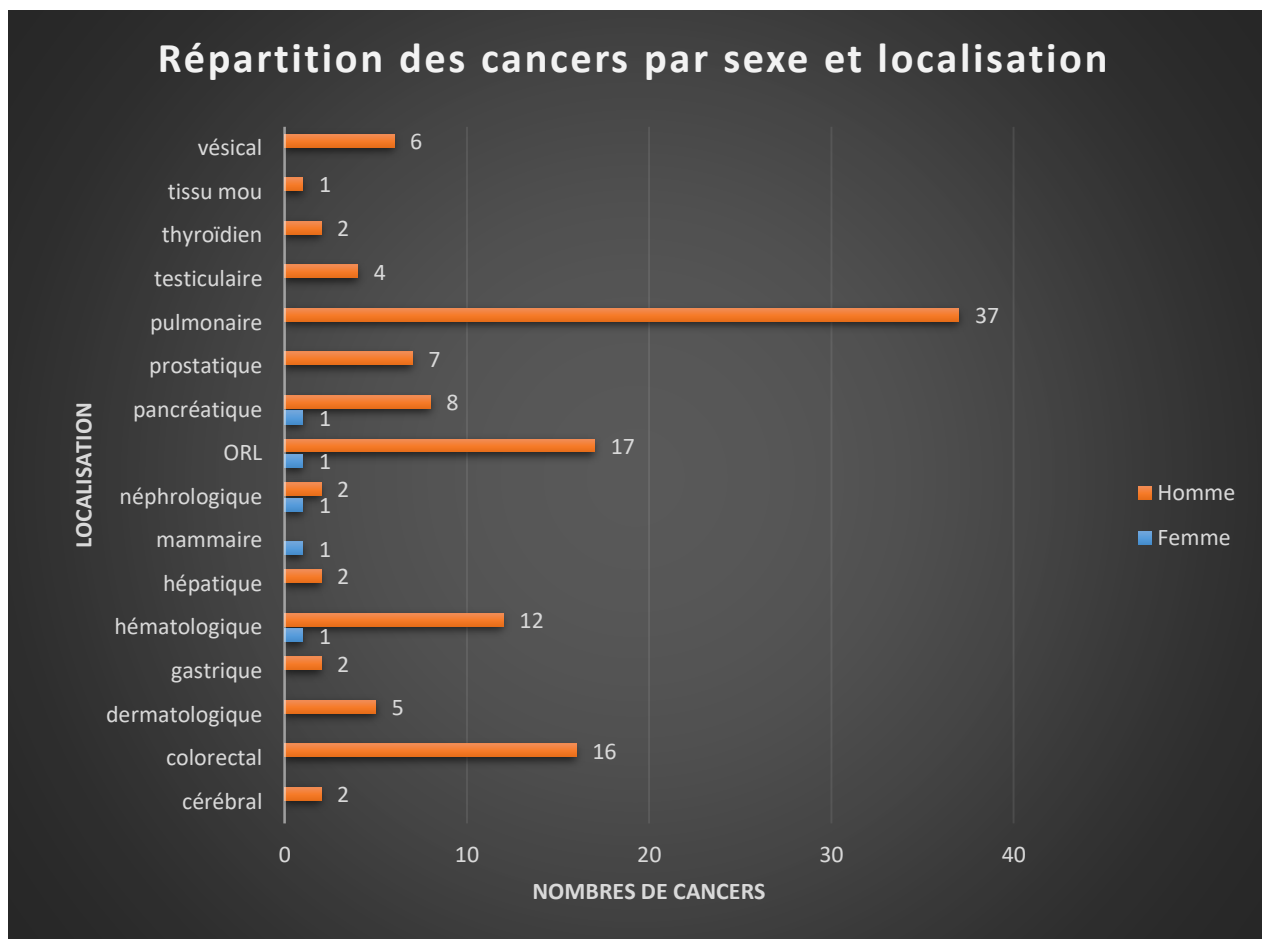
Parmi les dossiers étudiés, nous retrouvons 5 patients de sexe féminin et 123 de sexe masculin.

Les hommes étant grandement majoritaires (96,09%), nous avons pu observer que la répartition des cancers par localisation organique chez les patients de sexe masculin rejoignait celle de l'ensemble des dossiers. Nous retrouvons en première place les cancers broncho-pulmonaires avec 30,08% des cas, suivi par les cancers ORL avec 13,8% des cas et les cancers colorectaux en 3^{ème} position avec 13% des cas.

Les femmes ne représentent que 3,91% des cas étudiés et nous ne retrouvons pas, chez elles, de localisation cancéreuse prédominante dans notre étude. En effet nous avons observé une localisation différente dans les cinq cas : un cancer ORL, un cancer pancréatique, un cancer du rein, un cancer du sein et une hémopathie maligne.

La répartition des cancers par sexe est représentée dans la figure 4.

Figure 4.



L'âge moyen au moment du diagnostic était de 54,16 ans ($\pm 13,36$) et l'âge médian de 53,5 ans, tous sexes et localisations confondus.

L'âge moyen au moment du diagnostic, toutes localisations confondues, était de 53,6 ans ($\pm 6,05$) pour les femmes et de 54,18 ($\pm 13,57$) pour les hommes.

Les âges médians étaient de 53 ans pour les femmes et 54 ans pour les hommes.

La majorité des cancers broncho-pulmonaires et ORL ont été diagnostiqués dans la tranche d'âge des 50 à 59 ans.

Nous observons pour les cancers de localisation broncho-pulmonaire chez l'homme, une moyenne de 58,51 ans ($\pm 10,63$) et un âge médian de 58 ans. Il n'y a pas eu de cancer du poumon chez une femme traitée à l'UHSI au cours de l'étude.

Pour les cancers ORL, la moyenne d'âge au moment du diagnostic était de 50,88 ans ($\pm 7,82$) et l'âge médian de 53 ans pour les patients de sexe masculin. Le seul cancer ORL chez une femme a été diagnostiqué à l'âge de 53 ans.

Dans le cas des cancers colorectaux, la moyenne d'âge au moment du diagnostic chez l'homme était de 54,37 ans ($\pm 13,72$) et l'âge médian de 55,5 ans. Nous n'avons pas observé de cas de cancer colorectal chez une femme dans les dossiers étudiés.

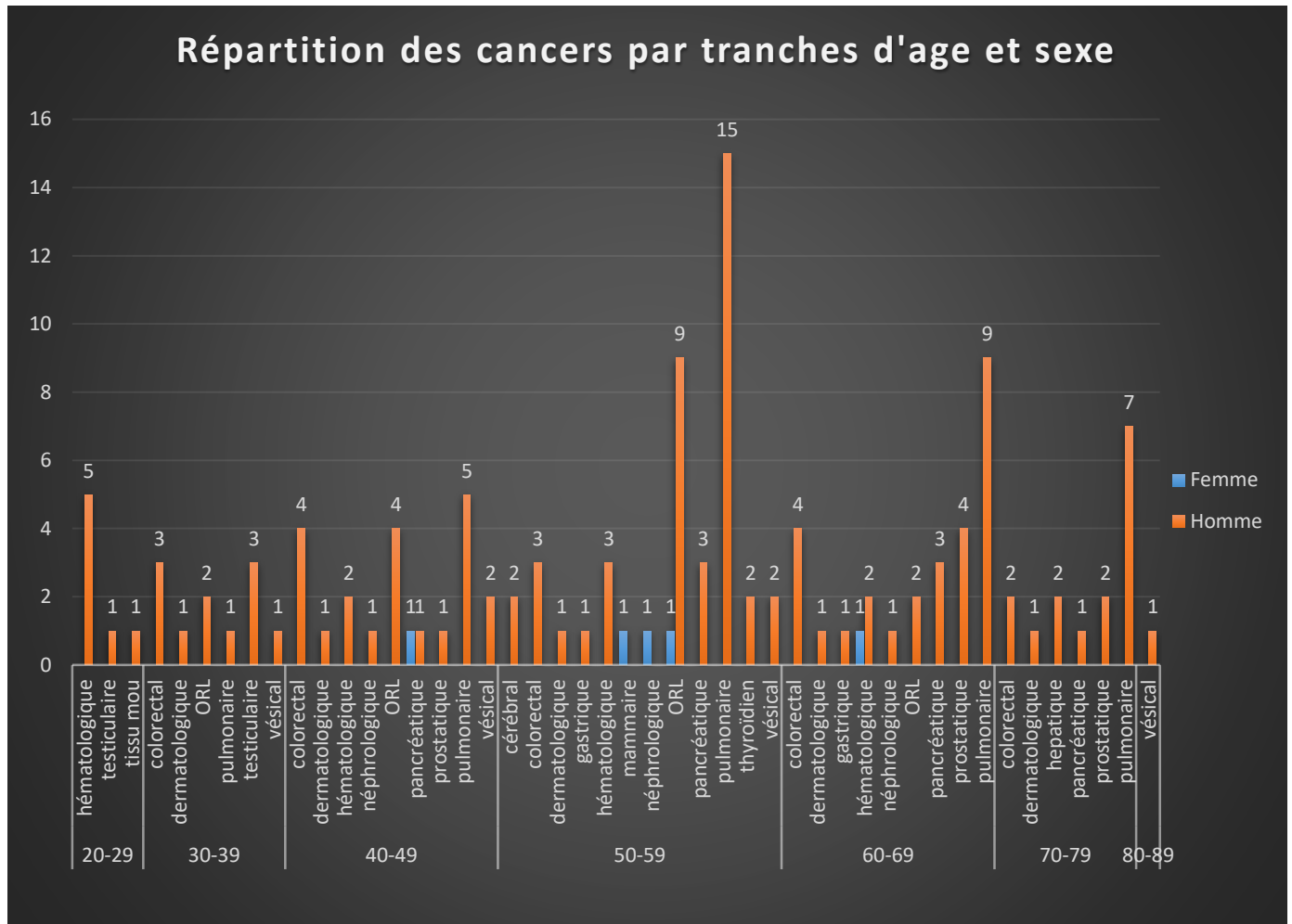
Dans la tranche d'âge des 20 à 29 ans, nous n'avons pas retrouvé de patient de sexe féminin. Sur les sept cancers diagnostiqués dans cette tranche d'âge, cinq étaient des hémopathies malignes (dont quatre maladies de Hodgkin, et un lymphome lymphoblastique à cellules T). Les deux autres cancers diagnostiqués dans cette tranche d'âge étaient un cancer testiculaire et un cancer des tissus mous.

Dans la tranche d'âge la plus avancée, celle des 80 à 89 ans, nous n'avons pas non plus observé de cas de cancer féminin. Le seul patient ayant été diagnostiqué d'un cancer après 80 ans souffrait d'une tumeur vésicale.

Figure 5.

tranche d'âge	sexe		
	Femme	Homme	Total
20-29		7	7
30-39		11	11
40-49	1	21	22
50-59	3	41	44
60-69	1	27	28
70-79		15	15
80-89		1	1
Total	5	123	128

Figure 6.



d. Facteurs de risques

D1. Consommation de tabac, alcool et stupéfiants

Sur les 128 cas étudiés, 105 patients étaient consommateurs de tabac, soit 82,03% des patients.

55 patients (42,9%), déclaraient avoir un antécédent de consommation régulière d'alcool, et 29 patients (22,6%) déclaraient avoir un antécédent de consommation de produits stupéfiants, la grande majorité de ces patients déclaraient avoir été sevrés de leurs différentes addictions à leur entrée en détention, bien que 2 patients aient déclaré avoir une consommation régulière de cannabis sur leur lieu de détention.

47 patients (36,7%) présentaient une intoxication mixte alcoolo-tabagique, et 11 patients (8,59%) une poly-intoxication au tabac, alcool et stupéfiants.

Le tabac est un facteur de risque avéré dans plusieurs cancers (46). Il s'agit du premier facteur de risque du cancer du poumon et du cancer de la vessie, mais il est également responsable de nombreux autres cancers notamment ORL, colique, pancréatique...

Dans le cas des patients atteints d'un cancer broncho-pulmonaire, nous observons une proportion de 97% de fumeurs, 88,8% dans le cas des cancers ORL, 100% pour les patients atteints de cancers de la vessie, 68,75% des patients présentant un cancer colorectal et 66,67% des patients présentant un cancer pancréatique.

L'alcool est aussi un facteur de risque avéré dans de nombreux cancers, notamment au niveau des voies aérodigestives supérieures, des cancers colorectaux, de l'œsophage, du sein, et du foie (47).

Dans notre étude, les patients atteints de cancers ORL présentaient dans 61 % des cas un antécédent de consommation régulière d'alcool, tout comme 56% des patients atteint d'un cancer colorectal et 100% des patients atteint d'une tumeur hépatique ou mammaire.

Le pourcentage de patients présentant un tabagisme ou un alcoolisme, en fonction de la localisation organique des cancers, a été décrit dans la figure 7.

Figure 7.

N=128 Localisation	Consommation de tabac		Consommation d'alcool	
	oui	non	oui	non
cérébral	50% (n=1)	50% (n=1)	50% (n=1)	50% (n=1)
colorectal	68,75% (n=11)	31,25% (n=5)	56,25% (n=9)	43,75% (n=7)
dermatologique	80% (n=4)	20% (n=1)	40% (n=2)	60% (n=3)
gastrique	100% (n=2)	0% (n=0)	50% (n=1)	50% (n=1)
hématologique	69,23% (n=9)	30,77% (n=4)	23,08% (n=3)	76,92% (n=10)
hépatique	100% (n=1)	0% (n=0)	100% (n=2)	0% (n=0)
mammaire	100% (n=1)	0% (n=0)	100% (n=1)	0% (n=0)
néphrologique	33,33% (n=1)	66,67% (n=2)	0% (n=0)	100% (n=3)
ORL	88,89% (n=16)	11,11% (n=2)	61,11% (n=11)	38,89% (n=7)
pancréatique	66,67% (n=6)	33,33% (n=3)	33,33% (n=3)	66,67% (n=6)
prostatique	71,43% (n=5)	28,57% (n=2)	57,14% (n=4)	42,86% (n=3)
pulmonaire	97,30% (n=36)	2,70% (n=1)	40,54% (n=15)	59,46% (n=22)
testiculaire	50% (n=2)	50% (n=2)	0% (n=0)	100% (n=4)
thyroïdien	100% (n=2)	0% (n=0)	50% (n=1)	50% (n=1)
tissus mous	100% (n=1)	0% (n=0)	100% (n=1)	0% (n=0)
vésical	100% (n=6)	0% (n=0)	16,67% (n=1)	83,33% (n=5)

D2. Agents infectieux oncogènes

Parmi les facteurs de risques de cancer pouvant être retrouvés dans les antécédents des patients, les agents infectieux avérés cancérogènes (48) sont aussi à prendre en compte, surtout considérant la plus forte prévalence de patients atteints d'hépatite B et C, et du HIV en prison, que dans la population générale (1,27).

Dans notre étude, nous avons retrouvé dans les antécédents des patients 4 agents infectieux classés cancérogènes avérés pour l'homme : l'hépatite C (VHC), l'hépatite B (VHB), le virus de l'immunodéficience humaine (HIV) et l'*Helicobacter pylori* (HP).

Le VHB est un facteur de risque pour les carcinomes hépatocellulaires, de même que le VHC, qui est aussi un facteur de risque de lymphomes non Hodgkiniens.

Le HIV est facteur de risque pour le sarcome de Kaposi, les lymphomes non-hodgkiniens, les lymphomes hodgkiniens et les cancers du col de l'utérus, de l'anus, de la conjonctive.

Enfin l'HP est un facteur de risque avéré de carcinomes gastriques non cardiaux, et de lymphomes gastriques du tissu lymphoïde associé aux muqueuses (MALT) de cellules B de faible malignité.

Dans notre étude, nous avons pu relever 17 cas de patient présentant un antécédent d'infection à virus cancérogène. Ces cas ont été décrits dans la figure 8.

Figure 8.

Antécédents d'infection cancérogène avérée type de cancer	Type de virus				Total
	HIV	HP	VHB	VHC	
adénocarcinome bronchique				1	1
adénocarcinome canalaire				1	1
adénocarcinome sigmoïdien		1		1	2
carcinome à cellule claire		1			1
carcinome bronchique non à petites cellules			1		1
carcinome épidermoïde bronchique		1		1	2
carcinome épidermoïde infiltrant du voile du palais			1		1
carcinome kératinisant du larynx			1		1
carcinome papillaire		1		1	2
carcinome urothélial			1		1
leucémie lymphoblastique de Burkitt	1				1
lymphome lymphoblastique T		1			1
tumeur intra canalaire papillaire mucineuse				1	1
tumeur seminomateuse				1	1
Total	1	5	4	7	17

7 patients présentaient un antécédent d'infection à VHC, 4 un antécédent d'infection à VHB, 5 un antécédent d'infection à HP, et 1 patient présentait une infection par le HIV, soit respectivement 5,46%, 3,12%, 3,90% et 0,78% de l'ensemble des cas.

Le seul cas où un lien a pu être envisagé entre un antécédent d'infection à virus oncogène et le cancer diagnostiqué, a été le cas du patient atteint de HIV, pour lequel un lymphome de Burkitt a été ensuite diagnostiqué.

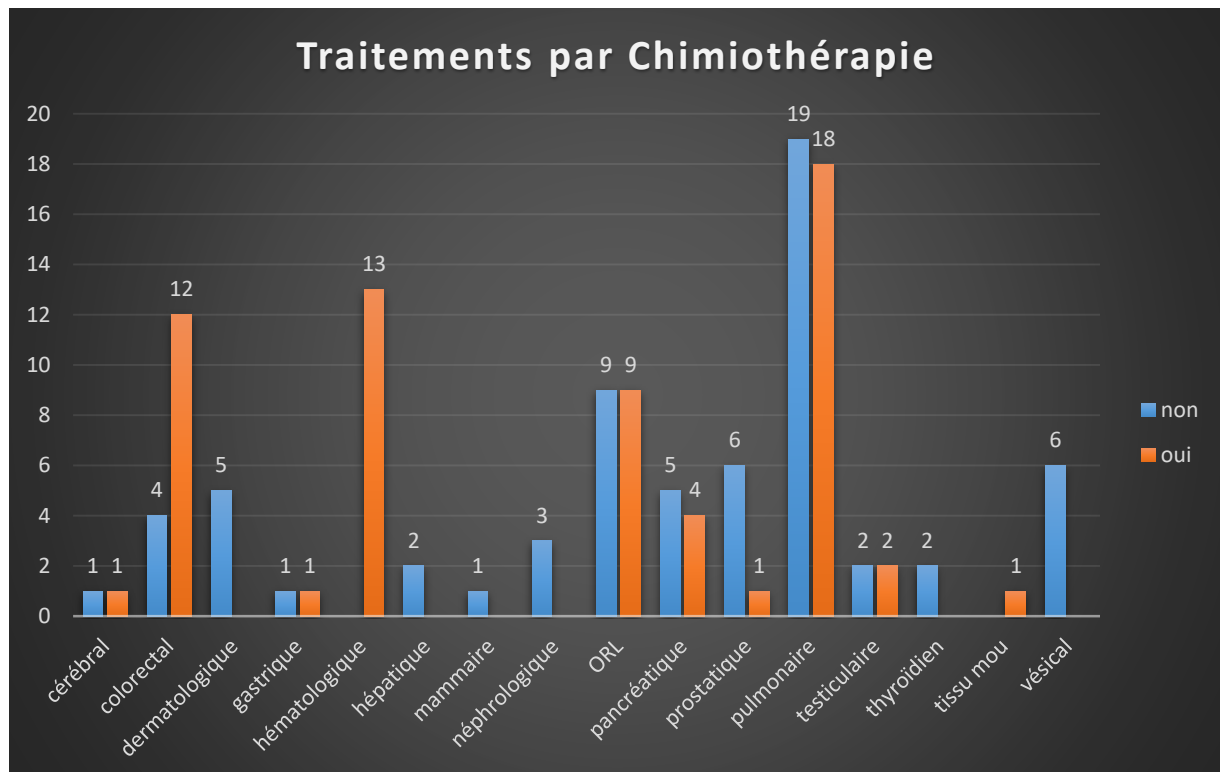
e. Traitements entrepris

Parmi les 128 dossiers étudiés, nous avons observé la prescription de 62 traitements par chimiothérapie.

Sur ces 62 prescriptions :

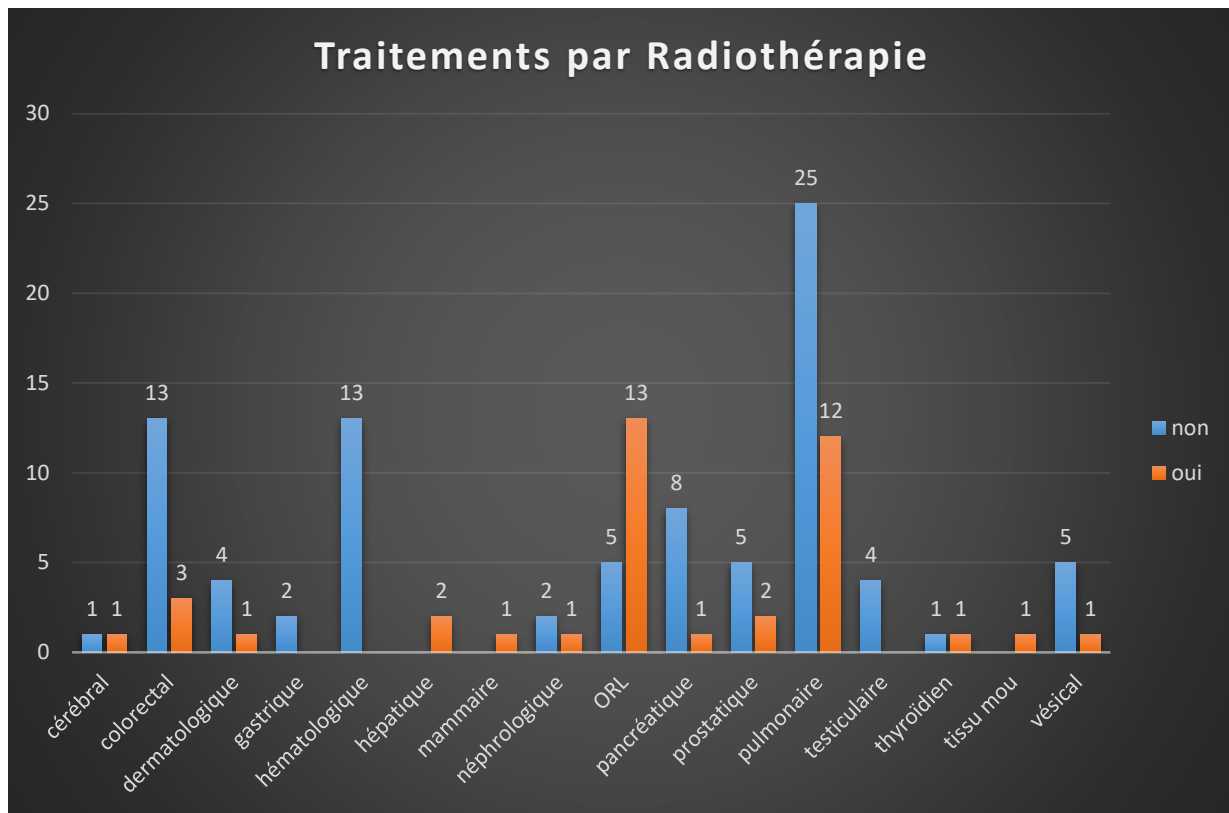
- 13 patients n'ont pas reçu de traitement dans le service, que ce soit à cause d'un refus de soins ; d'une sortie de détention, programmée ou pour raison médicale, avant le début du traitement ; ou encore d'une délivrance de la chimiothérapie dans un service d'hématologie pour certaines hémopathies.
- Les 49 autres patients ont été hospitalisés en moyenne 4,82 fois ($\pm 3,90$) à l'UHSI pour recevoir leur traitement.

Figure 9.



Les autres prescriptions de traitement spécifique aux cancers comportaient, dans 40 cas un traitement par radiothérapie et dans 69 cas une prise en charge chirurgicale.

Figure 10.

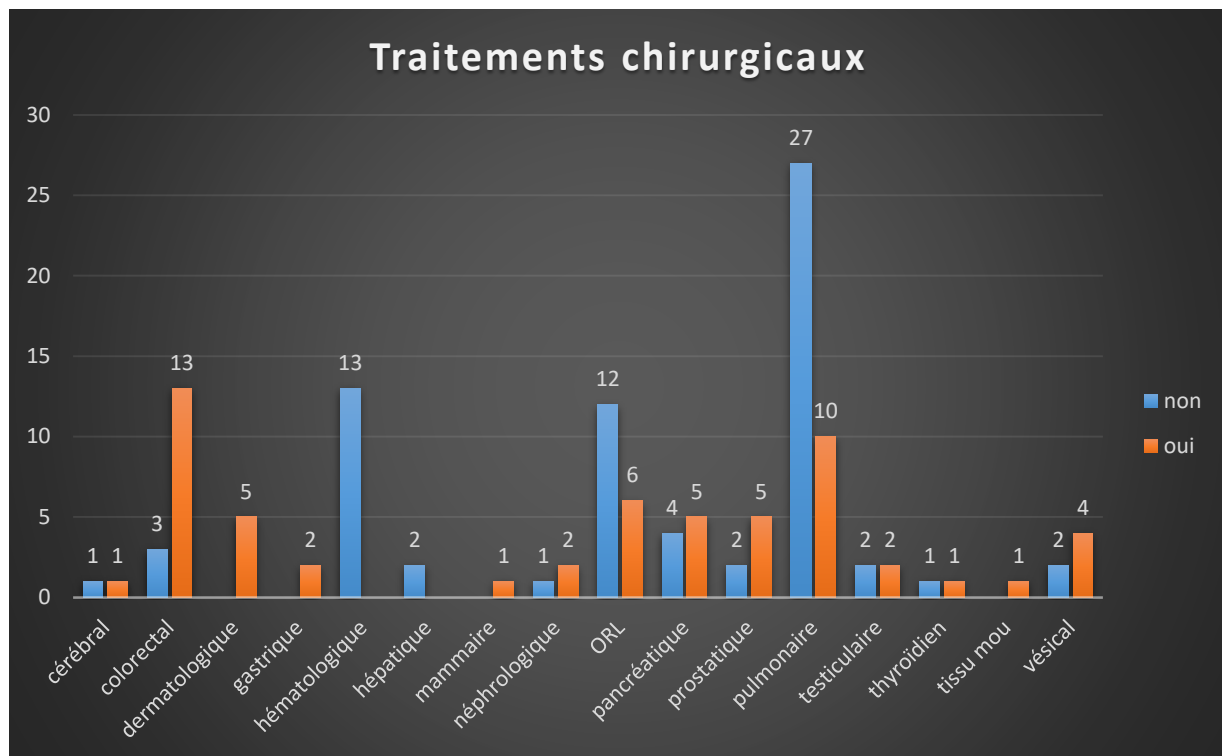


Les radiothérapies ont toujours été réalisées dans un service de radiothérapie proche du lieu d’incarcération du patient.

Parmi les 69 cas où une intervention chirurgicale était indiquée :

- 58 patients ont été hospitalisés à l’UHSI pour la réalisation des bilans préopératoires, ainsi que pour réaliser la surveillance et les soins en post-opératoires.
- 6 patients ont été libérés avant d’être opérés (dans 3 cas il s’agissait de LRM et dans 3 cas de libérations programmées).
- 2 patients présentaient une contre-indication à la chirurgie.
- 2 patients ont refusé d’être opérés.
- 1 patient a été transféré dans une prison ne dépendant plus du secteur géographique de l’UHSI de Nancy avant la date prévue pour l’intervention chirurgicale.

Figure 11.



Nous avons également relevé dans les dossiers, 8 cas où les patients ont complètement refusé les traitements actifs, 2 cas où les patients ont refusé de réaliser leur chimiothérapie jusqu'à la fin des cures prescrites (refus d'effectuer la dernière cure dans les 2 cas) et 1 patient atteint de cancer colorectal qui a refusé tout traitement chirurgical.

Un des deux patients ayant refusé la dernière cure de chimiothérapie a évoqué les conditions d'hébergement au sein de l'UHSI comme raison de son refus. Pour les autres patients ayant refusé les soins, partiellement ou complètement, les raisons n'ont pas été retrouvées dans les dossiers.

Enfin, 7 patients ont bénéficié d'une prise en charge palliative d'emblée.

f. Intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs

Sur les 128 dossiers étudiés, nous avons relevé la mention d'une intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) dans 20 dossiers, soit dans 15,62 % des dossiers.

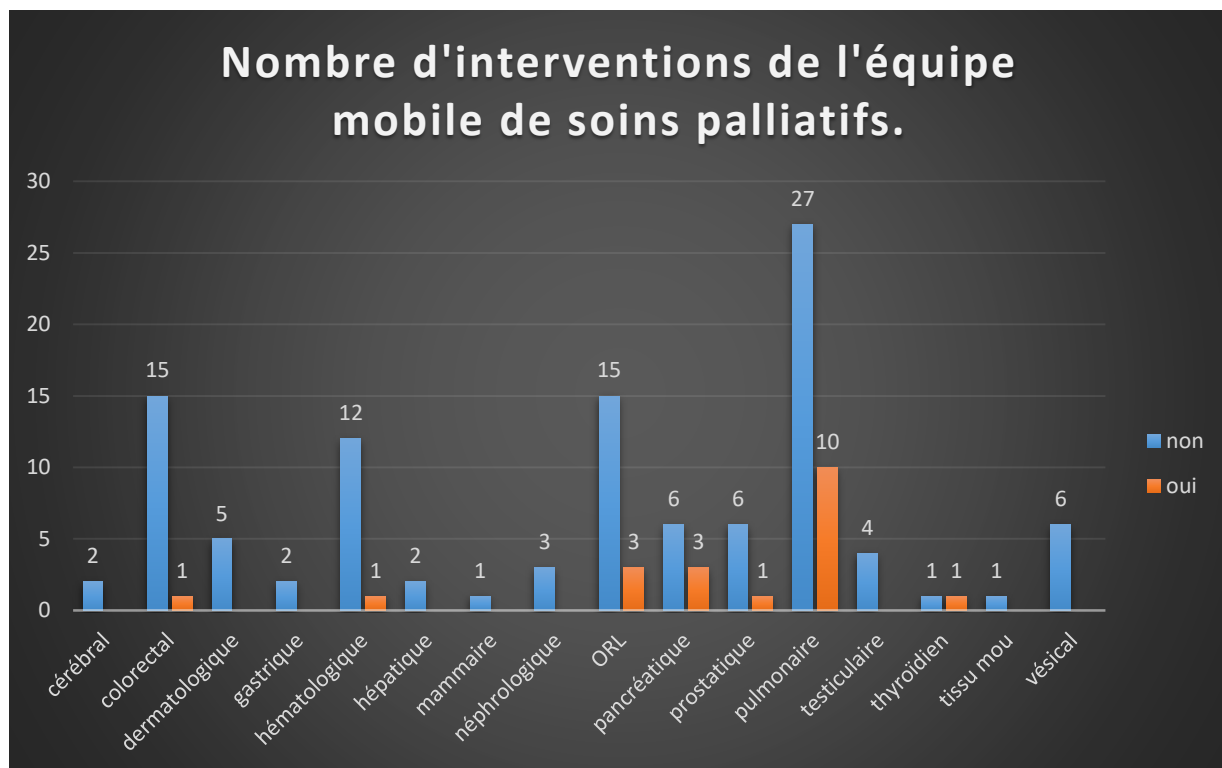
Parmi les dossiers de patients ayant bénéficié de l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs, nous avons observé, que 10 patients sont décédés au cours d'une hospitalisation à l'UHSI, et que les 10 autres patients ont bénéficié d'une libération pour raison médicale.

Sur ces 10 patients ayant bénéficié d'une LRM, 9 ont été transférés dans un service de médecine palliative et un patient a été transféré dans un service de cancérologie classique.

3 autres patients sont décédés dans le service sans avoir été vus par l'ESMP.

Il y a eu en tout 13 décès découlant d'une pathologie cancéreuse au sein de l'UHSI depuis 2008.

Figure 12.



g. Libération pour raison médicale

Dans la population étudiée, nous avons relevé que 44 patients avaient bénéficié d'une LRM soit 34,37 % des patients.

Nous comptons également 26 patients (20,31%) pour lesquels la date de libération programmée tombait en cours de traitement ou juste avant le démarrage de celui-ci.

Parmi les 44 patients ayant bénéficié d'une LRM nous retrouvons 39 patients condamnés dont :

- 36 ont bénéficié d'une SPRM
- 2 patients ont bénéficié d'un aménagement de peine pour raison médicale (semi-liberté ou placement sous surveillance électronique).
- 1 patient a bénéficié d'une remise de peine pour la durée des soins.

Les 5 autres patients étaient des prévenus et ils ont pu bénéficier d'une RLRM.

Dans les dossiers étudiés, nous avons relevé une seule demande de LRM ayant été refusée. Celle-ci concernait un patient prévenu. La demande a été réalisée en 2015, après la création en 2014 de la mesure de RLRM pour les patients prévenus (44). La raison du refus d'accord d'une RLRM chez ce patient n'a pas été retrouvée dans son dossier médical.

Dans le cas des LRM, le délai moyen entre la date du diagnostic et la date effective de libération était de 8,20 mois ($\pm 11,47$), la médiane était de 4 mois. La demande n'était pas toujours faite au moment du diagnostic mais réalisée en fonction de l'évolution de la pathologie et de l'état de santé du patient. Dans notre étude le délai le plus rapide d'obtention d'une libération pour raison médicale était de 30 jours.

Suite à leur LRM, 13 patients ont été transférés dans des services de soins palliatifs, 4 patients dans des services de soins de suite et réadaptation (SSR), 3 patients en appartement de coordination thérapeutique et 24 patients sont rentrés à domicile, avec un suivi dans différents services d'oncologie.

Dans le cas des libérations programmées en cours de traitement, 2 patients ont été transférés en service de soins palliatif, 3 patients en appartement de coordination thérapeutique, 1 patient en SSR, et 20 patients sont rentrés à domicile et ont poursuivi leurs suivis dans des services classiques d'oncologie.

B. Discussion

Notre étude avait comme principal intérêt de permettre la réalisation d'une image de la population atteinte de cancer ayant été traitée à l'UHSI de Nancy au cours des dix dernières années. Ce type d'étude observationnelle n'ayant pas encore été réalisé dans l'enceinte de l'UHSI de Nancy. Elle nous a permis de décrire une population particulière, qui ne présente pas les mêmes caractéristiques que la population générale, et nous savons que mieux connaître cette population pourrait permettre de mieux cerner ces besoins spécifiques en matière de soins.

a. Description des cancers chez l'homme

Nous avons pu observer que la majorité des cancers découverts chez l'homme dans cette étude étaient localisés au niveau broncho-pulmonaire suivi, par les cancers ORL et colorectaux.

Selon les chiffres de l'institut national du cancer (49), le cancer de la prostate reste le cancer le plus fréquent chez l'homme et représente environ 25% des cancers masculins, avec 50 430 nouveaux cas en 2018.

Cela n'est pas le cas dans notre étude, ce qui pourrait être expliqué en partie par la répartition d'âge différente dans la population carcérale dont est tiré notre échantillon par rapport à la population française générale, avec une moyenne d'âge plus faible (31,7 ans, contre 40,4 ans en 2017) et une nette sous-représentation des plus de 50 ans, sachant que l'âge médian au moment du diagnostic du cancer de la prostate était de 70 ans en 2018 (49).

Les cancers du poumon puis les cancers colorectaux sont les suivants en terme de fréquence en France, avec respectivement 31 231 et 23 216 nouveaux cas en 2018 (49). Ce qui rejoint en partie les chiffres de notre étude.

Dans la population française, les cancers ORL chez l'homme sont en net recul depuis les années 90 (-2,6 % de variation annuelle \pm [2,5 ;2,8]), et en terme de fréquence d'incidence des tumeurs solides, en 2018 ils ne sont qu'en 6^{ème} position chez l'homme avec 10 055 nouveaux cas, précédés par les cancers de la vessie (10 626) et du rein (10254) en 4^{ème} et 5^{ème} positions (49).

La fréquence d'incidence nettement plus élevée dans notre population pourrait être expliquée par une consommation de tabac et d'alcool nettement plus importante que dans la population française, en terme de pourcentage (82,05% des patients de notre étude déclaraient un tabagisme actif contre 32% en moyenne en France chez les 18-75 ans (50)).

b. Description des cancers chez la femme

Les chiffres obtenus au final par notre étude sont difficilement comparables au vu du faible pourcentage représenté par la population féminine en prison, au contraire de la population française.

En 2018 la population française était composée de 51,67% de femmes pour 48,33% d'hommes (chiffre Insee (51)), contre 3,7% de la population carcérale française au premier janvier 2018 (22). Cette proportion reste assez stable depuis les années 1980, n'ayant jamais dépassée les 4,5% (52). Les chiffres obtenus sont aussi difficilement interprétables du fait de la prise en charge de certains cancers du sein et gynécologique dans des services dédiés et non pas à l'UHSI.

c. Age au moment du diagnostic

Plusieurs études ont mis en évidence un âge moins élevé au moment du diagnostic pour les patients incarcérés que pour les patients de la population générale. Nous pouvons citer à nouveau l'étude CARCAN (28) réalisé en 2016, et qui retrouvait un âge moyen au diagnostic de 52,9 ans ($\pm 11,0$) pour les patients détenus atteints de cancer bronchique contre 64,3 ans ($\pm 10,1$) pour les patients contrôles.

Les résultats de notre étude auraient tendance à confirmer cette observation avec un âge moyen au moment du diagnostic de 58,51 ans ($\pm 10,63$) pour les hommes atteints de cancers broncho-pulmonaires. L'âge médian est de 58 ans pour ces mêmes patients dans notre étude contre un âge médian de 67 ans pour les hommes atteints de cancers broncho-pulmonaires dans la population française (53).

Pour les cancers colorectaux, nous retrouvons dans notre étude, un âge moyen de 54,37 ans ($\pm 13,72$) et un âge médian de 55,5 ans chez l'homme. L'âge médian dans la population française au moment du diagnostic pour le cancer colorectal était de 71 ans (54).

La plus faible proportion de sujet âgé dans la population carcérale, par rapport à la population générale, doit bien sûr être évoquée comme explication pour les différences observées mais l'exposition plus importante à certains facteurs de risque (tabac, alcool et certains virus oncogènes) doit également être prise en compte.

En France la consommation de tabac concerne environ un tiers de la population, et depuis 2017, la prévalence de la consommation quotidienne de tabac a tendance à diminuer (55). Les chiffres de la consommation de tabac à l'entrée en prison sont bien plus importants avec environ 80% des détenus déclarant fumer lors de leur entrée en prison (1). Ces chiffres se rapprochent de ceux de notre étude car 82,05% des patients déclaraient une consommation de tabac active au moment du diagnostic. Nous avons retrouvé une proportion de 97% de fumeurs chez les patients atteints de cancer broncho-pulmonaire, 100% chez les patients ayant un cancer de la vessie et 88,8% des cancers ORL.

Au niveau de la consommation d'alcool, 42,9% des patients de notre étude ont déclaré boire de l'alcool de façon régulière avant leur entrée en prison. Malheureusement le rythme et le volume de consommation étaient rarement précisés dans les dossiers, et nous n'avons pas pu déterminer le pourcentage exact de patient ayant une consommation quotidienne, ou présentant une addiction.

Néanmoins nous avons pu mettre en évidence, que dans le cas des cancers pour lesquels l'alcool est un facteur de risque avéré (47), les patients de notre étude étaient en majorité consommateurs réguliers d'alcool : Dans 100% des cas pour les cancers hépatiques et mammaires, 61% des cas pour les cancers ORL et 56% des cancers colorectaux.

d. Traitements entrepris

N'ayant pas réalisé une étude cas-témoin appariée, les différences entre les traitements entrepris chez les patients hospitalisés à l'UHSI et les patients hospitalisés dans des services conventionnels sont indéterminables de même que la présence ou non de retard à l'initiation du traitement.

Nous pouvons néanmoins noter que l'activité en lien avec la cancérologie est assez importante au sein de l'UHSI avec notamment des hospitalisations à répétition pour la délivrance des chimiothérapies.

Le recours à l'EMSP a concerné 15,62 % des cas étudiés, avec dans 5,46% des cas, une prise en charge palliative d'emblée. Dans 50% des cas, les patients pour lesquels une prise en charge par l'ESMP a été nécessaire sont décédés dans le service, les autres 50% ont bénéficié d'une LRM suivi d'un transfert dans un service de soins palliatif classique. Dans tous les cas une demande de LRM avait été effectuée.

e. Libération pour raison médicale

Les LRM ont concerné 34,37% des patients, soit 44 personnes, dont 88,63% étaient condamnées et 11,36% des patients prévenus. Sur l'ensemble des dossiers étudiés, une seule demande de LRM, a été refusée, concernant un patient prévenu. Parmi les 13 patients décédés à l'UHSI, 11 demandes de LRM ont été effectuées mais n'ont pas pu aboutir avant le décès des patients.

Près d'un tiers des patients de cette étude ont donc été concernés par une demande de LRM.

5. La situation dans les autres UHSI

A. Résultats

a. Organisations des soins

Les différentes réponses aux questionnaires, nous ont permis de mettre en évidence une similarité dans les grandes lignes de prise en charge des patients présentant une pathologie néoplasique, et ce dans l'ensemble des UHSI.

Les patients sont adressés suite à un test de dépistage positif ou pour toute suspicion de cancer par les médecins des USMP en UHSI afin de réaliser le bilan diagnostique puis les bilans d'extensions et pré-thérapeutiques. Les patients reviennent ensuite en hospitalisation à l'UHSI en fonction des besoins et des traitements prescrits.

Les réponses nous ont également permis de mettre en évidence plusieurs différences organisationnelles au sein des services :

- Dans le cas des UHSI de Bordeaux, Lyon, Paris, Nancy, Rennes, Marseille et Toulouse, il n'existe pas de lits dédiés à l'activité d'oncologie.
- C'est par contre le cas à Lille, où 10 lits sont entièrement dédiés à l'activité de cancérologie, ce qui représente environ 40% de leur activité.
- Lille est également le seul UHSI où les consultations d'annonce sont réalisées dans le service par du personnel, infirmier et médical, formé spécifiquement à réaliser ces consultations.
- Dans les autres UHSI, les consultations d'annonce sont : soit réalisées par des praticiens spécialisés en oncologie, radiothérapie ou chirurgie, qui deviennent les référents du patient. Ils interviennent alors dans le service, ou lors de consultations dédiées sur leur lieu d'exercice habituel (c'est par exemple le cas à l'UHSI de Rennes), ou bien les consultations d'annonces sont réalisées par les médecins de l'UHSI, qui n'ont pas reçu de formation spécifique. Dans tous les cas, les patients rencontrent au moins une fois, le spécialiste qui deviendra référent de leur dossier, que ce soit pour la consultation d'annonce, ou pour une consultation pré-thérapeutique.

b. RCP et délivrance des chimiothérapies

Pour la prescription et la délivrance des traitements, des points communs ont également été observés.

Les dossiers des patients atteints de cancers sont toujours présentés en RCP avant toute mise en route de traitement. Dans la grande majorité des cas, ce sont les médecins de l'UHSI qui coordonnent les interventions des différents praticiens impliqués dans la prise en charge du patient et qui préparent et présentent les dossiers en RCP. Pour certains cancers de localisation particulière, rarement rencontré dans les UHSI (par exemple pour les cancers du sein ou certaines hémopathies, sarcomes...), les spécialistes se chargent de la présentation en RCP des dossiers.

Les grandes différences retrouvées concernent surtout les modalités de prescriptions des chimiothérapies préconisées par les RCP, et la présence de praticiens formés spécifiquement à l'oncologie dans certaines UHSI :

- Dans le cas des UHSI de Lille, Lyon et Bordeaux, un praticien hospitalier a été formé à l'oncologie (DU). Ces praticiens s'occupent de la coordination entre les différents intervenants (par exemple, chirurgien ou radiothérapeute...), et assurent la préparation des dossiers en vue des RCP.
- Dans les autres UHSI, il n'y a pas de praticien ayant réalisé une formation particulière en oncologie. Ce sont des praticiens spécialisés pratiquant dans les CHU, ou dans des centres anti-cancéreux, ayant une convention signée avec ces mêmes CHU, qui interviennent auprès des patients atteints de cancer, en coordination avec les médecins de l'UHSI.

Pour la prescription des chimiothérapies, nous avons également relevé plusieurs systèmes différents :

- Dans les cas de Lille et Bordeaux, les praticiens formés à l'oncologie prescrivent toutes les chimiothérapies, dès la première cure, qui sont ensuite délivrées dans le service, à l'exception de certaines chimiothérapies dont la délivrance est estimée trop complexe pour être réalisée dans un service non spécialisé.
- A Lyon, malgré la présence d'un praticien formé à l'oncologie, la première chimiothérapie est prescrite par un oncologue, puis les praticiens de l'UHSI, formés ou non à la cancérologie, renouvellent la prescription pour les cures suivantes. Ce système est également en place à l'UHSI de Toulouse.
- A Rennes, Marseille et Nancy, les prescriptions sont réalisées à distance par des oncologues pour chaque cure, après avoir été informées par les praticiens de l'UHSI des résultats des dernières vérifications (cliniques et biologiques). Elles sont ensuite délivrées à l'UHSI, sous surveillance des médecins du service.

- Sur Paris, le médecin oncologue, référent du patient, prescrit la ligne complète de chimiothérapie, puis les médecins de l'UHSI font les vérifications et validations finales avant la délivrance de chaque cures, réalisées sous leurs surveillance à l'UHSI.

c. Formation du personnel

Un point commun à toutes les UHSI est la formation du personnel infirmier à la délivrance et surveillance des chimiothérapies. Cette formation est une obligation légale (34).

Pour le reste du personnel et pour les formations complémentaires en lien avec la cancérologie, la situation est bien sûr très différente en fonction des UHSI.

En ce qui concerne le personnel médical, dans les UHSI de Bordeaux, Lille et Lyon, nous avons relevé qu'un praticien hospitalier de chaque UHSI a passé un diplôme universitaire en oncologie. A Bordeaux, le praticien possédant un DU en oncologie, a également une formation en soins palliatifs. A Lyon, un autre praticien hospitalier possède un DU en soins palliatifs. Sur Marseille, un praticien possède un DU en soins palliatifs et les autres médecins ont également reçu une formation de 4 jours portant sur les soins palliatifs.

Nous avons également noté que différentes formations en lien avec la cancérologie ou les soins palliatifs ont pu être réalisées par le personnel paramédical travaillant dans les UHSI :

- Dans le cas de l'UHSI de Lille, quatre IDE sont formées aux consultations d'annonce, une infirmière est en formation pour obtenir un diplôme d'infirmier clinicien en cancérologie, et plusieurs IDE et aide-soignants ont des formations en soins palliatifs.
- A Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Rennes et Paris, des IDE ont des formations en soins palliatifs également.

Dans plusieurs UHSI, des psychologues interviennent auprès des patients. C'est le cas à Lille, Nancy, Rennes, Paris et Bordeaux. Dans ces UHSI les psychologues sont employés à temps partiel. Dans le cas de l'UHSI de Marseille, un psychologue est employé à temps plein dans le service et ce dernier possède une formation spécifique pour la prise en charge des patients atteints de cancer.

A Toulouse, le kinésithérapeute intervenant dans le service propose également des séances de sophrologie, mais il n'y a pas de psychologue intervenant dans le service.

d. La place des soins palliatifs

Dans tous les UHSI, les EMSP sont amenés à intervenir de façon plus ou moins régulière et travaillent en collaboration avec les médecins des UHSI. Dans toutes les réponses aux questionnaires, les chefs de service des UHSI nous ont fait part d'un bon rapport avec les EMSP.

Les UHSI de Bordeaux et Lille possèdent chacune 2 lits fléchés soins palliatifs, c'est-à-dire des lits utilisés en priorité pour les prises en charge en soins palliatifs mais pouvant être attribués à d'autres patients en cas de nécessité. Des IDE possédant une formation en soins palliatifs travaillent dans ces services.

A Lyon un lit est dédié aux soins palliatifs, un médecin est formé aux soins palliatifs, ainsi que plusieurs IDE.

Les autres UHSI ne possèdent pas de lits dédiés ou fléchés mais plusieurs engagent du personnel infirmier formé aux soins palliatifs, c'est le cas à Marseille, Rennes et Paris.

A Toulouse, le service de soins palliatifs sert souvent de plateforme d'accueil pour les patients dans le cas d'une LRM, et en l'absence de famille. L'EMSP leur permet également de faire le lien avec les services de soins palliatifs des autres régions, en cas de transfert après une LRM.

e. Intervention d'association

Nous avons pu observer que les interventions de représentants d'associations sont peu fréquentes dans les UHSI. Il existe des associations intervenant auprès des patients incarcérés tels que les petits frères des pauvres à Paris, ou les visiteurs de prison à Bordeaux, mais sans lien avec leur pathologie.

A Bordeaux, l'association Alliance 33, une association de bénévoles pour les patients en fin de vie, peut également intervenir dans le service, auprès de tous les patients en fin de vie, atteints d'un cancer ou non. C'est également le cas sur Marseille où l'association Jalmalv, une association de bénévoles intervenant également auprès des patients en fin de vie et de leur proche, est déjà intervenue dans le service. Pour le moment cette association n'est intervenue qu'une fois dans le service.

Dans tous les cas, ces associations ne sont pas des associations ayant un lien direct avec la cancérologie.

Dans les autres UHSI, de Nancy, Rennes et Toulouse, il n'y a, à ce jour, pas d'associations intervenant dans les services.

f. Suggestions d'améliorations

La plupart des chefs de service des UHSI nous ont rapporté des difficultés sociales plus que médicales dans la prise en charge des patients incarcérés atteints de cancers.

Néanmoins certaines suggestions d'améliorations du système médical de prise en charge actuelle nous ont été rapportées :

- Dans le cas de l'UHSI de Bordeaux, un deuxième médecin formé en oncologie serait un plus pour le fonctionnement du service.
- Pour le chef de service de l'UHSI Toulouse, l'intervention d'un psychologue au sein du service pourrait être bénéfique au service.
- Pour le chef de service de l'UHSI de Marseille, il serait dans l'intérêt des patients d'améliorer l'accès aux soins tel que l'hypnose, les ateliers d'éducation thérapeutique et ainsi qu'aux thérapies de groupes. Une amélioration de la qualité de l'information sur les limitations de soins thérapeutiques actifs (LATA) délivrée aux patients doit également être un axe de réflexion.
- Les chefs de service des UHSI de Paris et Lille ont tous les deux évoqué le problème du dépistage et de la prévention en prison. Ils leur semblent en effet que la réalisation des examens de dépistages sur les lieux de détention n'est pas assez fréquente et régulière.

L'UHSI de Lille a développé en 2018 un projet intitulé « *amélioration des conditions de vie des patients souffrant d'un cancer à l'UHSI de Lille* ». Ce projet a été développé dans le cadre d'un appel à projet d'établissement du CHU. Ce projet visait à développer les soins de support avec création de partenariat avec les EMSP, les psychologues de liaisons et la ligue contre le cancer du Nord, mais ils ont surtout développé l'activité physique adaptée (APA) au sein du service. Ils ont ainsi créé un parcours, formé avec du matériel de type vélo ou tapis de marche, qui peut être placé en chambre ou en salle d'activité.

Ce parcours d'APA semble pouvoir répondre à une problématique soulevée par plusieurs chefs de service : les conditions d'hospitalisation liées à la structure des UHSI. En effet plusieurs patients leur ont rapporté avoir du mal à supporter les hospitalisations dans le service du fait du manque d'activité. Il n'y a pas de cour de promenade, sauf dans l'enceinte de l'UHSI de Lille où une cour de promenade a été construite. Les patients ne peuvent pas sortir fumer, et restent enfermés 24h/24h dans leurs chambres, les jours où ils n'ont pas d'extraction programmée pour réaliser un examen, ou de parler prévu.

Ces conditions d'hospitalisation peuvent entraîner une souffrance des patients, qui d'après le chef de service de l'UHSI de Paris, ont souvent comparé les conditions d'hospitalisation en UHSI à la réalisation d'une peine en quartier d'isolement sur leur lieu de détention. Un temps d'occupation journalier et l'introduction d'APA semblent pouvoir répondre en partie à cette problématique. Au sein de l'UHSI de Marseille, cette problématique a également été soulevée et la réponse apportée a été de faciliter l'accès et la présence des familles avec un accès au-delà des heures de parler et

la possibilité de dormir sur place pour un membre de la famille dans le cas des patients en fin de vie. Pour ces derniers, le confort a pu également être amélioré en leur donnant la possibilité de faire rentrer des denrées alimentaires. Au sein de l'UHSI de Nancy, l'accès aux familles a également été facilité pour les patients en fin de vie, de plus pour ces patients, les portes de leurs chambres peuvent rester ouvertes, afin de faciliter les soins et de diminuer la sensation d'enfermement pour les patients. Néanmoins des efforts pour améliorer le confort des patients et limiter leur ennui sont encore à produire.

Associé à ces conditions d'hospitalisation, la problématique du manque de personnel d'escorte pour réaliser des extractions nous a également été rapportée à plusieurs reprises. Ce manque de personnel d'escorte peut entraîner des difficultés pour ramener les patients sur leur lieu de détention entre deux cures, rendant les hospitalisations plus longues, plus difficilement supportables pour les patients et entraînant également l'occupation prolongée d'un lit.

Dans un deuxième temps, des difficultés dans la prise en charge sociale des patients nous ont été rapportées par les chefs de service de plusieurs UHSI.

Les difficultés rapportées concernaient surtout la problématique des hébergements pour les patients pouvant bénéficier d'une LRM mais n'ayant pas de famille pouvant les accueillir à leur sortie de détention ou ne relevant pas des soins palliatifs.

En effet en cas d'absence d'hébergement pour recevoir les patients à leur sortie de détention, le juge de l'application des peines en charge du dossier peut refuser d'accorder cette LRM ou conditionner son obtention à la présence d'un hébergement compatible avec son état de santé à la sortie.

Les médecins des différents UHSI travaillent avec des assistantes sociales et des membres des SPIP pour obtenir des solutions à ces problèmes d'hébergement, mais ces solutions restent du cas par cas.

B. Discussion

Les différentes réponses aux questionnaires nous auront permis de relever la présence de nombreuses similarités dans le système de prise en charge des patients atteints de cancer en UHSI.

Les différences que nous avons pu observer concernent surtout le système de prescription des chimiothérapies et l'intervention des spécialistes.

Pour certains UHSI, la présence d'un médecin ayant une formation en oncologie exerçant dans le service, est un plus afin de faciliter l'organisation de la prise en charge des patients et surtout la délivrance de certains traitements par chimiothérapie.

Nous avons également pu relever que, dans aucun des cas, il n'y a de spécialistes en oncologie, ou de spécialistes d'organes rattachés spécifiquement au service.

Dans le cas où ces spécialistes doivent intervenir, que ce soit dans le service, auprès des patients, ou pour la prescription d'une chimiothérapie à distance par exemple, les praticiens de l'UHSI travaillent en collaboration avec différents praticiens, oncologues ou spécialistes d'organe, sans qu'ils n'aient le statut de praticiens attachés au service. La plupart des réponses des praticiens nous ont fait part de bons rapports avec les différents spécialistes qui interviennent auprès de leurs patients, et nous n'avons pas noté de suggestions d'amélioration en rapport avec ce système de fonctionnement.

Les formations complémentaires en rapport avec la pratique de la cancérologie du personnel infirmier des UHSI sont aussi assez variables en fonction des services, mais avec un point commun, la formation aux délivrances de chimiothérapie, qui est une obligation légale.

Les différentes formations du personnel médical et paramédical permettent dans certains cas d'avoir des lits dédiés à l'oncologie, comme c'est le cas à Lille, ou aux soins palliatifs comme c'est le cas à Bordeaux, Lille et Lyon.

La présence de lits fléchés soins palliatifs s'inscrit dans une organisation graduée des soins palliatifs et elle permet d'assurer une continuité entre les différentes formes de prise en charge, les soins étant prodigués par les mêmes équipes que la prise en charge des soins curatifs.

Les praticiens des différents UHSI ont tous rapporté des bons rapports avec les EMSP, qui interviennent régulièrement dans tous les UHSI.

De façon générale l'ensemble des praticiens semblaient plutôt satisfaits de la façon dont les prises en charge médicale des patients atteints de cancer sont organisées dans leur service.

Les principales remarques négatives quant à la qualité de prise en charge des patients concernaient le manque d'activité pouvant être proposé aux patients, avec l'absence de cours de promenade. Ce manque d'espace extérieur et le manque d'activités pouvant permettre de distraire les patients en chambre et en cours d'hospitalisation, peuvent entraîner des refus de soins (comme cela avait été le cas pour un patient faisant partie de la première partie de notre étude qui a refusé de poursuivre les soins et n'a pu effectuer sa dernière cure de chimiothérapie).

L'absence de cours de promenade a d'ailleurs déjà été signalée comme problématique dans plusieurs rapports du contrôleur général des lieux de privations de libertés (CGLPL) (56-59).

Certains praticiens ayant évoqué cette problématique de « sur-enfermement » des patients, ont notamment suggéré comme solution de dédier un temps d'occupation des patients, encadrés par les aides-soignants et les infirmiers, avec par exemple, la création d'atelier ou d'activité collective pour rompre leur isolement, ainsi que d'améliorer l'accès aux familles, et de pouvoir faire rentrer des denrées alimentaires de « plaisir » pour les patients.

Le parcours d'APA créé dans l'UHSI de Lille peut également être une solution pour limiter l'ennui et rompre l'isolement de ces patients, en y ajoutant les bénéfices de l'activité physique chez les patients atteints de cancer. En effet plusieurs études ont mis en évidence plusieurs bénéfices de l'APA (60) :

- La prévention ou la correction d'un déconditionnement physique.
- Un maintien et/ou une normalisation de la composition corporelle.
- Une réduction de la fatigue liée aux cancers et une amélioration globale de la qualité de vie.
- Une amélioration de la tolérance des traitements et de leurs effets à moyen et long terme.
- Un allongement de l'espérance de vie et une réduction du risque de récurrence.

Une autre problématique que nous avons relevée dans plusieurs réponses est celle du manque d'escorte pour permettre d'assurer le retour en détention des patients entre deux hospitalisations programmées même quand ces dernières sont rapprochées. Ce manque d'escorte avait déjà été relevé par dans un avis du CGLPL de juin 2015, publié au journal officiel (13).

Enfin la dernière grande problématique qui nous a été rapportée est celle du manque de place d'hébergement pour les patients qui bénéficient d'une LRM, dans le cas où les patients ne relèvent pas d'une prise en charge en unités de soins palliatifs. Ces difficultés ont déjà été relevées dans l'étude PARME sur la fin de vie en prison en 2014 (39) ainsi que par dans un avis du CGLPL datant de novembre 2018 (61). Malheureusement, à ce jour aucune solution concrète n'a été proposée afin de pallier à ces difficultés pour trouver un hébergement à ces patients.

6. Conclusion

La première partie de notre étude nous aura permis de réaliser une rétrospective de l'activité de cancérologie à l'UHSI de Nancy sur une décennie.

Cette étude nous aura permis de mettre en évidence que l'activité d'oncologie au sein de l'UHSI est importante et variée. Les cancers broncho-pulmonaires, ORL et colorectaux sont les cancers qui sont les plus fréquemment rencontrés chez l'homme, ce qui diffère quelque peu des chiffres de la population française générale, où le cancer de la prostate est le premier cancer en terme d'incidence suivi des cancers broncho-pulmonaires puis colorectaux. Ces chiffres peuvent être expliqués par la différence d'âge entre les deux populations, et une exposition aux facteurs de risques (alcool et tabac) plus importante dans la population carcérale. Ces paramètres sont également à prendre en compte pour expliquer le fait, que dans notre étude, l'âge moyen au moment du diagnostic est plus faible pour certains cancers, notamment broncho-pulmonaires et colorectaux.

Nous avons plus également observer que les cas de cancer féminin étaient rares au sein de l'UHSI, ce qui correspond à leur faible représentation dans la population carcérale (environ 3,5%). Les quelques cas de cancer féminin observés dans cette étude ne nous ont pas permis d'en dégager de grandes caractéristiques.

La population atteinte de cancer traitée dans l'enceinte de l'UHSI ces dix dernières années est donc une population en très grande majorité masculine, souvent plus jeune au moment du diagnostic que les patients de la population générale, et présentant plus souvent une exposition aux facteurs de risques que sont le tabac et l'alcool. Mieux cerner ces caractéristiques pourront nous permettre de mieux traiter ces patients dans le futur, et de rappeler l'importance de la réalisation régulière de dépistages sur les lieux de détentions.

La réalisation d'une étude cas-témoin centrée sur certains types de cancers, souvent observés en détention, tels que les cancers broncho-pulmonaire ou ORL pourrait permettre une meilleure comparaison des différences de prises en charge entre la population générale et carcérale, si elles existent, de même la réalisation d'une étude rétrospective à l'échelle nationale pourrait permettre de rechercher des particularités régionales et surtout d'observer si les caractéristiques retrouvées dans notre étude sont également retrouvées à plus grande échelle.

La deuxième partie de notre étude nous a permis de mettre en évidence les nombreuses similarités dans le fonctionnement des différentes UHSI dans la prise en charge des patients atteints de cancers. Les principales différences étant plutôt liée à la formation du personnel et aux habitudes de prescriptions des traitements, un lissage des pratiques sur l'ensemble du territoire semble très compliqué.

Quelques grandes problématiques sont néanmoins ressorties de cette étude :

- L'impression de « sur-enfermement » ressentie par les patients aux cours des hospitalisations, qui devient clairement un frein à la bonne prise en charge des patients devant être hospitalisés régulièrement ou pour de longue durée.
- Le manque d'escorte qui entraîne une prolongation des durées d'hospitalisations.
- La problématique sociale du manque d'hébergement à la sortie de détention, pouvant retarder voire empêcher une décision de libération pour raison médicale.

Chaque UHSI met en place différentes mesures afin de trouver des solutions à ces différentes problématiques (construction d'un parcours d'APA, facilitation de l'accès aux familles...), mais cela reste des actions isolées ne pouvant répondre à toutes ces problématiques, ni être instaurées dans l'ensemble des UHSI à ce jour.

Nous pouvons donc suggérer la création de futurs travaux axés plus particulièrement sur ces problématiques, qui pourrait permettre de proposer d'autres solutions pouvant peut-être ensuite être appliquées à plus grande échelle.

7. Bibliographie

1. Sénat. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport). 29 juin 2000 [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/199-449/199-449_mono.html#toc29
2. Laurent M. Usage de substances psychoactives en prison et risques associés. Bull. Acad. Natle. Méd., 2018;202(nos 1-2):53-65, séance du 16 janvier 2018. [Internet]. [cité 10 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2018/01/P.53-à-66.pdf>
3. Ministère des Solidarités et de la Santé. La santé des personnes entrées en prison en 2003. [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-sante-des-personnes-entrees-en-prison-en-2003>
4. Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay AE. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(35-36):434-40
5. Brillet E. « Vieillesse(s) carcérale(s) », cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques, direction de l'administration pénitentiaire, octobre 2013;n°38:6p. [Internet] [cité le 5 sept 2019] Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/cahiers_detudese38.pdf
6. Ministère de la Justice. Les structures pénitentiaires [Internet]. [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>
7. OMS. La santé est un droit humain fondamental, 2017.[Internet].[cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/fr/>
8. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
9. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire.
10. JORF. Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. Aout 2000 ; n°201:page 13471.
11. Sénat. Soigner les détenus : des dépenses sous observation, rapport d'information n°682. 26 Juillet 2017. [Internet]. [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r16-682/r16-682_mono.html
12. Ministère de la Justice. La santé [Internet]. [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/sante-10026.html>

13. JORF. Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé. Juillet 2015 ; n°0162 ; p148.
14. Bulletin officiel du Ministère de la Justice. Circulaire relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale. 18 novembre 2004. [Internet]. [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/4-dap96b.htm>
15. OI des prisons. Menottes lors d'un examen médical : une pratique unanimement condamnée [Internet]. [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: <https://oip.org/communique/menottes-lors-dun-examen-medical-une-pratique-unanimement-condamnee>
16. Obrecht O. Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique. adsp. Septembre 2004 ; 44 :44-52.
17. Ministère de la justice. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France, situation au 1^{er} janvier 2019. [Internet] [cité 8 mai 2019] Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-de-la-population-detenu-e-et-ecrouee-3211.html>
18. Ministère de la Justice. Chiffres clés de la Justice [Internet]. [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/chiffres-cles-de-la-justice-10303/>
19. Centre d'observation de la société. La population détenue en forte hausse [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.observationsociete.fr/modes-de-vie/la-population-detenu-e-en-forte-hausse.html>
20. Insee. Âge moyen et âge médian de la population en 2019. [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
21. IGAS. Evaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000640.pdf>
22. Ministère de la justice. Mesure mensuelle de l'incarcération [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Mesure_mensuelle_incarceration_Janvier_2018.pdf
23. Mouquet M-C. La santé des personnes entrée en prison en 2003. Etudes Result. Mars 2005 ; (386) : 12p
24. Mouquet MC, Dumont M, Bonnevie MC. La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque. Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques : études résult. Janvier 1999 ; (4) ; 10p
25. L'Institut fédératif de recherche sur le Handicap. Les résultats de l'enquête nationale HID (handicaps, incapacités, dépendance) [Internet]. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <http://ifrhandicap.ined.fr/voirhid.html>

26. Duburcq A, Coulomb S, Bonte J, Marchand C, Fagnani F, Fallisard B. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique). Décembre 2004. [Internet] [cité 2 sept 2019]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf
27. Chiron E, Jauffret Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, et al. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. Bull Epidémiol Hebd. 2013 ; (35-36) : 445-50.
28. Renault L. Epidémiologie du cancer broncho-pulmonaire en prison : l'étude CARCAN, une enquête cas-contrôle multicentrique [Thèse d'exercice]. [Lyon, France] : Université Claude Bernard; 2017.
29. Silva ERP, De Souza AS, De Souza TGB, Tsuha DH, Barbieri AR. Screening for cervical cancer in imprisoned women in Brazil. PLoS One [Internet]. 18 déc 2017 [cité 23 sept 2019];12(12). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5734681/>
30. Burki TK. Cancer incidence in Canadian prisoners. The Lancet Oncology. 1 avr 2017;18(4) : e200.
31. Davies EA, Sehgal A, Linklater KM, Heaps K, Moren C, Walford C, et al. Cancer in the London prison population, 1986–2005. J Public Health (Oxf). 1 déc 2010;32(4):526-31
32. Mathew P, Elting L, Cooksley C, Owen S, Lin J. Cancer in an incarcerated population. Cancer. 15 nov 2005;104(10):2197-204.
33. Institut national du cancer. Cancers : les chiffres clés. [Internet]. [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Chiffres-cles>
34. JORF. Décret n° 2007-389 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer - Article 1. Mars 2007.
35. Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.
36. Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain.
37. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
38. Essais cliniques et personnes privées de liberté : mise au point : principes éthiques et textes législatifs [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-1633>

39. Chassagne-Jacquot A, Godart A, Aubry R. La réalité des soins palliatifs dans les prisons françaises : l'étude PARME [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.chu-besancon.fr/la-recherche/actualites-recherche/actualite/la-realite-des-soins-palliatifs-dans-les-prisons-francaises-letude-parme.html>
40. Ministère de la Justice. Guide méthodologique : aménagements de peine et mise en liberté pour raison médicale. [Internet]. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.citoyens-justice.fr/news-fr/2018/9/4/guide-methodologique-amenagements-de-peine-et-mise-en-libert.html>
41. Code de procédure pénale- Articles 723-1. Code de procédure pénale.
42. Code de procédure pénale - Article 729. Code de procédure pénale.
43. Code de procédure pénale - Article 720-1-1. Code de procédure pénale.
44. Code de procédure pénale - Article 147-1. Code de procédure pénale.
45. OI des Prisons. Dispositifs de mise en liberté pour raisons médicales [Internet]. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: <https://oip.org/fiche-droits/dispositifs-de-mise-en-liberte-pour-raisons-medicales/>
46. Cancer et environnement. Risque tabagisme passif, tabac, cancer du poumon, cancer du fumeur, tumeur de la plèvre [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/267-Tabac.ce.aspx>
47. Cancer et environnement. Alcool et cancer [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/294-Alcool-et-cancer.ce.aspx>
48. Cancer et environnement. Infections et risque de cancer.[Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/370-Infections-et-cancer.ce.aspx>
49. Institut national du cancer. Synthèse - Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Ref : SYNINCENAT2019 [Internet]. [cité 11 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-20182>
50. Andler R, Richard JB, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, Nguyen-Thanh V. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(15):271-7. [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_1.html
51. Insee. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2019, France – Bilan démographique 2018 [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>

52. OI des prisons. Femmes détenues. [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://oip.org/decrypter/thematiques/femmes-detenues/>
53. Institut national du cancer. Le cancer du poumon - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cité 13 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-poumon>
54. Institut national du cancer. Le cancer colorectal - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cité 13 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-colorectal>
55. Ministère des solidarités et de la santé. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019- Rapport annuel 2017. [Internet]. [cité 13 déc 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_pnrt_2017.pdf
56. CGLPL. Rapport de la deuxième visite de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Bordeaux (Gironde) [Internet]. 2017 [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/2017/rapport-de-la-deuxieme-visite-de-lunite-hospitaliere-securisee-interregionale-uhsi-de-bordeaux-gironde/>
57. CGLPL. Rapport de la deuxième visite de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris) [Internet]. 2016 [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/2016/rapport-de-la-deuxieme-visite-de-lunite-hospitaliere-securisee-interregionale-uhsi-de-lhopital-de-la-pitie-salpetriere-paris/>
58. CGLPL. Rapport de la deuxième visite de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Lyon (Rhône) [Internet]. 2018 [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/2018/rapport-de-la-deuxieme-visite-de-lunite-hospitaliere-securisee-interregionale-uhsi-de-lyon-rhone/>
59. CGLPL. Rapport de la deuxième visite de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Marseille (Bouches-du-Rhône) [Internet]. 2017 [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/2017/rapport-de-la-deuxieme-visite-de-lunite-hospitaliere-securisee-interregionale-uhsi-de-marseille-bouches-du-rhone/>
60. Institut national du cancer. Activité physique et cancers : des bénéfices prouvés pendant et après les traitements [Internet]. [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Activite-physique/Activite-physique-et-traitement-des-cancers>
61. JORF. Avis du 17 septembre 2018 relatif à la prise en compte des situations de perte d'autonomie dues à l'âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires. Novembre 2018, n°0270, p107.

8. Annexe

Annexe 1 : questionnaire à l'intention des chefs de service des UHSI.

Bonjour, dans le cadre d'un travail de thèse portant sur la prise en charge des pathologies néoplasiques à l'UHSI de NANCY (Docteur PÉTON, Directeur de thèse), je vous serais reconnaissante de prendre quelques minutes de votre temps afin de remplir ce questionnaire :

. Comment gérez-vous la prise en charge des pathologies cancéreuses dans votre UHSI ?

- Praticien spécialisé attaché se rendant dans les locaux pour consulter/prescrire ? prescription à distance ? Lit dédié ? Prise en charge des patients dans un service de cancérologie associé ?

. Le personnel de votre UHSI a-t-il suivi des formations particulières afin de traiter les patients atteints de pathologies cancéreuses ?

- Formation des IDE à la délivrance de chimiothérapie ?
- Accompagnement psychologique ?
- Autre ?

. Avez-vous des suggestions pour améliorer le système actuellement en place ?

. Est-ce que des représentants d'associations (association de patient, soutien au patient atteint de cancer) interviennent dans votre UHSI ?

. Dans le cadre des prises en charges palliatives, avez-vous des lits dédiés spécifiquement ? du personnel formé ? faites-vous intervenir une équipe mobile de soins palliatifs ?

En vous remerciant du temps consacré à vos réponses.

Résumé de la thèse :

La cancérologie en milieu carcéral est encore peu étudiée en France. L'objectif de cette étude était de réaliser un état des lieux de l'activité de cancérologie au sein de l'UHSI de Nancy. Dans un deuxième temps, nous avons étudié les différentes organisations dans les autres UHSI de France, afin de nous permettre de proposer des axes d'amélioration pour la prise en charge des patients atteints de cancer en prison.

Nous avons inclus tous les patients ayant été traités pour un cancer entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2018 à l'UHSI de Nancy. Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive des 128 dossiers ainsi sélectionnés. Nous avons ensuite recueilli à l'aide d'un questionnaire adressé aux chefs de services des UHSI, différentes données sur l'organisation des soins apportés aux patients atteints de cancer dans leurs services.

Parmi les 128 dossiers, 28,91% concernaient des patients atteints de cancers broncho-pulmonaires, 14,06% des cancers ORL et 12,5% des cancers colo-rectaux. Les réponses aux questionnaires nous ont permis de mettre en évidence de nombreuses similarités de prise en charge dans les différents UHSI. Les différences étaient surtout retrouvées dans les formations des professionnels employés dans les services et les solutions mises en places pour limiter l'impression de « sur-enfermement » lié à l'hospitalisation.

La réalisation de nouvelles études axés sur la cancérologie en prison pourrait permettre d'améliorer la prise en charge de ces patients.

Titre en Anglais:

Oncology in UHSI: a description of the oncology activity inside the UHSI of Nancy and a study of the various organizations within the others French UHSI.

THESE : Médecine générale – Année 2020

Mots clefs : cancer, médecine carcérale, prison, détenu

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex