

Le dispositif de prise en charge

La prise en charge sanitaire des détenus est confiée au service public hospitalier. 26 services médico-psychologiques régionaux et 189 unités de consultations et de soins ambulatoires interviennent dans les établissements pénitentiaires dans des conditions autonomes. Des difficultés sont sans cesse à surmonter : consultations à l'extérieur de la prison, articulation avec les personnels de surveillance, respect des règles d'éthique.

Geneviève Guérin
Secrétaire général
adjoint du
Haut Comité de la
santé publique

Les missions imparties au service public hospitalier visent une prise en charge globale des personnes détenues, afin de leur permettre d'accéder à une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population.

En 2003, 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et 189 unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) desservent l'ensemble des établissements pénitentiaires à l'exception des centres de semi-liberté.

Les missions des UCSA s'organisent autour de quatre grands axes.

■ Les soins en milieu pénitentiaire qui comprennent :

- l'ensemble des prestations de médecine générale (visites et consultations médicales, notamment la visite médicale d'entrée qui permet d'établir le bilan de santé de la personne incarcérée),
- la fourniture des produits à usage médical, ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques qui sont placés sous la responsabilité du pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé,
- l'activité de soins infirmiers, incluant la distribution des médicaments,
- les soins dentaires,
- les consultations spécialisées techniquement réalisables sur place : gastro-entérologie, radiologie,

Les services médico-psychologiques régionaux

Les SMPR sont des secteurs psychiatriques à part entière. Ils sont détachés d'un hôpital psychiatrique ou général au sein d'un établissement pénitentiaire, plus souvent maison d'arrêt qu'établissement pour peine. Ils sont aujourd'hui 26 en France pour 186 établissements pénitentiaires. Leur personnel est constitué de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, d'assistants sociaux et de secrétaires. Ils ont

pour mission d'organiser l'accueil des arrivants afin de dépister les pathologies mentales, d'assurer les soins psychiatriques, d'organiser le suivi psychiatrique de la population post-carcérale. Ils assurent également une mission de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Enfin, ils coordonnent les soins psychiatriques au sein des établissements pénitentiaires alentour.

Les prisons qui ne sont pas dotées

de SMPR dépendent du secteur psychiatrique sur lequel elles sont implantées. Le chef de service du secteur a alors la responsabilité d'organiser des consultations dans l'établissement concerné. De ce fait, le temps médical est moindre et les prises en charge souvent plus ponctuelles. #

Cyrille Canetti
Psychiatre, SMPR
de Fleury-Mérogis

dermatologie, cardiologie, psychiatrie, psychologie, kinésithérapie (si la population détenue est faible, ces consultations peuvent être assurées dans l'établissement de santé),

- les examens de laboratoire, effectués sur place ou par l'établissement de santé,
- la permanence des soins en dehors des heures de présence du personnel soignant.

■ L'organisation de l'accueil et de la prise en charge par l'établissement de santé de proximité pour des consultations ou examens nécessitant le recours à son plateau technique, ainsi que pour des hospitalisations urgentes ou d'une durée inférieure à 48 heures (les autres hospitalisations ont lieu à Fresnes, elles relèveront prochainement de huit unités hospitalières sécurisées interrégionales – UHSI).

■ La préparation du suivi sanitaire à la sortie, en liaison avec le service socio-éducatif de l'établissement pénitentiaire.

■ La coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé et l'élaboration, en accord avec les partenaires concernés (établissement pénitentiaire, services de l'État, conseil général, autres collectivités, organismes d'assurance maladie, associations), d'un programme annuel et pluriannuel de prévention et d'éducation pour la santé.

Moyens financiers et humains

Pour permettre aux établissements de santé concernés de faire face à ces missions nouvelles en milieu pénitentiaire, et donc à des charges nouvelles, le ministère de la Santé a ouvert en 1994 une enveloppe nationale de 393 millions de francs (67 millions d'euros) pour financer les dépenses de fonctionnement, de personnel et d'équipement des UCSA et pour compléter le dispositif de prise en charge médico-psychologique existant (SMPR).

Parallèlement, le ministère de la Justice a investi environ 80 millions de francs (13,6 millions d'euros) dans la rénovation des locaux de soins dans les établissements pénitentiaires [13].

Les moyens humains accordés aux UCSA ont été définis en fonction des grilles de référence indicatives figurant dans le guide méthodologique¹ annexé à la circulaire du 8 décembre 1994, selon deux critères.

● Le type d'établissement : maisons d'arrêt ou établissements pour peine, les premières nécessitant des moyens plus conséquents en raison d'importants flux d'entrée.

● La catégorie de personnel : les temps alloués sont exprimés en équivalents temps plein (ETP) et par tranches de 100 détenus pour les médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, spécialistes, infirmiers et préparateurs en pharmacie, et de 200 détenus pour les pharmaciens et secrétaires médicales (les temps d'intervention spécialisée incluent, outre les médecins

spécialistes, les masseurs kinésithérapeutes et les manipulateurs en électroradiologie).

Dès 1996, un premier bilan des conditions pratiques de la mise en œuvre du dispositif a été effectué par la direction générale de la Santé [14]. Établi à partir des synthèses régionales réalisées par les services déconcentrés des ministères de la Santé et de la Justice, il a montré que les moyens attribués aux hôpitaux avaient été effectivement consacrés à la mise en place des UCSA et mis en évidence une amélioration certaine de la qualité des soins dans les établissements pénitentiaires : visite médicale d'entrée généralisée, renforcement notable des prestations de médecine générale et de soins infirmiers, développement des consultations spécialisées sur place, distribution des médicaments par le personnel soignant, permanence des soins pour les urgences.

Ce bilan soulignait cependant l'insuffisance des moyens en personnel, notamment pour les chirurgiens dentistes, les infirmières et les secrétaires médicales, et des difficultés de recrutement dans certaines spécialités médicales et paramédicales : dermatologie, ophtalmologie, psychiatrie, massage kinésithérapie.

À la suite de ce bilan, les moyens ont été régulièrement renforcés (tableau 1).

En 1993, les crédits affectés à la prise en charge sanitaire des détenus (y compris les frais d'hospitalisation) étaient d'un montant équivalant à 52 millions d'euros 2002. On peut donc mesurer l'importance de l'effort financier développé par l'État en quelques années, puisque les moyens consacrés en 2002 aux seuls soins en milieu pénitentiaire ont été multipliés par 2,6 (figure 1).

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 54.

tableau 1

Évolution 1994-2002 des crédits alloués par la DHOS aux établissements de santé pour les UCSA (personnels et fonctionnement) en millions de francs (millions d'euros)*

Année	Soins somatiques	Soins psychiatriques	Toxicomanie	Total enveloppe	
				millions de F	millions d'euros
1994	333 (56,8)	60 (10,2) (60 MF antérieurs pour SMPR)		453,0	77,3
1995				474,2	79,6
1996			10 (1,58)	494,1	81,3
1997	40 (6,5)			538,1	87,5
1998		60 (9,7)		610,1	103,3
1999				623,7	100,1
2000				636,0	100,5
2001	Reprise des 21 sites du Programme		13 000	784,3	121,9
2002			+4,57 et +6,29 millions d'euros pour les établissements 13 000		134,5

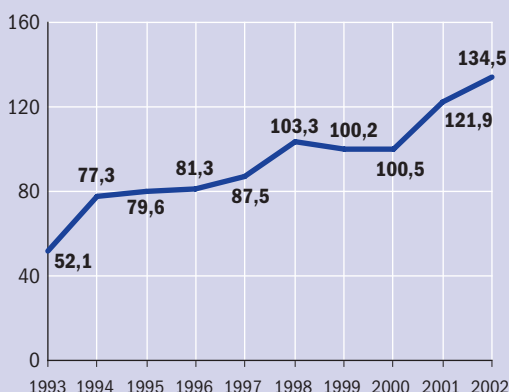
* Conversion en euros 2002, cf. note 1 p. 18.

Source : direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.

1. Ce guide méthodologique est en cours d'actualisation.

figure 1

Évolution des crédits entre 1993 et 2002 (en millions d'euros valeur 2002)



Source : direction de l'Administration pénitentiaire.

Ces crédits ont été fléchés — c'est-à-dire spécifiquement destinés aux hôpitaux assurant les soins en prison — dans l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) jusqu'en 2002. Ils sont depuis 2003 intégrés dans les « mesures de santé publique », à charge pour les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) de les répartir en fonction des besoins.

L'augmentation des moyens en personnels permise par la progression de ces crédits est présentée dans le

tableau 2 (qui concerne à la fois les UCSA et les SMPR pour les soins psychiatriques).

Les effectifs ont progressé pour l'ensemble des postes, en ETP budgétés et rémunérés. Cependant l'offre de soins effective est partout inférieure à celle qui était budgétée, soit que les établissements de santé aient affecté à d'autres services les postes prévus pour les UCSA et les SMPR, soit que ces postes n'aient pas été pourvus.

Organisation

Les UCSA sont des unités fonctionnelles placées sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier, et hiérarchiquement rattachées à un chef de service de l'établissement de santé. Il s'agit le plus souvent de services de médecine, mais on compte aussi des services d'urgence, de gastro-entérologie et, de façon plus surprenante, de médecine légale. (Ce dernier rattachement semble en effet source potentielle de difficultés au regard des règles déontologiques : on peut se demander si le même service est en mesure, sans risque de conflit d'intérêts, de prendre en charge à la fois la victime et son agresseur, et d'intervenir éventuellement comme expert, en cas de contentieux avec les détenus ou d'autopsie des personnes décédées en prison).

Les équipes hospitalières ont parfois gardé, dans des proportions variables, des médecins (peu nombreux) et des infirmiers qui intervenaient en prison avant 1994 et qui se sont vu proposer d'intégrer la fonction hospitalière. Elles sont cependant majoritairement constituées de professionnels de santé directement recrutés par les établissements de santé au sein de leur personnel.

Parmi les motivations de ces derniers à venir travailler en milieu carcéral, l'aspiration à exercer une médecine plus globale que celle que permet une activité strictement hospitalière, l'anesthésie ou l'urgence par exemple, est citée. D'autres facteurs liés aux conditions de travail ont pu également parfois intervenir, notamment, pour le personnel infirmier, la garantie d'avoir des services de jour difficiles à obtenir en milieu hospitalier.

Une implantation autonome

Les UCSA constituent au sein de l'établissement pénitentiaire des zones de soins autonomes dont l'aménagement récent offre souvent un contraste important avec la médiocre condition des bâtiments qui les accueillent. Cette configuration, qui manifeste la présence du service public hospitalier au sein de la prison, et son indépendance, ne va pas sans susciter parfois des difficultés dans les relations avec l'administration pénitentiaire.

Pour autant, les UCSA ne bénéficient pas, loin de là, de l'espace et des conditions d'accès nécessaires à la fréquentation quotidienne de plusieurs dizaines de patients. Ces contraintes trouvent leur origine dans le fait que, compte tenu de la surpopulation pénale et des moyens limités de l'administration pénitentiaire, seul un dixième des mille places de détention qui auraient

tableau 2

Évolution entre 1997 et 2001 des moyens en personnels hospitaliers des UCSA et SMPR en équivalents temps plein

Personnels	Équivalents temps plein	1997	2001	Évolution
Soins somatiques				
Médicaux	Budgétés	209,28	265,23	26,7 %
	Ratio pour 100 détenus	0,48	0,56	16,7 %
	Rémunérés	199,99	257,31	28,7 %
	Ratio pour 100 détenus	0,46	0,54	17,4 %
Non médicaux	Budgétés	644,74	938,02	45,5 %
	Ratio pour 100 détenus	1,49	1,98	32,9 %
	Rémunérés	636,86	910,20	42,9 %
	Ratio pour 100 détenus	1,47	1,92	30,6 %
Soins psychiatriques				
Médicaux	Budgétés	123,91	172,57	39,3 %
	Ratio pour 100 détenus	0,29	0,36	24,1 %
	Rémunérés	114,31	146,10	27,8 %
	Ratio pour 100 détenus	0,26	0,31	19,2 %
Non médicaux	Budgétés	422,98	581,37	37,4 %
	Ratio pour 100 détenus	0,98	1,23	25,5 %
	Rémunérés	394,32	561,82	42,5 %
	Ratio pour 100 détenus	0,91	1,19	30,8 %

Source : direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.

Exemple : l'UCSA de la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy

L'UCSA de Bois-d'Arcy (Yvelines), maison d'arrêt pour hommes construite en 1979, accueille de 900 à 1 000 détenus.

Ressources humaines

- un généraliste temps plein*, deux généralistes temps partiel, une vacation hebdomadaire de généraliste, deux vacations mensuelles d'ophtalmologiste, une vacation hebdomadaire de dermatologue, une vacation mensuelle de gastro-entérologie (et fibroscopie), deux chirurgiens dentistes temps partiel ;
- un cadre infirmier* ;
- dix infirmières ;
- un manipulateur radio à trois quarts temps ;

- deux préparatrices en pharmacie ;
- une secrétaire médicale ;
- un agent administratif à mi-temps.

Locaux

300 m² comportant trois bureaux de consultation, une salle d'urgence dotée de matériel de réanimation, quatre salles de soins et prélèvements biologiques, une salle de radiologie, un secrétariat, une pharmacie « centrale », une salle de staff et de détente, deux bureaux administratifs (chef de service et cadre infirmier).

Desservis par un escalier étroit rendant difficile l'accès des patients handicapés et le brancardage.

Fonctionnement

De 8 heures le matin à 18 heures le soir du lundi au vendredi et de 8 heures le matin à 16 heures le samedi, avec une astreinte téléphonique infirmière les dimanches et jours fériés.

- Consultations médicales et dentaires quotidiennes du lundi au samedi inclus ;
- Consultations d'ophtalmologie, dermatologie et kinésithérapie hebdomadaires, fibroscopie digestive et CISIH bimensuelles. #

* Ils assurent également des fonctions d'encadrement à l'UCSA de la maison d'arrêt de Versailles.

été nécessaires au respect des normes hospitalières d'installation initialement définies a finalement pu être dédié aux nouvelles unités [13].

Fonctionnement

Les soins aux personnes détenues sont généralement dispensés à partir de 8 heures du matin jusqu'à 18, voire 19 heures le soir. Dans l'ensemble des établissements il existe une permanence de soins infirmiers une partie du samedi et une astreinte téléphonique infirmière pendant les dimanches et jours fériés. La question de la permanence des soins en urgence est abordée plus loin.

Selon que l'UCSA se trouve en maison d'arrêt ou en établissement pour peine, son fonctionnement présente des caractéristiques différentes.

Pour l'équipe hospitalière des maisons d'arrêt, où les entrées et sorties sont très fréquentes, il faut gérer un flux considérable de patients et initier des traitements tout en sachant qu'ils ne pourront peut-être pas être menés à terme.

Dans les établissements pour peine, la population est plus stable donc plus facile à suivre au long cours, elle est aussi souvent plus âgée, atteinte de pathologies somatiques chroniques et, en maisons centrales, d'affections psychiatriques graves.

Les contraintes du milieu carcéral

Un certain nombre de contraintes liées à l'environnement pénitentiaire singularise le fonctionnement des UCSA par rapport à celui d'une unité hospitalière classique.

Une unité à part pour l'hôpital

Les liens de l'UCSA avec le service hospitalier de rat-

tachement sont fréquents, surtout s'il s'agit du service des urgences (les médecins des UCSA y prennent des gardes), et généralement de bonne qualité. Selon le Dr Anne Galinier-Pujol², qui exerçait en prison avant la réforme, cependant, le nouveau dispositif a fait de l'UCSA, aux yeux de l'administration pénitentiaire, un prestataire comme les autres (par exemple le corps enseignant), tandis que l'hôpital ne la considère pas comme une unité fonctionnelle prioritaire.

L'incertitude des plannings

Parloir, audience chez un magistrat, transfert vers un autre établissement pénitentiaire, autant d'événements de la vie des personnes détenues qui interfèrent avec la prise en charge sanitaire, et dont le médecin n'est pas informé ou informé trop tardivement.

En effet l'emploi du temps des personnes détenues leur reste largement inconnu, ce qui a pour conséquence l'annulation de consultations de généralistes, mais aussi de consultations de spécialistes qui ne viennent que périodiquement à l'UCSA. Il en va de même pour des consultations hospitalières parfois fixées plusieurs semaines à l'avance, ce qui provoque l'incompréhension des services concernés.

Les transferts de patients vers d'autres établissements pénitentiaires peuvent ainsi compromettre à tout moment les prises en charge au long cours.

Il arrive aussi que la défection soit provoquée par un refus de soins de la personne détenue.

Par ailleurs, l'accès aux consultations spécialisées et au plateau technique de l'hôpital de référence pose

[suite page 32](#)

2. Médecin responsable de l'UCSA du centre pénitentiaire de Marseille-Les Baumettes.

Le rôle des infirmiers dans les prisons

Il existe une véritable spécificité de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral pour les infirmier(ère)s du service public hospitalier.

La loi du 18 janvier 1994 a confié la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier, et la circulaire du 8 décembre 1994 a posé comme objectif d'assurer à la population carcérale une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population.

C'est ainsi que les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ont vu le jour.

Des équipes soignantes hospitalières ont alors été formées pour prendre en charge les personnes incarcérées dans leur globalité, c'est-à-dire en tenant compte de la dimension curative, relationnelle, préventive et éducative du soin. L'infirmier(ère) a découvert une population en grande souffrance physique et morale, et a dû apprendre à articuler habilement chacune de ces dimensions afin d'améliorer la qualité des soins et d'offrir aux détenus un sentiment de mieux-être.

Pour exercer en milieu pénitentiaire, le soignant doit avoir acquis de bonnes aptitudes techniques afin de pouvoir répondre à des demandes très variées sur le plan somatique.

Il doit assurer tous les soins prescrits par le médecin lors des consultations, suivre de façon journalière certains patients à risques (exemple : surveiller des suites post-opératoires, prendre en charge les grévistes de la faim ...) et surtout répondre à toutes les demandes ponctuelles d'accès aux soins formulées par les détenus eux-mêmes.

De plus, l'infirmier(ère) doit avoir une parfaite connaissance des gestes d'urgence. Il doit être apte à secourir toute personne en danger vital, en présence ou en l'absence du médecin. Il a pour cela à sa disposition un matériel de réanimation



Maison d'arrêt de Nantes.

et des protocoles signés par le médecin responsable du service. C'est pourquoi une bonne maîtrise de soi et une bonne méthodologie dans la réalisation de ces actes sont absolument indispensables à l'exercice de la profession d'infirmier(ère) auprès de la population carcérale.

L'arrivée de l'UCSA dans les prisons a également modifié le mode de préparation et de distribution des médicaments. Cela a permis aux professionnels de santé de prendre en charge totalement ce domaine, et de ce fait, de dégager de cette mission les surveillants pénitentiaires, qui en avaient la responsabilité avant 1994.

Il est fini le temps des petites fioles qui contenaient tout le traitement des 24 heures. Désormais, l'infirmier(ère) prépare des piluliers qu'il distribue de façon journalière ou hebdomadaire. Chaque patient reçoit son traitement individuellement dans sa cellule. C'est dans la journée un moment important d'échange entre le soignant et le soigné.

Un temps privilégié est consacré aux détenus substitués par Subutex® ou méthadone. En effet ces patients sont appelés chaque

matin à l'infirmerie pour recevoir leur traitement.

L'infirmier(ère) a également un rôle très important dans l'accueil des « détenus arrivant ». Une personne incarcérée pour la première fois arrive souvent dans un état de détresse extrême et demande à être reçue rapidement par le service médical. L'infirmier procède alors à l'établissement d'une « fiche infirmière ». Ce premier contact avec le détenu permet de le mettre en confiance, et surtout de lui faire comprendre que son mal-être et sa santé vont être pris en compte. C'est aussi un moment où le soignant doit pouvoir dépister une fragilité physique ou psychologique qui pourrait mettre le nouvel arrivant en danger, et s'il y a lieu en alerter l'administration pénitentiaire.

L'incarcération modifie énormément la perception individuelle de la douleur, qu'elle soit physique ou psychologique. C'est pourquoi l'infirmier(ère) a un rôle fondamental d'écoute, d'aide et de soutien. Lors des consultations, il n'accueille jamais un individu en tant que détenu, mais en tant qu'être humain avec son vécu et ses

Document réalisé par Evelyne Picherie au nom de l'équipe infirmière de l'UCSA de la maison d'arrêt de Nantes.

difficultés. Savoir écouter permet de mieux comprendre, de créer cette relation de confiance indispensable dans le soin, de signifier au patient qu'il peut être entendu, aidé, soigné et que la prison n'est plus ce lieu d'exclusion qu'il fut autrefois. Il est fréquent que ces quelques instants d'échange fassent réaliser que les maux décrits par le patient ne sont que la traduction d'un mal-être. Une relation d'aide individuelle est très souvent instaurée lors des consultations infirmières ; cela évite et remplace régulièrement la mise en place de traitements médicamenteux. Écouter, et tenir compte de la douleur de l'autre, c'est déjà permettre, surtout en prison, de traiter la moitié des symptômes. Reste maintenant à l'infirmier(ère) à bien connaître ses limites, à protéger ses propres affects et à garder suffisamment de distance, afin que la relation soignant-soigné demeure saine et efficace.

L'arrivée des UCSA au sein des prisons a également permis d'offrir aux détenus une meilleure prise en charge de leur santé. Elles ont proposé à chacun de nouveaux dépistages, par exemple des recherches



L'aide relationnelle est une dimension importante du soin, et fait partie de la prise en charge globale du patient.

sérologiques (VIH, hépatite B, hépatite C) ou, comme à la maison d'arrêt pour hommes de Nantes, un bilan de son état bucco-dentaire par la réalisation de panoramiques dentaires. Ainsi, de nouveaux moyens ont été mis en place, afin de permettre au personnel soignant d'exercer pleinement ses missions de prévention et d'éducation auprès de la population carcérale. Régulièrement, des ateliers de réflexion autour d'un thème ciblé sur la santé

sont proposés aux détenus. Le but est d'informer, d'éduquer, et surtout de laisser à chacun la possibilité de communiquer ses angoisses et ses interrogations.

Le rôle de l'infirmier(ère) au sein de ces groupes est en premier lieu de permettre un échange, mais aussi d'apporter un maximum de réponses à des problèmes liés à la santé. En dehors de ces rencontres, l'éducation du détenu se fait à chaque instant, que ce soit lors d'un soin à l'infirmierie ou tout simplement lors d'une conversation dans un couloir de la détention.

Les UCSA ont mis en œuvre de grands moyens afin d'améliorer l'état sanitaire des prisons. Elles ont voulu, avant tout, prouver que la santé est un droit pour tous. Les infirmier(ère)s hospitalier(ère)s y ont beaucoup collaboré en apportant leur technique dans le soin, l'initiation dans la nouvelle gestion des traitements médicamenteux, l'aide relationnelle dans l'écoute et leur capacité pédagogique. #

Soigner derrière les barreaux, c'est avant tout proposer la même qualité de soins qu'à l'extérieur, mais c'est aussi assurer le respect inhérent à la personne humaine



Les piluliers permettent une meilleure gestion dans la dispensation et dans la prise des traitements.

suite de la page 29 aux UCSA d'épineux problèmes d'organisation. Le guide méthodologique prévoit que les escortes sont de la compétence de l'administration pénitentiaire, excepté dans les petits établissements qui ne disposent pas du personnel et de l'équipement en véhicules nécessaires. Ces escortes sont alors de la compétence des forces de l'ordre (police ou gendarmerie).

Les gardes statiques lors des hospitalisations relèvent des forces de l'ordre.

Les transferts de l'établissement pénitentiaire vers l'établissement de santé (aussi appelés « extractions ») nécessitent donc la coordination de trois partenaires différents :

- l'administration pénitentiaire,
- les forces de l'ordre qui accompagnent le détenu,
- l'établissement de santé.

Les deux premières accomplissent de mauvaise grâce ce qu'elles considèrent comme une prestation non prioritaire par rapport à leurs autres missions, et très coûteuse en temps de personnel (en 2000, plus de 116 000 heures de prise en charge tous services confondus, d'après la Direction de l'administration pénitentiaire).

Le personnel du centre hospitalier, de son côté, s'accommode mal des contraintes liées à la prise en charge de patients détenus : présence de personnes menottées en salle d'attente, demandes pressantes et répétées de passage prioritaire des surveillants désireux de regagner rapidement la sécurité de l'établissement pénitentiaire.

Le nombre limité d'escortes ainsi que le manque d'harmonisation entre les plages horaires des escortes pénitentiaires et des consultations hospitalières obligent les UCSA à supprimer des rendez-vous, et même des hospitalisations programmées, pour accorder la *priorité* aux soins les plus urgents, ce qui peut avoir pour conséquence une perte de chance pour les patients écartés.

L'articulation avec les professionnels pénitentiaires

Les premiers pas des UCSA dans les établissements pénitentiaires ont souvent été difficiles. L'arrivée de professionnels de santé investis d'un fort pouvoir symbolique, complètement indépendants de la hiérarchie pénitentiaire, peut-être désireux de bien le faire savoir, a souvent été vécue par les surveillants — qui participaient avant la réforme à la vie du service médical, distribuaient les médicaments, géraient l'agenda, parfois même les dossiers médicaux — comme une perte de pouvoir sur les personnes détenues et une relégation à la seule fonction de garde. S'estimant évincés, ils se sont souvent repliés sur des attitudes plus ou moins ouvertement hostiles.

Brimades, insultes des syndicats, « emprunt » de médicaments, consultation des dossiers médicaux, autant d'incidents qui ont émaillé les premières années de

cohabitation. Malgré une évolution assez disparate, il semble qu'un *modus vivendi* se soit progressivement installé et les relations entre les professionnels de santé et de surveillance sont assez souvent devenues cordiales.

L'introduction d'enseignements et de tables rondes sur la santé en prison dans la formation initiale de l'ensemble des professionnels pénitentiaires [15] a sans doute contribué à cette évolution : les nouvelles promotions arrivent en ayant déjà intégré la réforme de 1994, qui a, semble-t-il, été imposée à leurs aînés sans qu'une explication sur les enjeux leur permette de se l'approprier.

La collaboration au quotidien des professionnels de santé et des surveillants apparaît d'ailleurs incontournable : dans la mesure où ces derniers ont un rôle important en termes d'accès des patients au médecin, de surveillance au sein du service médical, de repérage des problèmes de santé des détenus, ils peuvent contribuer efficacement à l'amélioration de l'organisation des soins en détention.

Au sein de l'administration pénitentiaire, d'autres professionnels travaillent d'ailleurs d'ores et déjà en partenariat avec les équipes des UCSA. Les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), créés en avril 1999, ont parmi leurs missions de faciliter l'accès des détenus aux droits sociaux, aux soins et à l'éducation pour la santé.

Par ailleurs, les chefs d'unité des actions sanitaires (CUAS) sont responsables, au niveau des directions régionales des services pénitentiaires, de toutes les questions se rapportant à la mise en place des soins et à la prévention, notamment les actions d'éducation pour la santé.

L'éthique des soins en prison

Les détenus sont des personnes comme les autres, et les médecins exerçant en milieu pénitentiaire sont soumis aux mêmes règles déontologiques que les autres. Ces deux principes sont rappelés dans un rapport sur les aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire issu d'une concertation entre le Conseil national de l'Ordre et des médecins exerçant en prison [16].

« Les détenus sont des personnes comme les autres : ils ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination, ni en raison de leur détention ou de ses causes, ni en raison de leur marginalité. Au contraire, en tant qu'individus privés de liberté, ils doivent faire l'objet d'une attention spéciale, notamment si le médecin constate des sévices ou des mauvais traitements. [...] Les détenus — malades plus particulièrement, mais aussi ceux qui n'ont pas d'atteinte pathologique caractérisée — doivent pouvoir être suivis ou médicalement pris en charge aussi bien que d'autres personnes et bénéficier de mesures de prévention ou d'hygiène générale. [...] Le consentement du détenu aux soins est indispensable comme ailleurs, peut-être plus qu'ailleurs, pour éviter d'ajouter une contrainte

supplémentaire. [...] Le secret médical, d'intérêt public et privé, n'a aucune raison d'être moins respecté en milieu pénitentiaire, au contraire. [...]»

Les médecins doivent quant à eux observer les règles de la profession relatives notamment à l'indépendance, au secret professionnel, à la liberté de prescription, à l'information du patient et au recueil de son consentement.

L'application de ces principes ne va pas sans poser aux médecins des UCSA quelques difficultés, évoquées notamment sur le site internet du Collège des soignants en prison (www.penitentiaire.com).

- La non-discrimination qu'ils observent dans la prise en charge de leurs patients, dont ils ignorent le motif d'incarcération, est parfois source de tensions avec les professionnels de surveillance, dont certains estiment qu'ils sont mieux soignés que la population générale.

- Le contingentement des extractions peut les amener, on l'a vu, à sélectionner de fait parmi leurs patients ceux qui bénéficieront en priorité de la prise en charge hospitalière dont ils ont besoin.

- La détention en quartier disciplinaire, sanction du prétoire (tribunal interne siégeant en cas de conflit grave avec un surveillant), constitue pour certains médecins une atteinte à l'intégrité mentale et à la dignité des personnes détenues, et la visite bihebdomadaire qu'ils ont l'obligation d'effectuer dans ce cas leur apparaît comme une caution apportée à l'administration pénitentiaire.

Par ailleurs, certains praticiens considèrent que les médecins des UCSA eux-mêmes doivent rester vigilants pour éviter la suradaptation au milieu pénitentiaire.

- En matière de secret médical par exemple, l'ancienne pratique des consultations en présence d'un surveillant en dehors de tout contexte de dangerosité persiste dans plusieurs établissements. De même, les demandes de consultation des personnes détenues, si elles sont le plus souvent remises au personnel infirmier ou déposées dans des boîtes relevées par celui-ci, transitent encore par les surveillants sur certains sites.

- Il arrive également que le dossier médical d'une personne transférée parvienne au médecin sous pochette plastique transparente, avec le diagnostic figurant en première de couverture.

- Par ailleurs, si l'ensemble des actes et des prescriptions est porté sur le papier à en-tête du centre hospitalier, les coordonnées de l'établissement pénitentiaire y figurent aussi quelquefois. Cette pratique peut être préjudiciable aux personnes détenues à leur sortie, en particulier aux prévenus dont certains bénéficieront d'un non-lieu, et on peut considérer qu'elle constitue une violation du secret professionnel. Le cachet du praticien ou le numéro de l'unité devraient suffire à assurer la traçabilité des actes et des prescriptions.

Certains remarquent enfin qu'en prison, les maladies n'appartiennent pas aux malades, mais aux médecins. L'avis des praticiens sur les besoins des patients n'est pas nourri par l'expression des besoins de ceux-ci, et

aucune association de patients ne joue, comme en milieu libre, le rôle d'interlocuteur avec lequel s'instaurent des échanges sur les modalités de prise en charge des pathologies. Le patient ne peut pas discuter son traitement, voire changer de praticien s'il l'estime nécessaire. L'expression du consentement aux soins devient alors une faculté toute relative, et la liberté de la personne détenue se résume au refus de soins. En prison, l'UCSA est l'unique interlocuteur de la santé des personnes détenues, c'est, selon l'expression du D^r Philippe Griguère³, « une instance maternelle dans une structure paternelle dure », qui doit sans cesse veiller à ne pas devenir une mère abusive. #

3. Médecin responsable de l'UCSA du centre pénitentiaire de Château-Thierry.