

La prise en charge sanitaire

Les UCSA ont permis une amélioration quantitative et qualitative de l'accès aux soins des détenus ; des difficultés persistent cependant au niveau de la permanence des soins, insuffisamment assurée. La faible répartition de l'offre de soins psychiatriques spécialisés (26 SMPR) pose problème alors que la population incarcérée présente de nombreuses pathologies mentales.

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

Les données les plus récentes sur l'activité des UCSA émanent de l'enquête de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sur l'activité des établissements de santé auprès des personnes détenues, effectuée durant le premier trimestre 1997 [17]. La population pénale écrouée au 1^{er} février 1997 dans les établissements pénitentiaires concernés par la réforme¹ était de 43 226 personnes détenues.

Données d'activité

Cette enquête n'a pas été renouvelée depuis 1997, on ignore donc si les moyens supplémentaires qui ont été attribués depuis ont permis de réduire les disparités constatées entre les régions, s'ils ont effectivement permis aux UCSA de renforcer leur activité, et s'ils sont maintenant suffisants au regard des besoins.

Au cours du premier trimestre 1997, 153 285 consultations de médecins généralistes, spécialistes et chirurgiens dentistes ont été dispensées pendant les horaires de présence médicale prévus par le protocole (tableau 1).

Les consultations de suivi ou demandées par les personnes détenues représentaient la part la plus importante de l'activité de médecine générale des UCSA (tableau 2).

Les consultations de spécialistes (non psychiatres) hors UCSA s'élevaient (sur les trois mois d'enquête) à

9 267, dont 95 % en milieu hospitalier, le recours au cabinet libéral restant exceptionnel.

Les soins ou interventions en psychiatrie ambulatoire s'élevaient à 76 690 (tableau 3), les 26 établissements dotés de SMPR concentrant la majorité de l'activité en psychiatrie du parc pénitentiaire.

Par extrapolation, on peut estimer que le nombre annuel de consultations par détenu s'élevait en 1997 à 10,12 pour les généralistes (visites obligatoires comprises) et 2,26 pour les spécialistes (psychiatres inclus).

À titre de comparaison, l'enquête Credes santé et protection sociale (ESPS) 2000 permet d'estimer qu'en population générale le nombre de séances par personne et par an s'établit à 3,96 pour les généralistes et 2,64 pour les spécialistes.

Les soins en milieu pénitentiaire

La visite médicale d'entrée

Prévue par l'article D 285 du Code de procédure pénale, elle doit être effectuée dans les délais les plus brefs et a pour objectif principal de « déceler toute affection de nature contagieuse ou évolutive qui nécessiterait des mesures d'isolement ou des soins urgents ». Elle est la seule visite obligatoire au cours de la détention, à l'exception toutefois de la visite bihebdomadaire en quartier disciplinaire et en quartier d'isolement, et du suivi des grévistes de la faim.

Elle permet également de réaliser un premier bilan de l'état de santé, des risques somatiques et psychologiques potentiels afin d'organiser une prise en charge

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

1. C'est-à-dire hors les établissements du Programme 13 000, qui rejoindront le dispositif en 2001.

sur des bases documentées des demandes ultérieures de la personne détenue ou des professionnels de surveillance.

Le dossier médical est constitué par l'infirmier(ère) au cours d'un entretien comportant la recherche des antécédents et des pathologies en cours de traitement, l'approche du vécu psychologique de l'incarcération, la prise de mesures biométriques et biologiques (poids, taille, pression artérielle, recherche d'albuminurie, de glycosurie, de cétonurie). Suivent une visite médicale et un bilan dentaire. Dans les deux jours est réalisée la radiographie pulmonaire de dépistage de la tuberculose. La recherche de syphilis a été abandonnée en juillet 2001.

Le dépistage du VIH et des hépatites, la vaccination contre l'hépatite B sont proposés, et une information est délivrée sur les modes de transmission des virus, les moyens de prévention et les traitements possibles en cas de pathologie déclarée. Les dépistages sont réalisés par les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ou par l'UCSA.

D'après le Dr François Moreau², « cette visite est fondamentale dans la prise en charge médico-sanitaire des détenus ; de ce premier contact avec le service médical hospitalier dépendra souvent la qualité des relations et du niveau de confiance avec le détenu. Le service médical est, pour le nouvel incarcéré, le premier interlocuteur institutionnel [...] qui ne relève ni du judiciaire ni du pénitentiaire ».

La visite d'entrée n'est obligatoire que pour les personnes venant du milieu libre, mais certaines UCSA voient également systématiquement les personnes transférées depuis d'autres établissements.

Le décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 a prévu la mise en place d'un recueil de données épidémiologiques lors de la visite d'entrée. Il a été répondu à cette obligation par une enquête périodique sur la santé des entrants (cf. page 23).

L'accès aux médicaments

Dans ce domaine, les progrès apportés par la réforme sont importants.

La situation antérieure [6] se caractérisait par une organisation incompatible avec une réelle sécurité sanitaire : approvisionnement et gestion des stocks déficitaires en raison d'un manque de professionnalisation (peu de pharmaciens et de préparateurs), mode de prescription et de distribution inapproprié (manque de contrôle et absence de réexamen des prescriptions, mise en solution des médicaments pour plusieurs jours par les détenus, dans des fioles distribuées par les surveillants).

L'approvisionnement en médicaments et la gestion des stocks sont maintenant assurés par l'hôpital. Une vérification des contre-indications et de l'absence d'interférences est effectuée par le pharmacien. Quelques

tableau 1

Consultations somatiques dans les UCSA, premier trimestre 1997

Type de consultation	Nombre	Proportion du total	Ratio par détenu	Nombre par ETPR*
Généralistes	109 504	71 %	2,53	1080
Spécialistes	12 344	8 %	0,28	424
Dentistes	31 437	21 %	0,73	613

* Équivalent temps plein rémunéré.

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

tableau 2

Activité de médecine générale dans les UCSA, premier trimestre 1997

Consultations sur demande et de suivi	69 %
Visites médicales d'entrée	20 %
Visites au quartier disciplinaire	6 %
Visites au quartier d'isolement	4 %
Visites aux grévistes de la faim	1 %

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

tableau 3

Prise en charge psychiatrique ambulatoire, premier trimestre 1997

SMPR	Antennes SMPR	Secteurs (à l'UCSA)	Total	Ratio par détenu
49 443	6 422	20 825	76 690	1,77

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

problèmes d'information mutuelle se posent cependant dans certains des établissements dotés à la fois d'une UCSA et d'un SMPR.

Les UCSA disposent dans leurs locaux d'armoires sécurisées accessibles au seul personnel soignant (une pharmacie « familiale » reste accessible à l'extérieur de l'UCSA quand celle-ci est fermée).

Les médicaments sont distribués sous leur forme galénique et uniquement par le personnel infirmier.

Selon les établissements, la politique de distribution varie.

Dans certains établissements, le personnel infirmier, accompagné d'un surveillant, fait quotidiennement le tour des cellules pour distribuer les médicaments à chaque patient. Cette solution est très consommatrice de temps infirmier et selon certains médecins responsables, n'apporte pas les effets attendus en termes de contact avec les patients.

La distribution au patient de son traitement pour plusieurs jours, à l'UCSA ou en cellule, est pratiquée dans de nombreux établissements, afin de créer une démarche de responsabilisation. Celle-ci suppose que le patient soit effectivement en mesure de gérer son traitement. À la maison d'arrêt de Nantes, par exemple, les patients toxicomanes, illettrés ou à tendance suicidaire,

2. Médecin des UCSA des maisons d'arrêt de Bois-d'Arcy et de Versailles.

pour des raisons de sécurité, reçoivent leur traitement sur une base quotidienne à l'UCSA.

La dépense moyenne par détenu et par jour, d'après une estimation de l'Igas, est passée de 2,69 F (0,50 euro³) en 1990 à 6,20 F (0,99 euro³) en 1999.

Les soins dentaires

L'accès aux soins dentaires représente un des motifs de réclamation les plus souvent présentés à l'Igas par les personnes détenues. Les soins dentaires jouent en effet un rôle très important en milieu carcéral car ils représentent un soin esthétique symbolique pour les personnes détenues, une aide à la restauration de l'image de soi.

Les personnes détenues, on l'a vu, présentent souvent à leur incarcération un état bucco-dentaire médiocre en raison de la consommation fréquente d'opiacées et de conditions de vie précaires.

Le bilan effectué par la DHOS en 1997 [17] montrait que, selon les établissements, le délai d'attente allait de une à deux semaines à un mois.

La moyenne nationale était de 0,73 consultation par détenu sur trois mois.

L'accès des détenus aux soins conservateurs ne pose pas de problèmes particuliers, bien que le tarif de responsabilité leur laisse une part des dépenses. Les prothèses hors nomenclature, en revanche, restent entièrement à leur charge, obstacle financier important que la mise en place de la CMU complémentaire devrait permettre de surmonter prochainement pour les détenus indigents. Le recours au service de santé des armées permet également à certaines UCSA de contourner ces difficultés.

Les conditions d'hygiène dans les cabinets dentaires, primordiales si l'on considère la prévalence de maladies comme l'hépatite C dans la population carcérale, ne sont pas toujours satisfaisantes (ce sont les détenus qui assurent, contre une faible rémunération, l'entretien de l'UCSA comme du reste de l'établissement). Aux Baumettes, qui reçoivent 45 patients par jour pour soins dentaires, deux des trois cabinets ont été fermés par la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales pendant un an en raison de problèmes d'hygiène, allongeant de façon critique la liste d'attente pour le seul cabinet disponible.

Les consultations spécialisées

En 1997, sur trois mois, plus de 12 300 consultations spécialisées avaient été délivrées au sein des UCSA, soit 57 % de l'ensemble du total des consultations de spécialité. La moyenne nationale était en 1997 de 0,28 consultation somatique par détenu sur trois mois. La moitié des régions sanitaires assuraient entre 15 et 30 consultations pour 100 détenus.

Dans les établissements où les effectifs n'appellent pas des consultations de spécialité sur une base régu-

lière, et dans ceux où les vacations de spécialité ne sont pas pourvues, la réponse aux besoins s'effectue par le recours aux consultations spécialisées de l'établissement de santé.

Entre 1997 et 2000, les consultations spécialisées réalisées en milieu hospitalier sont ainsi passées de 37 118 à 45 155, contribuant majoritairement en volume au recours à l'hôpital.

Ce développement, s'il témoigne de la recherche d'un niveau et d'une qualité des soins équivalents à ceux dispensés en milieu libre, est aussi le signe de la difficulté que rencontrent les UCSA pour faire venir les praticiens hospitaliers à l'UCSA ou recruter des spécialistes sur vacations.

Le développement de la télé-médecine, qui permettrait de contenir pour certaines disciplines le nombre de transferts sous surveillance vers l'hôpital, est en cours d'expérimentation sur 14 sites pénitentiaires. Cette solution a ses partisans, qui considèrent qu'elle rendrait bien des services aux UCSA des établissements implantés loin de l'hôpital « de proximité », qui peuvent être amenés à limiter de fait l'accès aux soins compte tenu des difficultés liées aux transferts. Elle a aussi ses détracteurs, qui estiment que la télé-médecine n'est pas favorable au patient dans la mesure où elle le prive de la possibilité d'un deuxième examen clinique, et que la notion d'éloignement géographique dans un pays comme le nôtre peut être discutée.

La prise en charge psychiatrique

La prise en charge par le service public hospitalier des soins psychiatriques aux personnes détenues a débuté en 1986 avec la création des SMPR⁴ et s'est poursuivie avec la réforme de 1994, qui a instauré un dispositif mixte avec deux niveaux de soins :

- les soins courants sont assurés à l'UCSA le plus souvent par l'équipe du secteur de psychiatrie générale locale, mais aussi par des psychiatres vacataires ;
- les soins plus spécialisés sont dispensés dans les 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) majoritairement installés dans de grandes maisons d'arrêt. Leur compétence s'étend aux patients issus des autres établissements pénitentiaires relevant du même secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Les SMPR sont notamment en charge de l'hospitalisation avec consentement du patient. Ils assurent également les soins courants dans l'établissement pénitentiaire où ils sont implantés.

Seules les hospitalisations d'office ont lieu en milieu hospitalier, dans les établissements habilités à recevoir les malades hospitalisés sous contrainte.

Sauf cas exceptionnels (personnes condamnées pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur de quinze ans

4. Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique et arrêté du 14 décembre 1986 modifié relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux.

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

Le dossier médical : une gestion difficile

La gestion du « voyage » du dossier médical des patients pose d'épineux problèmes d'organisation aux UCSA.

Quand le patient quitte la prison pour le milieu libre, s'il passe par l'UCSA, une copie des éléments importants de son dossier lui est remise ou est envoyée à son médecin traitant s'il en fait la demande.

Quand le patient est transféré

dans un autre établissement pénitentiaire, son dossier lui est remis (si l'UCSA est informée à temps de son transfert) ou est transmis à l'UCSA de l'établissement de destination. Cette règle souffre cependant quelques exceptions, certaines UCSA conservant le dossier du patient et ne transmettant que les photocopies du dernier bilan, privant ainsi l'UCSA suivante d'informations importantes

sur les antécédents pathologiques du patient.

En termes d'archivage, le dossier du patient est traité comme celui de tous les patients de l'établissement de santé. L'UCSA procède à un archivage provisoire (deux à trois ans) des dossiers, puis les envoie à l'établissement de santé qui l'archive selon ses propres procédures. #

ou moins précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie), les personnes susceptibles de nécessiter un suivi médical ou psychologique ne sont pas systématiquement orientées vers les établissements disposant d'un SMPR. En effet, le jugement et l'incarcération s'effectuent dans le département où a été commise l'infraction, département qui ne dispose pas toujours d'un SMPR. Cette approche géographique est lourde de conséquences pour la prise en charge des personnes détenues présentant des pathologies psychiatriques.

L'enquête 1997 de la DHOS relevait en effet d'importantes disparités entre les SMPR d'une part, mais surtout entre les sites pourvus d'un SMPR et les autres. Les moyens en effectifs rémunérés allaient de 1 à 4

entre deux régions sanitaires métropolitaines pourvues de SMPR et de 1 à 24 entre la région pourvue de SMPR la mieux dotée et la région dépourvue la moins bien dotée.

L'igas souligne par ailleurs que les SMPR étant considérés comme recours pour les cas lourds relevant des établissements pénitentiaires de leur secteur, ils concentrent une grande partie des moyens (77 % des temps de psychiatrie et 79 % des temps non médicaux). Cependant, ils répondent avant tout aux besoins de leurs établissements pénitentiaires d'implantation — qui n'hébergent que 40 % de la population pénale — et beaucoup moins à ceux des établissements de leur secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, dont certains sont d'ailleurs souvent géographiquement éloignés. Ainsi,

Extrait de *Monte-Cristo* : journal des détenus des Baumettes

Monte-Cristo, journal du Centre de ressources multimédia des Baumettes, est réalisé par des détenus. Un entretien avec le D^r Anne Galinier, médecin chef de la prison, a été publié en novembre 2001 et réactualisé en novembre 2003 dans l'extrait reproduit ici.

Pour répondre à quelques-unes de nos préoccupations, pour être mieux informés sur nos droits et comprendre comment les soins sont dispensés en détention, nous avons rencontré le D^r Galinier, médecin chef aux Baumettes, qui a courtoisement accepté de répondre à nos questions. Cependant nous avons volontairement écarté les sujets concernant l'alcool et la drogue. Nous envisagerons éventuellement d'en parler dans un prochain numéro.

Monte-Cristo : Pour entamer notre débat nous souhaiterions vous entretenir sur l'hygiène. Les douches ainsi qu'un grand nombre de locaux sont insalubres alors que la majorité des détenus s'emploient à maintenir propre

leur cellule. En tant que responsable de la santé, avez-vous une influence auprès de l'administration pénitentiaire pour améliorer l'hygiène ?

D^r Galinier : Aucune ! Nous ne sommes absolument pas en charge de l'hygiène. Nous n'avons même pas à entrer dans les douches et nous n'avons pas à intervenir sur leur fréquence ou sur la température de l'eau, même si nous savons qu'elle est trop chaude et que cela provoque des décapages de la peau. Nous n'avons pas droit au chapitre !

M.-C. : Comment sommes-nous couverts par la Sécurité sociale ?

D^r Galinier : Vous et vos ayants droit, même pendant un an après votre libération, êtes pris en charge à 100 % dans le cas des personnes âgées ou gravement malades, et à 70 % pour les autres. Le complément des 30 % reste à la charge de la pénitentiaire.

M.-C. : Et pour les soins particuliers tels que l'optique, le dentiste, etc. ?

D^r Galinier : Tel qu'à l'extérieur, on se retrouve devant l'absence d'une bonne couverture sociale. Pour l'optique, soit le détenu a des moyens pour acheter ses verres et sa monture auquel

le nombre de personnes transférées pour soins vers leur SMPR de rattachement est passé de 597 en 1997 à 317 en 1999, d'autant que les équipes médicales des SMPR, à l'exception des grands établissements comme Fresnes ou les Baumettes, n'assurent pas de permanence de nuit, ce qui aboutit de fait à généraliser le système des hospitalisations de jour.

Par exemple, la maison centrale de Château-Thierry, dont un quart des 70 détenus est psychotique, rencontre de grandes difficultés dans leur prise en charge ; le SMPR de Nice est trop éloigné de la maison d'arrêt de Borgo ou du centre de détention de Casabianda (qui accueille pourtant nombre de délinquants sexuels) pour leur apporter un réel soutien.

Ainsi, le dispositif mixte de prise en charge psychiatrique instauré par la réforme crée des disparités importantes dans la prise en charge des personnes détenues. Selon que l'établissement dispose d'une permanence psychiatrique sur place avec l'un des 26 SMPR, qu'il bénéficie de l'intervention effective du secteur psychiatrique ou qu'il doit faire appel à des vacations de psychiatre, le niveau de prise en charge est très variable. Ainsi, les SMPR étant majoritairement installés en maison d'arrêt, les patients en établissements pour peine qui ont les plus grands besoins en soins psychiatriques spécialisés sont-ils aussi ceux qui y ont le moins facilement accès.

La prise en charge des addictions

La prise en charge de l'alcoolisme et des toxicomanies

relève des SMPR dans les établissements qui en sont dotés et sur les autres sites de multiples intervenants coordonnés par l'UCSA : antennes spécialisées des SMPR, secteurs de psychiatrie générale, partenaires sanitaires et sociaux extérieurs.

Une note interministérielle du 9 août 2001⁵ vise à coordonner les services internes et externes, notamment pour le repérage des situations d'abus et de dépendance. Un responsable de projet doit être choisi au sein de l'UCSA ou du service psychiatrique pour mettre en place une organisation répondant à un cahier des charges DGS-DHOS-DAP. Selon la DHOS, 50 % des responsables sont actuellement désignés.

On ne compte que 4 antennes de centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en milieu carcéral et très peu d'interventions de CCAA extérieurs dans les autres établissements [18].

Le dispositif développé a en effet principalement porté sur les drogues illicites (16 centres spécialisés de soins aux toxicomanes, CSST, ex-antennes pénitentiaires, 57 établissements dans lesquels interviennent des CSST extérieurs).

L'enquête un jour donnée sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire réalisée en décembre

5. Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2001 sur les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

Monte-Cristo

cas il les paye, soit il est considéré comme indigent (l'indigence telle que définie dans le règlement, c'est moins de 300 F sur le compte les trois derniers mois) et dans ce cas les lunettes sont prises en charge à 100 % par la pénitentiaire (verres et montures simples et avec un délai actuel de deux mois). Pour les dents, les soins tels que caries, détartrages, prothèses sommaires sont couverts à 70 % par la Sécurité sociale et 30 % par la pénitentiaire. Cependant les prothèses de bonne qualité restent à la charge du détenu.

M.-C. : On entend dire que le cabinet dentaire et son matériel laisseraient largement à désirer.

D' Galinier : Les fauteuils et leurs accessoires sont neufs de l'année et sont encore sous garantie. Il y a un fauteuil au bâtiment A et B, ainsi qu'à la maison d'arrêt des femmes. Il n'y en a pas au bâtiment D faute de locaux disponibles. Cependant la radio tombe parfois en panne, les détartrages ne sont pas toujours parfaits et il y a surtout le petit matériel dont nous attendons le renouvellement suite aux nouvelles normes de stérilisation en vigueur.

Novembre 2003. Les cabinets dentaires ont été en réparation pendant 18 mois et nous travaillons encore à ce jour en mode dégradé. Les cabinets ont été entièrement refaits aux normes d'hygiène et de sécurité 2003, le matériel est

stérilisé à la stérilisation centrale de Sainte-Marguerite tous les jours et est sous double emballage stérile, avec mise en place de la traçabilité dès la stérilisation. Nous avons demandé, pour améliorer encore la qualité des soins, des assistantes dentaires qui pourraient aider le dentiste au fauteuil, gérer les rendez-vous et le matériel. Cette demande a été prise en compte par l'Assistance publique et les personnels sont en cours de recrutement.

M.-C. : Existe-t-il une discrimination envers les détenus de la part des différents services médicaux ?

D' Galinier : La prise en charge des prisonniers reste toujours du domaine de l'*a priori* personnel. Au sein de l'Assistance publique ou des services hospitaliers, il peut effectivement exister des *a priori* négatifs vis-à-vis de la prise en charge des détenus. Donc nous essayons de sélectionner des équipes médicales qui ne font pas de différence entre les patients libres ou détenus.

M.-C. : Ils ont oublié leur serment d'Hippocrate ! !

D' Galinier : Certains sûrement, mais globalement l'Assistance publique répond à notre demande, sachant que c'est à nous de défendre nos besoins.

M.-C. : Cependant les détenus se plaignent de ne pouvoir

2001 par la DHOS et la DGS auprès des UCSA montre une augmentation de la part des personnes sous substitution au moment de l'incarcération : 12,4 % en 2001 contre 5,8 % en 1999, année de la précédente enquête, et une augmentation du nombre de personnes détenues bénéficiant d'un traitement de substitution : 5,4 % en 2001 contre 3,3 % en 1999. Le Subutex® est plus largement utilisé que la méthadone et concerne 85,6 % de ces traitements. Le nombre d'UCSA qui ne pratiquent pas de substitution diminue sensiblement (34 en 1999, 19 en 2001 — en majorité des établissements d'effectifs inférieurs à 100). L'évolution la plus remarquable concerne les interruptions de traitement de substitution lors de l'incarcération, qui sont passées de 19 % en 1999 à 5,5 % en 2001 [19].

Les transferts de détenus toxicomanes sous traitement de substitution vers des établissements où celle-ci n'est pas pratiquée posent au sein même de l'institution pénitentiaire, au-delà du défaut de soins qui pourrait éventuellement susciter un contentieux, la question de la mise en cohérence des politiques officiellement poursuivies.

La prise en charge du VIH et des hépatites

Dans les établissements pénitentiaires particulièrement confrontés à l'infection par le VIH (en particulier Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, départements d'outre-mer), la prise en charge est assurée sur place par des médecins relevant des CISIH en lien avec les médecins de l'UCSA. Dans les autres établissements,

les patients sont pris en charge par les praticiens des UCSA ou adressés en consultation spécialisée.

L'Igas, se fondant sur une enquête DHOS de 1997 auprès d'un échantillon de 46 établissements, estime que la prise en charge du VIH en prison est satisfaisante, et que l'accès aux traitements antirétroviraux est similaire à celui qui existe en milieu libre, rappelant toutefois que les conditions de vie en milieu carcéral (promiscuité, carences de l'hygiène) et les transferts entre établissements sont des facteurs péjoratifs dans la prise en charge optimale des patients séropositifs ou atteints du sida.

S'agissant du traitement de l'hépatite C, en revanche, l'Igas, citant l'enquête un jour donnée réalisée par la Drees en 2000, souligne que seulement 17,6 % de patients séropositifs ont réalisé une ponction biopsie hépatique (PBH), et attribue ce décalage d'une part au faible pourcentage d'UCSA disposant de consultations d'hépatologie (44 %), d'autre part au nombre insuffisant d'extractions — en 1999, l'UCSA des Baumettes indiquait avoir dû annuler pour cette raison 50 % des PBH initialement prévues. En revanche, d'après l'enquête réalisée en 2000 par le Réseau hépatites, la prise en charge les patients incarcérés qui ont réalisé une PBH se fait dans des conditions très semblables à celles du milieu libre (41 % bénéficient d'un traitement par interféron et/ou ribavirine) [20].

La permanence des soins

Le médecin responsable de l'UCSA doit organiser les

être traités en urgence, tenant compte de la douleur que provoque le mal aux dents.

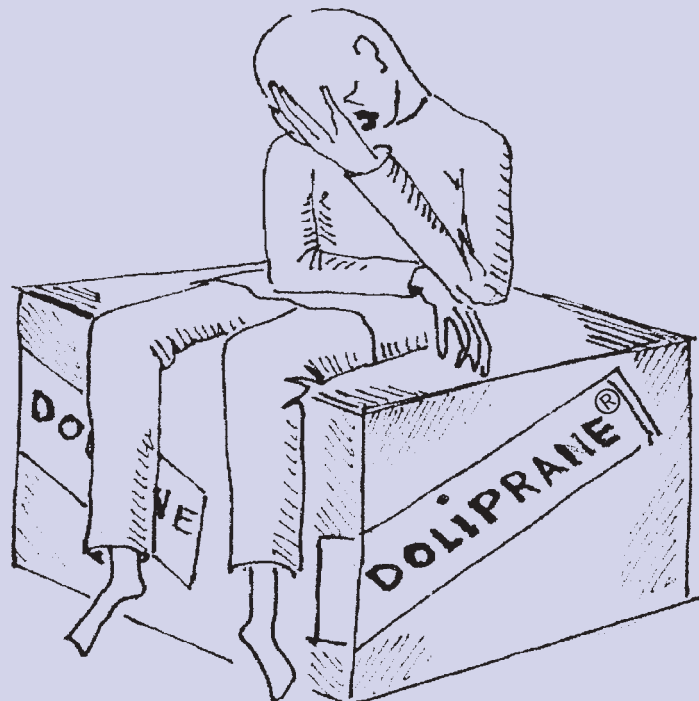
D' Galinier : Il faut tout traiter en urgence ! Et quand on a 1 500 détenus c'est impossible ; manque de place ! C'est pourquoi il est recommandé de faire une visite annuelle à titre préventif (d'autant que l'on sait que la prise de drogue ou de méthadone est toxique pour les dents).

M.-C. : Et pour la douleur ? Il est essentiellement distribué du Doliprane®, ce n'est pas suffisant !

D' Galinier : Le traitement de la douleur est médical. Donc quand vous allez voir l'infirmière, elle peut répondre à votre douleur soit par un antalgique paracétamol (Doliprane®) ou vous proposer un rendez-vous chez le médecin.

M.-C. : Et dans l'attente de la visite chez le médecin, pour une douleur plus violente, les infirmières ont-elles la possibilité de donner quelque chose de plus fort ?

D' Galinier : Les dentistes ont établi un protocole que les infirmières respectent, elles peuvent suivant leur perception de la douleur donner de l'Advil®. Mais elles sont aussi responsables des overdoses, des médicaments détournés et de ceux qui au lieu d'être absorbés sont sniffés ou fumés. La relation de confiance est prépondérante.



Dessin extrait de Monte-Cristo n° 6.

modalités de recours à un médecin en cas d'urgence, et les consigner dans un document à disposition du personnel pénitentiaire.

Pendant la période de présence de l'équipe hospitalière, les urgences sont assurées par les médecins et les infirmières selon un protocole remis à l'administration pénitentiaire.

Hors de cette période, c'est-à-dire la nuit, les week-ends et jours fériés, seuls les plus grands établissements comme La Santé, Fresnes, Lyon, Fleury-Mérogis bénéficient d'une garde médicale sur place ou d'une astreinte spécifique.

Dans les autres sites, le problème de la permanence des soins se pose de façon récurrente pour les urgences.

En ce qui concerne la régulation des appels, le centre 15 doit obligatoirement être contacté en cas d'urgence vitale. Dans les autres cas, la régulation est préférentiellement confiée au centre 15, mais peut aussi reposer sur d'autres dispositifs en mesure de déclencher l'intervention.

La réponse aux demandes d'intervention de l'établissement pénitentiaire doit être assurée par le service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) de l'hôpital pour les urgences vitales. Les urgences de médecine générale relèvent d'autres systèmes qui doivent être prévus localement par convention : système de garde libéral, urgentistes libéraux de type SOS médecins.

Ces dispositions, dont la mise en œuvre pose pro-

blème, ont été rappelées aux ARH par note DHOS du 6 mars 2002.

En 1997, 44 % des établissements, correspondant à 52 % de la population pénale, avaient recours au système hospitalier ; les autres faisaient appel au système libéral. Rapportée à la population pénale, le nombre de consultations au titre de la permanence des soins était de 8 pour 100 détenus, en moyenne nationale sur trois mois [6].

Les responsables des UCSA indiquent qu'il devient de plus en plus difficile d'obtenir l'intervention des dispositifs de garde libéraux. En effet, ces dispositifs ne sont plus généralisés, comme en témoigne la montée en charge du recours aux urgences hospitalières par la population générale. Les consultations relevant de la permanence des soins tendent donc à être dirigées systématiquement vers le service d'accueil des urgences de l'hôpital. Cette situation génère une surcharge d'activité pour l'administration pénitentiaire et les forces de sécurité, et crée une situation d'insécurité et de danger pour les personnels et les usagers de l'hôpital.

Dans tous les cas, la permanence des soins en urgence présente deux difficultés importantes : pour le personnel pénitentiaire, premier interlocuteur de la personne détenue, il s'agit de savoir s'il doit ou non donner l'alerte. Le médecin, quant à lui, aurait besoin du dossier médical de la personne concernée, dossier auquel le surveillant n'a naturellement pas accès.

On peut penser qu'une astreinte répartie entre l'en-

Monte-Cristo

M.-C. : Nous vous écoutons avec un grand intérêt, mais nous pouvons penser que dans la pratique les choses sont différentes. Et quels sont les délais pour les spécialistes ?

D' Galinier : Ils sont différents. Certains consultent ici et le délai peut aller de quinze jours à un mois ; pour les consultations à l'extérieur, il y a des demandes pour lesquelles nous n'avons pas de problèmes pour obtenir un rendez-vous, mais nous n'avons pas de la place avec l'escorte. Et on peut attendre une place avec l'escorte durant trois semaines ! Pour d'autres spécialistes, il peut y avoir deux à trois mois d'attente. Il faut savoir que certains rendez-vous sont très rares, si on les décommande trop souvent parce que le patient ne vient pas, il est allé à un parloir, nous perdons notre crédibilité auprès de ces spécialistes qui nous disent : « Attendez, les Baumettes, vous prenez des rendez-vous et il n'y en a que la moitié qui viennent ! » Donc ensuite ils ne sont plus motivés pour nous donner rapidement des rendez-vous.

Novembre 2003. La crise médicale est actuellement à son début mais déjà nous la ressentons au niveau de l'hôpital. Les médecins sont moins nombreux, la mise en place des 35 heures et des repos de sécurité conformément aux directives européennes a réduit le nombre de consultations. Ainsi, comme pour les malades en milieu ouvert, les délais

d'attente sont désormais à deux mois pour une consultation extérieure. Heureusement la présence dans l'établissement de médecins à plein temps permet de répondre sans délais aux demandes de consultation comme auparavant.

M.-C. : Des détenus parlent tout de même de délais allant de deux à six mois. L'un nous a dit avoir attendu trois mois pour l'ophtalmo.

D' Galinier : Ce n'est pas vrai ! L'ophtalmo est là tous les quinze jours. Si la personne n'est pas allée à son rendez-vous, comme il y a beaucoup de demandes elle repart à la queue.

M.-C. : On a vraiment le sentiment que règne de l'incompréhension. Au niveau de la santé, pensez-vous que les choses soient faites de la même manière d'un bâtiment à l'autre ?

D' Galinier : Non, les choses ne sont pas faites de la même manière, c'est sûr. Au-delà de 350 détenus, nous n'arrivons plus à gérer la demande du patient ou de l'infirmière en temps réel. Exemple : au D l'infirmière peut dire au surveillant « appelle-moi le gars du 2^e étage », et ensuite le gars descend au A et au B c'est impossible ! Et plus particulièrement au A, parce que c'est une très grosse infirmerie avec beaucoup de passages et tous les services. On fonctionne par des billets qui sont rédigés par

semble des médecins du service auquel est rattachée l'UCSA permettrait au service public hospitalier de garantir à la fois la permanence des soins à la population carcérale, et la sécurité à ses autres usagers.

L'organisation de l'accueil et de la prise en charge par l'établissement de santé

L'UCSA organise, en liaison avec l'établissement de santé de proximité dont elle dépend, les consultations qui requièrent des installations absentes en milieu pénitentiaire ainsi que les hospitalisations urgentes ou programmées de moins de 48 heures. Au-delà, les personnes détenues sont adressées à l'établissement public national de santé de Fresnes (EPNSF).

Le recours à l'hôpital a augmenté de près d'un quart entre 1997 et 1998 et est resté relativement stable ensuite (tableau 4).

Le schéma national d'hospitalisation des détenus⁶, deuxième volet de la réforme de 1994, prévoit que les hospitalisations programmées supérieures à 48 heures (hors psychiatrie⁷) doivent être organisées dans huit unités hospitalières sécurisées inter-régionales (UHSI) (tableau 5). Dans sept inter-régions, elles seront implantées en centres hospitaliers universitaires

6. Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. JO du 31 août 2000.

7. La loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 prévoit la création de dix unités d'hospitalisation sécurisées de psychiatrie (UHSP) pour une capacité de 244 lits.

tableau 4

Évolution des extractions vers l'hôpital entre 1997 et 2000

	1997	1998	1999	2000	Évolution
Soins d'urgence	4 040	6 268	6 215	6 922	71 %
Consultations et hospitalisations de jour	37 118	45 342	45 744	45 155	22 %
Hospitalisations programmées	4 445	4 558	4 884	4 799	8 %
Total	45 603	56 168	56 843	56 876	25 %
Ratio pour 100 détenus	79	98	98	109	38 %

Source : direction de l'Administration pénitentiaire.

tableau 5

Implantation et capacité des UHSI

Implantation	Nombre de lits
Bordeaux	16
Lille	21
Lyon	23
Marseille	45
Nancy	17
Paris	146
Rennes	19
Toulouse	16
Total	303

les surveillants. Les billets partent par les surveillants plus ou moins motivés et qui, pouvant être dérangés dans leur tâche vont oublier et se rendre compte qu'ils ont les billets dans leur poche en repartant le soir, et après il sera impossible de rattraper les gars.

M.-C. : En rapport avec ce dysfonctionnement, ne pouvez vous pas intervenir auprès de l'administration pénitentiaire ?

D' Galinier : On essaye ! Depuis dix ans que je suis aux Baumettes, on essaye d'avoir une solution, mais on se heurte à des refus de la part de l'administration. Mais il y a aussi d'autres problèmes : le détenu peut perdre ou se faire voler son billet, il peut oublier sa convocation, le médecin peut avoir à déplacer le rendez-vous... Au bâtiment A, pour ne plus avoir de pertes dans les demandes de consultations, on a mis une boîte aux lettres dans laquelle les détenus déposent directement leurs demandes. Les surveillants ne ramassent plus les demandes avec le courrier. C'est une solution, elle n'est pas parfaite mais il y a déjà beaucoup moins de pertes.

M.-C. : Pourquoi la distribution des convocations ne peut-elle pas être faite par les infirmières ?

D' Galinier : Pour l'instant ça n'a pas été possible, la rédaction des billets et leur distribution sont réservées aux surveillants.

M.-C. : Pourtant les infirmières passent tous les jours dans les étages pour les traitements, cela devrait être possible de faire qu'elles distribuent également les billets !

D' Galinier : Oui bien sûr, mais encore faut-il qu'elles en aient le temps. Par exemple : dernièrement le surveillant qui accompagnait les infirmières est allé déjeuner au milieu de la distribution des médicaments. Donc il a fallu interrompre et revenir une heure après pour terminer.

M.-C. : Il semblerait que vous êtes tout le temps en rapport de force avec l'administration ?

D' Galinier : Non non, les rapports de force, c'est terminé ! C'est un rapport de consensus ; le rapport de force, on n'y arrive pas, ce n'est pas la peine. On essaye de faire comprendre que la santé c'est important, que c'est l'intérêt de tous et que les surveillants ont le devoir de répondre au service médical comme au service de la justice. C'est aussi important d'aller à l'infirmierie qu'au palais.

M.-C. : Nous vous interrompons, excusez-nous, il faut que vous sachiez que nous publierons ce que vous nous

(CHU), la huitième reposera sur un fonctionnement complémentaire entre l'EPNSF et une unité sécurisée implantée au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. La première UHSI devait ouvrir à Nancy en 2003.

La préparation du suivi sanitaire à la sortie

L'UCSA doit organiser le suivi médical à la sortie de la détention, en collaboration avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).

Elle n'est pas toujours en mesure de le faire. On pourrait en effet penser qu'une visite médicale est prévue dans le circuit de sortie des personnes prises en charge par l'UCSA ou le SMPR durant leur détention, mais il n'en est rien (seule la visite d'entrée est obligatoire).

Dans les maisons d'arrêt en particulier, la libération peut intervenir à tout moment sans information préalable de la personne détenue. Dans tous les cas, les personnes détenues ont deux heures pour quitter la prison après leur libération et l'administration pénitentiaire, qui au-delà serait responsable de détention abusive, veille à ce qu'il en soit ainsi.

Ces facteurs conjugués font que, d'après les praticiens, seuls 2 % de patients repassent par le service médical avant de quitter la prison.

Avec la visite médicale de sortie qui permettrait de faire le bilan de l'état de santé du patient au terme de sa détention et d'assurer la continuité des soins, le dispositif gagnerait pourtant beaucoup en cohérence et en lisibilité.

La coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé

Les actions de prévention en milieu pénitentiaire reposent sur les compétences et les financements de différents partenaires que l'UCSA doit coordonner : services de l'État, conseils généraux, comités d'éducation à la santé (Codes), organismes d'assurance maladie, réseaux et associations spécialisés...

Les actions de dépistage

Le dépistage du VIH est proposé lors de la visite d'entrée, puis effectué, si la personne incarcérée l'accepte (85 % de réponses positives à Bois-d'Arcy), dans des conditions généralement satisfaisantes. Cependant, l'Igas relève des difficultés liées à l'intervention des CDAG dans certains établissements, qui aboutissent, si l'UCSA ne prend pas le relais, à une quasi-absence de dépistage.

S'agissant de l'hépatite C, l'enquête du Réseau Hépatites citée par l'Igas indique que le dépistage ne serait proposé que dans 29 % des établissements.

En maison d'arrêt, les programmes de vaccination doivent prendre en compte la durée de détention. À Nantes, par exemple, le D^r Pierre-Yves Robert⁸ a mis en place un protocole accéléré de vaccination contre l'hépatite B (0, 7 jours et 21 jours) pour les incarcérations inférieures à trois mois. Les prélèvements

8. Médecin responsable de l'UCSA du centre pénitentiaire de Nantes.

Monte-Cristo

dites, cependant nous savons que tous propos critiquant l'administration sont censurés.

D^r Galinier : Mais... dans l'administration il y en a qui sont bien et qui comprennent. La difficulté réside aussi parfois d'un rapport entre personnes. Tel médecin avec tel surveillant, cela ne passe pas et alors on ne peut plus travailler.

M.-C. : Nous parlons de rapports entre les gens et de communication ; l'information qui est donnée aux arrivants ne pourrait-elle pas être améliorée ? Nous pensons à ceux qui ne savent pas lire : comment peuvent-ils prendre connaissance du règlement ? Une information vidéo ne serait-elle pas une solution ?

D^r Galinier : On a réfléchi à un système d'accueil vidéo, ce que vous dites serait très bien, et d'ailleurs je crois que l'administration pénitentiaire avait réalisé une cassette et je pense qu'elle était vue, mais ce n'est pas nous qui l'avons faite et donc je ne peux pas en dire plus.

M.-C. : Une projection dans une salle d'attente lorsqu'on est arrivant ne pourrait-elle pas être envisagée ?

D^r Galinier : Mettre des arrivants ensemble dans une pièce avec du matériel coûteux et fragile (télévision, magnétoscope), à voir dans quel état sont les salles d'attente, on sait très bien

qu'à la première frustration, par exemple, les appareils seront cassés. Il est donc impossible d'obtenir l'autorisation de mettre du matériel dans une salle.

M.-C. : Et utiliser régulièrement le canal 8 (interne) pour diffuser l'information et le règlement intérieur ?

D^r Galinier : Oui, c'est vrai que cela serait pas mal de pouvoir présenter l'info par ce canal, mais il ne marche pas bien, on ne peut pas s'en servir comme d'un outil fiable, cela ne pourrait être qu'un appoint.

M.-C. : Reste l'information orale par les infirmières. Mais tout ce que vous nous exposez nous laisse présumer que la communication, la compréhension demeurent des problèmes au détriment de la santé des détenus. L'amélioration du dialogue entre les services de la santé et ceux de l'administration pénitentiaire, est-ce une utopie d'y penser ?

D^r Galinier : Non, pas du tout ! Je suis arrivée aux Baumettes pour préparer et ensuite mettre en place la réforme de 1994. Cette réforme a apporté beaucoup de bien, comme la couverture sociale pour tous. Actuellement nous avons avec l'administration pénitentiaire des rencontres trimestrielles (comité de suivi) et établissons un rapport d'activité. Tous les médecins qui exer-

ultérieurs montrent une bonne prévalence du taux d'immunisation.

La clandestinité des pratiques pose par ailleurs des problèmes d'organisation de la réduction des risques. Les mesures de prévention (accès aux préservatifs, à l'eau de Javel) sont inégalement appliquées dans les établissements.

L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé reste difficile à mettre en œuvre en prison. Les conditions de vie qui y règnent font d'ailleurs que l'exercice relève de la gageure : manque d'hygiène, privation de l'intimité nécessaire à la satisfaction des besoins les plus élémentaires (toilettes et douches communes), dépendance totale vis-à-vis de l'institution dans la gestion du temps et des actes de la vie courante... Le contexte ne se prête guère à une démarche de responsabilisation des individus dans la prise en charge de leur santé.

Quand elles sont menées, les actions sont prioritairement fléchées vers les problèmes de santé liés aux comportements à risque : addictions, maladies sexuellement transmissibles. Elles sont menées en relation avec les CDAG, CSST, comités d'éducation pour la santé, conseils généraux et, au sein de l'institution, avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). Elles sont financées par l'État, les conseils généraux et même par certaines communes (à Marseille, par exemple). L'administration pénitentiaire à elle seule a attribué, en 2003, 1,5 million d'euros

de crédits à l'éducation pour la santé, qui relève de sa mission de réinsertion.

Quelques UCSA ont aussi mis en place des programmes développant une approche globale (par exemple à Bois-d'Arcy, actions de santé communautaire sur le thème « Corps et santé », ateliers d'observance thérapeutique, formation au secourisme des jeunes détenus) ou associant culture et santé (aux Baumettes, ateliers dessin sur la santé).

Mais d'une manière générale les UCSA ont peu développé leur mission d'éducation à la santé. La pauvreté des ressources locales en termes d'intervenants, l'éloignement de l'établissement pénitentiaire, la difficulté de coordonner de multiples intervenants sont parfois évoqués pour expliquer cette insuffisante activité. Mais l'argument le plus fréquent concerne la nécessité d'accorder la priorité au curatif sur le préventif en raison d'importantes contraintes de personnel, notamment paramédical.

Dans l'esprit des promoteurs de la réforme, la promotion de la santé devait constituer un axe fort de la réorganisation. Mais ils avaient sans doute sous-estimé la difficulté qu'éprouveraient des équipes de culture hospitalière à acquérir et maîtriser les savoir-faire nécessaires à la conduite de programmes d'éducation pour la santé. #

cent en prison sont fédérés en syndicats ou associations. Nous organisons également annuellement un congrès. Nous sommes un interlocuteur ministériel et nous participons à toutes les commissions de réflexion sur la santé des détenus.

M.-C. : On n'est pas abandonnés !

D' Galinier : Pas du tout ! Nous nous efforçons, également, pour que l'accès aux soins en détention soit équivalents quelle que soit la prison. On n'y arrive pas encore mais... Et il y a des projets tels que la construction de 45 lits dans le secteur de l'hôpital Nord. Il y a une volonté ministérielle nette d'améliorer la prise en charge des détenus, et une volonté de la part de l'administration pénitentiaire d'améliorer les conditions de détention, certes pour 2015 ! Mais il y a tout de même une avancée globale.

M.-C. : Une question plus personnelle, vous êtes « médecin femme » ; l'univers carcéral, et pendant dix ans, est-il difficile ?

D' Galinier : Il est vrai que moi je suis venue aux Baumettes dans une démarche un peu plus militante et j'ai trouvé intéressant de pouvoir permettre à l'hôpital de s'investir dans ce lieu, la prison, qu'il ne connaissait pas. Il y a dix ans, j'étais un peu plus agressée sur le plan de ma féminité, mais j'ai toujours été respectée. Je n'ai pas eu de problèmes particuliers du fait de

travailler dans un milieu d'hommes. C'est un travail intéressant, certains patients sont particulièrement difficiles, mais dehors aussi, certaines personnes peuvent être désagréables. Il ne faut pas idéaliser l'extérieur ! #

Si nous devons faire une conclusion nous écrivons : Si la loi de janvier 1994, rattachant les services de santé en milieu carcéral au régime hospitalier de droit commun, a apporté des améliorations notables, de nombreuses défaillances subsistent : délais d'attente souvent trop longs, soins rarement assurés la nuit ou le week-end, coordination difficile entre les services de santé et ceux de l'administration pénitentiaire... Cependant notre propre comportement induit aussi des difficultés. L'absence de respect envers le personnel médical, la détérioration du matériel ou du mobilier, le manque d'hygiène (nourriture jetée par les fenêtres, mégots de cigarette, crachats et même dans les salles d'attente) et plus généralement tout ce qui peut traduire un manque de civilité entraînent inévitablement de la déconsidération à notre égard et entrave la bonne volonté de certains. Si nous ne montrons pas, par l'exemple, notre dignité, comment la faire respecter ? Comment exiger davantage, ne serait-ce que nos droits ? #