

# Les dispositifs de prise en charge

Des dispositifs ont été mis en place pour assurer le suivi des questions de santé en respectant la dignité du patient et la confidentialité des soins. Toutefois ces principes doivent composer avec les conditions actuelles de détention.

## Les dispositifs de prise en charge des personnes placées sous main de justice

Les personnes détenues prises en charge par un dispositif de soins durant leur incarcération bénéficient de toutes les garanties prévues par la réglementation pour préserver leurs droits en tant que patients (notamment l'information sur leur état

de santé, le consentement et le refus de soin, la désignation d'une personne de confiance et la rédaction des directives anticipées) et garantir le secret médical.

Les principes exposés dans cet article concernent toute personne placée sous main de justice et se trouvant

**Caroline Frizon**  
**Virginie Bonfils**  
Chargées de mission organisation des soins aux personnes détenues, Direction générale de l'offre de soins, ministère des Solidarités et de la Santé

### Contexte légal

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et son décret d'application n° 98-1099 du 8 décembre 1998 ont revu en profondeur l'organisation des soins en faveur des personnes incarcérées et transféré au service public hospitalier (SPH) pour leur prise en charge sanitaire. Depuis, le SPH s'emploie à leur garantir un accès à une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles de la population générale, tout en consolidant une

offre de soins spécifique et adaptée aux besoins. Ainsi, les soins en milieu pénitentiaire prennent pleinement en compte les évolutions du système de santé en population générale pour se décliner dans ce contexte carcéral.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé redéfinit la politique nationale de santé et tend à garantir le droit de chacun à la protection de sa santé. Plusieurs dispositions de la loi portent sur la santé en milieu pénitentiaire, notam-

ment concernant les repérages et dépistages à l'entrée en détention et la politique de réduction des risques et des dommages. La loi précise en outre que les personnes détenues bénéficient de certaines mesures protectrices des droits des patients, comme la mise en place du registre des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie assurant des soins sans consentement. ●



dans un établissement pénitentiaire, indifféremment de son sexe, de son âge, ou de son statut pénal. Toutefois, si les dispositifs de prise en charge développés ci-après sont effectivement communs aux personnes majeures et mineures, certaines adaptations peuvent être prévues sur la base d'éléments objectifs (comme la loi ou la situation clinique). Par ailleurs, les personnes placées sous main de justice faisant l'objet d'une mesure en milieu ouvert relèvent des dispositifs de droit commun.

### Gouvernance et pilotage de la politique d'offre de soins en faveur des personnes détenues

L'organisation des soins en faveur des personnes détenues est portée par différents niveaux d'intervention (stratégiques et opérationnels).

#### Au niveau national

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère des Solidarités et de la Santé pilote l'organisation de l'offre et l'amélioration des dispositifs de soins. Elle intègre les exigences de parcours de santé et de soins, en tenant compte des contraintes liées à

l'environnement carcéral. Ses réflexions sont menées en concertation étroite avec l'ensemble des acteurs institutionnels (au premier titre desquels le ministère de la Justice), les représentants des professionnels et des usagers. À ce titre, elle veille à la définition des besoins humains et financiers nécessaires.

#### Au niveau régional

Les agences régionales de santé (ARS) déclinent les politiques nationales et assurent l'offre de service. Ainsi, elles évaluent les besoins sanitaires des personnes détenues, définissent et régulent l'offre de soins et de prévention en milieu pénitentiaire.

#### Au niveau local

Conformément aux dispositions des articles R. 6111-32 et R. 6111-33 du Code de la santé publique (CSP), cette offre de soins et l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues sont proposées par les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), directement implantées au sein des établissements pénitentiaires. Tout établissement pénitentiaire est lié

## Témoignage d'un cadre infirmier : une nécessité d'adaptation permanente

**A**u sein des dispositifs de soins en milieu carcéral, la place de l'infirmier est prépondérante et centrale. Ses missions recouvrent la prise en charge des patients hommes, femmes et mineur(e)s souffrant de troubles somatiques, psychiatriques et/ou addictologiques, dès leur arrivée en détention et jusqu'à leur sortie.

L'infirmier assure tous types de soins infirmiers, particulièrement en matière de prévention et d'éducation thérapeutique. Il maîtrise nécessairement l'ensemble des soins infirmiers pour pouvoir gérer toutes les situations de soins. Il œuvre pour le meilleur état de santé possible (principe de bienfaisance) en respectant la dignité et le consentement libre et éclairé de la personne (principe d'autonomie), tout en assurant la confidentialité de la relation soignant/soigné (relation de confiance). Ainsi, l'enjeu majeur est de toujours appréhender les personnes en tant que patient, en gardant un positionnement juste avec l'ensemble des partenaires.

Pourtant, au quotidien, la cohabitation reste un point fragile et épineux qui peut mettre « à mal » les grands principes de l'éthique médicale. Exercer le métier d'infirmier auprès de personnes détenues impose une compréhension et une clarification des logiques sanitaire, judiciaire et pénitentiaire.

L'équipe soignante ignore « théoriquement » pour l'essentiel le statut judiciaire du patient détenu, sauf les soignants travaillant en SMPR (service médico-psychologique régional) et en UHSA, qui, pour assurer une meilleure prise en charge, ont connaissance d'éléments du dossier pénal. Inversement, les logiques judiciaire et pénitentiaire sont étrangères à la démarche de soins et ne peuvent interférer dans son déroulement. Pourtant, en pratique, ce principe fondamental est constamment mis à l'épreuve, généralement non pas du fait de la volonté des acteurs mais du fait de la structure, des contraintes et/ou de la méconnaissance des missions de chacun.

Dans l'ensemble des différents dispositifs, l'infirmier prend en charge des patients détenus soumis à une surveillance d'agents de l'administration pénitentiaire et, dans ce contexte, le consentement du patient, le secret professionnel, l'intimité et la confidentialité des soins sont constamment mis à l'épreuve. L'univers carcéral efface la prépondérance des soins et érige la sécurité comme priorité, ce qui change profondément l'approche du soin. Aussi tout l'enjeu de la responsabilité infirmière se trouve dans sa possibilité de donner à la personne détenue l'opportunité de s'inscrire dans une relation

**Sandrine Dray**  
Cadre supérieur de santé de Pôle hospitalier, Assistance publique des hôpitaux de Marseille

à un établissement hospitalier. Ces USMP constituent des services déportés de ces établissements hospitaliers. Leurs modalités d'intervention et celles du personnel de l'USMP sont précisées par un protocole signé par les différents partenaires concernés<sup>1</sup>. Si l'établissement de rattachement de l'USMP n'a pas d'activité de psychiatrie, l'intervention d'un établissement psychiatrique est déterminée par le directeur général de l'ARS<sup>2</sup>.

#### Missions principales du service public hospitalier en faveur de la population incarcérée

Il doit être en mesure de :

- permettre l'accès à des soins de qualité équivalents à ceux offerts en population générale,
- assurer les repérages et dépistages des personnes,
- garantir la continuité des soins,
- garantir la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture de l'USMP,

1. Art. R. 6111-29 du CSP

2. Art. R. 6111-28 du CSP

- coordonner les actions de prévention (primaire/secondaire/tertiaire), en incluant l'éducation à la santé et la réduction des risques,
- contribuer à la prévention du suicide.

#### Organisation des soins à destination de la population incarcérée

Ainsi, les établissements de santé dispensent les soins aux personnes détenues, en milieu pénitentiaire ou, au besoin, en milieu hospitalier<sup>3</sup>. En effet, dès lors qu'une personne détenue a besoin de soins qui ne peuvent être dispensés à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire au sein de l'USMP (du fait de l'urgence et/ou des spécificités techniques requises par la prise en charge), elle est transportée vers un établissement de santé ou vers des unités hospitalières accueillant exclusivement des personnes détenues. Ces dernières, bien qu'admissibles à l'hôpital, continuent de subir leur peine et la réglementation pénitentiaire leur demeure applicable.

3. Art. L. 6111-1 et suivants et art. L. 6112-1 du CSP

de soin. L'infirmier qui exerce au sein de ces différentes structures doit faire preuve de capacités d'adaptation, d'organisation, d'autonomie et de prise d'initiatives adaptées selon son champ de compétences, pour mener à bien l'ensemble des activités qui lui sont dévolues. Il doit être rigoureux dans le respect et l'application des règles pénitentiaires et toujours manifester un comportement adapté vis-à-vis des patients et des différents partenaires. Cet aspect, qui peut paraître contraignant, est assez bien appréhendé et assimilé par les équipes soignantes car il est quelque part un « garde-fou » pour leur sécurité. À l'inverse, en milieu hospitalier, les agents de l'administration pénitentiaire assurent leurs missions dans une structure qui ne réunit pas les éléments sécuritaires du contexte carcéral et qui accueille un public qui n'est pas placé sous main de justice.

Mes sept années d'expérience de cadre supérieur du pôle de psychiatrie, médecine, addictologie en détention et médecine légale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille m'ont permis d'avoir un regard nouveau sur les soins infirmiers auprès des personnes placées sous main de justice. Travailler dans un contexte pénitentiaire est difficile et complexe parce que cela mobilise des fonctions

souvent paradoxales : soins/contrôle, relation/discipline, empathie/sécurité, privation/liberté. Alors, forcément, être infirmier en milieu carcéral, c'est soigner en laissant de côté les préjugés, les certitudes et toutes formes de pouvoir qui enferment, en favorisant la communication et l'établissement du lien, qui restent des outils précieux du soin en détention et de son cortège. C'est avoir la capacité de laisser résonner les situations qui se présentent pour pouvoir les appréhender toutes, singulièrement. C'est être un acteur engagé dans une contrainte toute particulière où la privation (enfermement pénal) et la liberté (éthique du soin) se côtoient et se heurtent sans cesse mais concourent à un même objectif : le respect des droits des personnes détenues. Finalement c'est mettre en jeu son expérience, ses connaissances théoriques médicales, juridiques et éthiques, ses valeurs et ses émotions, mais aussi sa créativité pour faire face à des situations complexes et développer des mesures alternatives. Pour cela, chaque acteur doit comprendre la nécessité d'établir une coopération étroite, dans le respect des attributions mutuelles et des droits de la personne détenue, avec un objectif commun : l'amélioration constante de la santé des personnes détenues. ●



L'organisation des soins repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, l'autre pour les soins psychiatriques. Chacun est décliné en trois niveaux de prise en charge. Certaines missions sont toutefois communes, notamment les actions d'éducation et de prévention et la continuité des soins à la sortie.

- Le niveau 1 est réalisé au sein des USMP (au nombre de 178) et regroupe des soins ambulatoires sous la forme de consultations, prestations et activités, y compris dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

- Le niveau 2 regroupe les soins nécessitant une prise en charge à temps partiel (hôpital de jour en psychiatrie et chambres sécurisées). Les soins somatiques de niveau 2 sont réalisés au sein de l'établissement hospitalier de rattachement. En revanche, les soins psychiatriques sont réalisés principalement au sein des USMP porteuses de services médico-psychologiques régionaux (26 SMPR). Les USMP non dotées de SMPR sont aussi incitées à développer ces prises en charge.

- Le niveau 3 regroupe les soins nécessitant une hospitalisation à temps complet. Les soins somatiques sont réalisés dans les établissements de santé (chambres sécurisées, unités hospitalières sécurisées interrégionales – UHSI – et établissement public de santé national de Fresnes – EPSNF). Quant aux soins psychiatriques, ils sont assurés par les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et les établissements de santé autorisés en psychiatrie.

### Dispositifs d'hospitalisation

Les chambres sécurisées (environ 150 à ce jour) sont mobilisées en priorité pour l'accueil des personnes détenues en hospitalisation urgente ou programmée, mais de très courte durée (moins de 48 heures). Elles font l'objet d'aménagements spécifiques de sécurisation, précisés par un cahier des charges<sup>4</sup>. Une garde statique est assurée par les forces de l'ordre, dans un sas attenant à la chambre.

Huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) sont réparties sur le territoire et sur l'emprise foncière d'établissements hospitaliers. Il s'agit de structures hospitalières et non pénitentiaires. Elles bénéficient cependant d'une sécurité périmétrique assurée par l'administration pénitentiaire. Le nombre d'unités, les sites d'implantation et les secteurs géographiques de rattachement sont précisés par arrêté<sup>5</sup>. Les UHSI prennent en charge l'ensemble des hospitalisations somatiques des personnes détenues, hors hospitalisations relevant des chambres sécurisées.

L'établissement public de santé national de Fresnes est un établissement à vocation nationale, spécifiquement réservé à l'hospitalisation, hors urgence et hors psy-

chiatry, des personnes détenues sur orientation des USMP. Cet établissement est placé sous la double tutelle des ministères de la Justice (DAP, Direction de l'administration pénitentiaire) et de la Santé (DGOS). Il dispose de trois services d'hospitalisation (en médecine ; en soins de suite et de réadaptation polyvalent ; en soins de suite et de réadaptation spécialisé neurologie et appareil locomoteur), d'un service de consultations pluridisciplinaires et d'un service d'imagerie médicale. Les malades sont admis dans l'établissement après stabilisation de leur état de santé.

Neuf unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) sont en fonctionnement à ce jour (représentant 440 places) et correspondent à une première tranche de construction. Le programme complet prévoit dix-sept unités pour une capacité totale de 705 places. Elles ont été instituées par la loi du 9 septembre 2002<sup>6</sup>. Comme les UHSI, il s'agit de structures hospitalières n'accueillant que des personnes détenues nécessitant une prise en charge psychiatrique. En l'absence de possibilité d'hospitalisation au sein de l'UHSA de rattachement de l'établissement pénitentiaire, l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux continue d'être assurée par un établissement de santé habilité<sup>7</sup>. Les UHSA accueillent des patients détenus en soins libres ou sans consentement.

Les soins sans consentement<sup>8</sup> sont réalisés sous forme d'hospitalisation complète au sein des UHSA et des unités adaptées en établissement de santé mentale, voire en unités pour malades difficiles si les critères cliniques le justifient.

### Aspects financiers

Le financement des soins délivrés aux personnes détenues en établissement repose sur des missions d'intérêt général (MIG) pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique en USMP et en UHSI, ainsi que sur une dotation annuelle de fonctionnement (DAF) pour la psychiatrie. Ces allocations ont vocation à financer les surcoûts liés aux spécificités du milieu carcéral et viennent en complément de la tarification à l'acte.

D'autres sources de financement peuvent exister et venir soutenir des projets ciblés, comme les fonds d'intervention régionaux pour la promotion de la santé, les fonds Mildeca pour la réduction des risques... ●

4. Annexe à la circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGPN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé.

5. Arrêté du 24 août 2000 et note DAP/DGOS du 5 juillet 2013 (cf. annexe N « Carte UHSI »).

6. Loi n° 2002-1138 d'orientation et de programmation pour la justice.

7. En vertu de l'article D. 398 du Code de procédure pénale.

8. Art. L. 3214-1 II du CSP.