

UNIVERSITE RENE DESCARTES
Faculté de Médecine, Paris 5

MASTER D'ETHIQUE MEDICALE
Directeur : Pr Christian Hervé
Année 2004-2005

**ENJEUX ETHIQUES DU MODE D'ACCES
AUX SOINS EN SITUATION D'ISOLEMENT**

SI PROCHE, SI LOIN

Difficultés d'accès aux soins spécialisés
en milieu pénitentiaire
Intérêt discuté des TIC pour les soignants

L. Bonnardot

Directeur de mémoire : Pr Christian Hervé

TABLE DES MATIERES

Table des matières.....	2
Liste des acronymes.....	7
Remerciements.....	8
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE.....	10
I. DU DROIT AUX SOINS A L'EQUITE D'ACCES AUX SOINS.....	10
1. Droit à la santé ou droit aux soins	
2. L'accès aux soins, charpentière du droit aux soins	
3. L'équité d'accès aux soins	
3.1 L'équité, un concept éthique	
3.2 « L'agir «éthique » ou le devoir d'agir du soignant	
4. La visée	
II. LE MILIEU PENITENTIAIRE.....	17
1. Un peu d'histoire (ANNEXE 1)	
1.1 La prison et l'évolution des peines	
1.1.1 La prison	
1.1.2 Le soin	
1.2 La santé en milieu pénitentiaire	
1.2.1 La difficile reconnaissance d'un droit aux soins	
1.2.2 De la réforme Amor à la loi du 18 janvier 1994	
2. La loi du 18 janvier 1994 et le principe d'équivalence	
2.1 La loi du 18 janvier 1994 : un accès aux soins« dedans comme dehors »	
2.2 L'équivalence des soins	
2.2.1 Une notion lourde de sens	
2.2.2 Equivalence, égalité et équité	
3. Les détenus aujourd'hui	
3.1 Prévenus et condamnés	
3.2 La santé des détenus : entre exclusions et précarité	
III. LE MILIEU ISOLE.....	30
1. Facteurs d'isolement	
2. Le milieu isolé géographiquement	
3. La pratique médicale en milieu isolé	
3.1 La pratique médicale	
3.2 L'immersion sociale	
3.3 La responsabilité ou l'éthique de la responsabilité	
4. L'isolement : un paradoxe et une réalité	
4.1 Un paradoxe	
4.2 Une réalité	

IV. LA TELEMEDECINE ET LES TIC.....38

1. Définitions

- 1.1 TIC : Technique ou technologie
- 1.2 Télémédecine et télésanté
- 1.3 Les applications de la télémédecine

2. Le concept de télémédecine

- 2.1 « Un concept qui n'a rien de nouveau »
- 2.2 Et pourtant

3. Enjeux de la télémédecine

- 3.1 L'accès aux soins pour tous
- 3.2 Une justification économique ?
- 3.3 Les limites de la télémédecine

CHAPITRE II : MATERIEL ET METHODE.....44

Objectif de recherche

Champ d'étude

I. PHASE I : LE TEMPS INFIRMIER.....45

- 1. Population ciblée
- 2. Outil d'évaluation : le questionnaire téléphonique

II. PHASE II : LE TEMPS MEDICAL.....46

- 1. Population ciblée
- 2. Outil d'évaluation : le questionnaire téléphonique
 - 2.1 Conception du questionnaire
 - 2.2 Composition du questionnaire
 - 2.3 Analyse statistique

CHAPITRE III : RESULTATS.....49

A. TEMPS INFIRMIER.....49

I. POPULATION

II. DEROULEMENT

III. PRESENTATION DES RESULTATS

- 1. Profil de l'UCSA
 - 1.1 Distance
 - 1.2 Effectif médecin
 - 1.2.1 Vacation en médecine générale
 - 1.2.2 Vacation de médecins spécialistes
 - 1.3 Effectif de détenus et nombre de places
 - 1.4 Extractions médicales
- 2. Accès aux soins
 - 2.1 Accès aux soins spécialisés
 - 2.2 Avis médical en urgence

3. Isolement
4. Difficultés principales
5. Internet et visioconférence

IV. SYNTHÈSE

B. TEMPS MEDICAL.....57

I. POPULATION

1. Médecin « généraliste » à l'UCSA
2. Médecin spécialiste consultant sur place
3. Profil de l'UCSA

II. DIFFICULTÉS DU SOIN EN PRISON

1. Difficultés de la pratique médicale
2. Isolement
 - 2.1 Sentiment d'isolement
 - 2.2 Lien entre UCSA et Hôpital
 - 2.3 Influence du milieu carcéral sur la pratique médicale

III. ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

1. Difficultés d'accès
2. Spécialités demandées
3. Délai consultations spécialisées
4. Avis téléphoniques
5. Consultations spécialisées : UCSA ou Hôpital
6. Les extractions médicales
7. Les spécialistes à l'UCSA

IV. TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

1. Le DMP
 - 1.1 Un besoin
 - 1.2 Le partage
 - 1.3 Le contenu
2. La télémédecine en temps différé
 - 2.1 Accès internet et guidelines
 - 2.2 Demande d'avis par email
3. Télémédecine en temps réel (Visioconférence)
4. Synthèse
 - 4.1 5 questions de synthèse
 - 4.1.1 TIC et prise en charge des détenus
 - 4.1.2 DMP et qualité de prise en charge
 - 4.1.3 Télémédecine et extractions
 - 4.1.4 Télémédecine et accès aux soins spécialisés
 - 4.1.5 Télémédecine et isolement
 - 4.2 Freins au développement de la télémédecine
 - 4.3 Les TIC : Une priorité pour améliorer l'accès aux soins ?

V. SYNTHÈSE.....78

I. LIMITES DE LA METHODOLOGIE

1. PHASE 1 : Temps infirmier
2. PHASE 2 : Temps médical

II. LE MILIEU PENITENTIAIRE : UN MILIEU ISOLE POUR LES SOIGNANTS

1. Une structure de soins commune
2. L'équipe soignante
3. Un isolement non géographique
4. L'équivalence des soins en milieu contraint
5. La pratique en milieu isolé : une éthique de la responsabilité

III.COMMENT AMELIORER L'ACCES AUX SOINS SPECIALISES

1. L'accès aux soins spécialisés est-il un problème en milieu pénitentiaire

2. Les extractions médicales

- 2.1 Un problème d'organisation et un enjeu éthique
- 2.2 A l'UCSA
- 2.3 A l'Hôpital
- 2.4 Les extractions médicales : une urgence éthique

3. Le recours aux TIC

- 3.1 Un outil efficace pour l'accès aux soins
 - 3.1.1 En milieu pénitentiaire
 - 3.1.2 En milieu isolé
 - 3.1.3 Pour les prisons françaises ?
- 3.2 Les TIC en milieu pénitentiaire : le point de vue des soignants
 - 3.2.1 Un avis favorable mais pas une priorité
 - 3.2.2 Pas de télémedecine sans réseau
- 3.3 La télémedecine en pratique
 - 3.3.1 Une organisation complexe
 - 3.3.2 Un bénéfice temps / efficacité discutable
 - 3.3.3 Un manque de matériels et des problèmes techniques
 - 3.3.4 Le coût de la télémedecine
 - 3.3.5 Quelques échecs et une certaine fragilité pérenne

4. Les spécialistes à l'UCSA

- 4.1 La seule réponse à l' « équivalence des soins »
- 4.2 Une réponse aux problèmes posés par les autres moyens d'accès
 - 4.2.1 Les extractions médicales
 - 4.2.2 La télémedecine

IV.A QUELLE DISTANCE SONT LES PRISONS ?

1. Si proche, si loin
2. La légitimité d'une médecine à distance

CONCLUSION.....	109
ANNEXES.....	112
1. La prison : quelques repères chronologiques	
A. Evolution des peines	
B. Evolution des soins aux détenus	
2. La télémédecine : la réunion de 3 disciplines	
3. Questionnaire Infirmière	
4. Questionnaire Médecin généraliste UCSA	
5. Questionnaire Médecin spécialiste Hôpital	
BIBLIOGRAPHIE.....	137

LISTE DES ACRONYMES

CISIH : Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

NASA : National Aeronautics and Space Administration

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SMPR : Services Médico-Psychologiques Régionaux

SPIP : Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation

TAAF : Terres Australes et Antarctiques Françaises

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Christian Hervé pour sa clairvoyance, sa disponibilité et sa confiance,

Au Docteur Luc Montuclard dont le soutien et l'expérience en milieu pénitentiaire furent essentiels pour réaliser ce travail,

A Maître Catherine Legouge pour son efficace et généreuse collaboration,

Au Docteur Vincent Hazebroucq dont l'aide et les conseils furent précieux tout au long de cette année,

Aux personnes qui ont participé à cette étude et notamment :

- les infirmières et médecins des UCSA
- les Docteurs S.Balanger, P.Y.Robert, P.Espinoza, F.Moreau, et J.M.Wojcik
- Mme H. Faure et le Pr D.Sicard

A Mme Marie-Aimée Bonnardot et à Mme Nicole Yrle pour leur relecture,

A Yves Bertrand Noël N'djana, Grégoire Moutel, Jean-christophe Coffin et toute l'équipe du laboratoire d'éthique médicale,

Au Docteur Claude Bachelard, médecin-chef du service médical des Terres Australes et Antarctiques Françaises, avec qui je poursuis depuis plusieurs années cette réflexion sur la pratique médicale en situation d'isolement,

A Mme Stéphanie Froissart, coordinatrice d'activités de télésanté au sein du réseau de la santé au Québec, et à l'Institut International de Recherche en Bioéthique (IIREB) dont la bourse d'étude m'a permis d'approcher le système de télésanté québécois,

Aux Professeurs Claude Beauvillain de Montreuil et Philippe Bordure,
Aux Docteurs Olivier Malard et Christophe Ferron ainsi qu'à toute l'équipe d'ORL du CHU de Nantes, qui avec respect, me soutiennent depuis le début de mon internat.

A Modi,

INTRODUCTION

Les personnes vivant en situation d'isolement subissent les contraintes imposées par leur milieu de vie et ont le plus souvent des difficultés d'accès aux soins notamment spécialisés.

La recherche de l'équité d'accès aux soins, pour tous et partout [1], est un devoir éthique pour chacun et particulièrement pour les soignants dont la mission de soins implique de faire respecter ce droit aux soins inaliénable des personnes.

Le développement des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) dans le domaine de la Santé donne aujourd'hui à la télémédecine les moyens de relever le défi de « la Santé pour tous au XXIème siècle »¹ et fait naître l'espoir de rapprocher la médecine ultra spécialisée des pays développés de celle du reste du monde.

Ce mémoire est centré sur l'accès aux soins spécialisés des détenus, abordé à travers la représentation des difficultés des soignants à assurer leur mission en milieu pénitentiaire.

La loi du 18 janvier 1994, complétée par le décret du 27 octobre 1994 et la circulaire interministérielle du 8 décembre 1994, constitue une étape historique dans la prise en charge sanitaire des détenus. Elle vise à « assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalant à celles offertes à l'ensemble de la population... » [3]. La mission est aussi ambitieuse en regard des contraintes du milieu pénitentiaire que nécessaire face aux besoins de soins de la population carcérale.

Afin de mieux comprendre les enjeux éthiques du mode d'accès aux soins en milieu pénitentiaire, nous appuierons notre réflexion sur le modèle de soins développé dans les milieux isolés géographiquement dont les contraintes « naturelles » ne soulèvent pas d'autre tension éthique que celle de se donner les moyens d'assurer l'équité des soins.

Enfin grâce à l'étude de la distance géographique entre la prison et l'hôpital, l'évaluation du sentiment d'isolement des soignants et des difficultés d'accès aux soins spécialisés, nous essaierons de comprendre les fondements de cette distance qui seuls permettront d'adapter au mieux les moyens d'améliorer les accès aux soins des détenus.

¹ En 1998, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lance la « SANTE POUR TOUS AU XXIème siècle » dont un des fondements éthiques repose sur « l'équité en matière de santé et une solidarité agissante entre les pays, entre des groupes de population dans les pays et entre les sexes ». OMS, *Santé 21, la politique-cadre de la Santé pour tous*. 1999.

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE

I. DU DROIT AUX SOINS A L'EQUITE D'ACCES AUX SOINS

1. DROIT A LA SANTE OU DROIT AUX SOINS ?

« Le droit à la santé est inaliénable » titrait en juin 2003 la direction de l'Administration Pénitentiaire dans une « affichette d'information à diffuser auprès de la population pénale et visant à informer les détenus sur la suspension de peines pour raisons médicales ».[4]

Même si cette « affichette d'information », aux allures de note ministérielle comme le laisse penser l'en-tête du ministère de la justice, n'a aucune valeur juridique, elle proclame l'existence d'un droit à la santé, dont l'épithète « inaliénable » ne fait que renforcer son illusion juridique. Or ce « droit à la santé » n'existe pas dans les textes fondamentaux et son affirmation en milieu carcéral a alors quelques relents de démagogie.

Tout d'abord, rappelons que le concept de santé possède de nombreuses interprétations selon la définition donnée au mot santé. Ainsi, alors que René Leriche n'y voit que « la vie dans le silence des organes » [5], l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit « la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou infirmité ». Cette dernière définition a l'intérêt de noter que « la notion de santé ne s'applique pas au seul physique, mais que le mental et le relationnel interviennent grandement dans cet état » [6]. S'agissant de la santé des détenus dont on connaît le degré d'exclusion notamment sociale, ce rappel prend une résonance particulière et souligne que tous les agents pénitentiaires au même titre que le médecin sont responsables de la santé des détenus. On ne peut plus séparer le social du médical. [7] [8] Ce principe devrait être inaliénable.

Ainsi, la revue des principaux textes officiels ne laisse apparaître aucune affirmation d'un droit à la santé : dans le préambule à la constitution de 1946², il est question de garantir la « protection de la santé ». La loi du 4 mars 2002, article L.1110. du code de Santé Publique³,

² **Préambule à la constitution, 27 octobre 1946, article 11.** « Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence »

³ **Loi du 4 mars 2002, art.L.1110-1.** « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

reprend la notion et introduit l'obligation de moyens pour l'assurer : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne. »

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme⁴ note également article 25, alinéa 1, le droit de chacun à disposer de moyens économiques suffisants pour assurer sa santé.

Ainsi, « la santé n'est pas considérée comme un droit en soi, mais elle fait partie des conditions requises pour affirmer une vie normale ».[5] .

De même, l'article 7 du code de déontologie médicale qui impose au médecin l'obligation de soigner⁵, sous peine d'être réprimé (art 223-6 du code pénal), est une contrepartie de l'affirmation d'un droit aux soins.

Concrètement, il ne peut exister un droit à la santé qui irait, poussé à l'extrême, jusqu'à équivaloir à un droit à la santé parfaite [9], un droit à guérir, ce que personne ne pourra jamais assurer.

L'OMS[2] note d'ailleurs cette nuance entre le droit à la santé et le droit aux soins puisqu'elle affirme dans sa Constitution en 1946 comme l'un des droits fondamentaux de tout être humain, « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre ».

Si l'idée du droit à la santé semble « une véritable utopie »[10], seul le droit à la protection de la santé est d'abord consacré dans des dispositions à valeur constitutionnelle (préambule à la constitution) puis légalement (art L1110-1 CSP) et déontologiquement (articles 7 , 9, 32, 33) avec l'affirmation du droit pour toute personne à disposer des moyens suffisants pour assurer sa santé. La mise en œuvre de ce droit constitue l'accès aux soins dans une prise en charge globale adaptée aux facteurs de risque et aux risques sociaux personnels [11]

⁴ **Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, article 25, alinéa 1** : « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.* »

⁵ **Code déontologie médicale, article 7** : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes...* »

2. L'ACCÈS AUX SOINS, CHARPENTIERE DU DROIT AUX SOINS

Le droit aux soins ne peut exister sans la possibilité d'un accès aux soins. Par sa définition, le terme « accès » introduit la notion de « facilité plus ou moins grande d'accéder »⁶ qui est au centre de ce travail.

Cet accès pour la personne se fait nécessairement à partir d'un milieu, défini par « l'ensemble des conditions extérieures dans lesquelles vit et se développe un individu humain »⁷.

Aussi les conditions environnementales de ce milieu génèrent-elles un certain nombre de contraintes et la notion même de contrainte va bien au-delà de ces seules conditions.

Isabelle Stengers éclaire cette notion dans son ouvrage *Cosmopolitiques I*[12] :

« Contrairement aux conditions, qui sont toujours relatives à un existant donné, qu'il s'agit d'expliquer, de fonder ou de légitimer, la contrainte ne livre aucune explication, ne fournit aucun fondement, n'autorise aucune légitimité. Une contrainte requiert d'être satisfaite, mais la manière dont elle sera satisfaite reste, par définition, une question ouverte. Une contrainte impose sa prise en compte, mais elle ne dit pas comment elle doit être prise en compte. Elle ne reçoit donc sa signification, permettant le cas échéant d'en faire a posteriori la condition expliquant que ceci plutôt que cela soit venu à l'existence, que dans le processus même de cette venue à l'existence.

La notion de contrainte offre le grand intérêt de faire intervenir le préfixe cum, « avec ». Elle invite donc à situer la question de l'entre-capture dans un paysage où ce qui devra être satisfait est de l'ordre du « tenir ensemble avec d'autres »....

Cette réflexion aide à saisir l'importance d'évaluer à partir des pratiques, les contraintes auxquelles sont soumises les personnes dans un milieu donné, pour réussir à trouver et adapter les moyens de les dépasser.

Ainsi chaque milieu selon son environnement présente pour les personnes un certain niveau de contraintes susceptible de compliquer l'action d'accéder.

On admet alors que plus ces contraintes sont importantes pour une population, plus son accès aux soins est difficile, fragilisant d'autant son fondamental droit aux soins.

⁶ **Dictionnaire de L'Académie française, 8th Edition (1932-5)**

« ACCÈS. n. m. Facilité plus ou moins grande d'accéder dans un lieu »

⁷ **Dictionnaire Le Robert**

« MILIEU. n.m. (1842) : Ensemble des conditions extérieures dans lesquelles vit et se développe un individu humain »

3. L'ÉQUITÉ D'ACCÈS AUX SOINS

3.1 L'équité, un concept éthique

Le terme équité vient du latin « aequitas », égalité, qui signifie littéralement « caractère de ce qui est égal »⁸. Mais cette égalité, note André Comte-Sponville, si elle est essentielle à la justice, est moins l'égalité entre les objets échangés, laquelle est toujours discutable et presque toujours admissible, qu'entre les sujets qui échangent ». [13] Ainsi, l'équité appelle à une « égalité non pas de fait, mais de droit ». [13, 14]

L'équité dépasse la seule idée d'équivalence comprise dans le principe d'égalité en introduisant la notion d'une justice supérieure dans l'appréciation de ce qui est dû à chacun. Aristote⁹ rappelle ainsi la distinction entre justice et équité : l'équité remédie à la justice « là où le législateur a omis de prévoir le cas et a péché par esprit de simplification ». « La raison en est que la loi est toujours quelque chose de général, et qu'il y a des cas d'espèces pour lesquels il n'est pas possible de poser un énoncé général qui s'applique avec rectitude. » Et Aristote de conclure : « Telle est la nature de l'équitable : c'est d'être un correctif de la loi, là où la loi a manqué de statuer à cause de sa généralité.¹⁰ » [15]

« Le monde matériel repose sur l'équilibre, le monde moral sur l'équité » déclare Victor Hugo, et Paul Ricoeur d'affirmer « la primauté de l'éthique sur la morale ».¹¹

L'équité est source d'éthique en appelant à une réflexion, un jugement et une action en situation. D'une certaine manière, elle participe à la visée éthique de Paul Ricoeur, « la visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes » [16] L'équité est dans la « vie bonne » et mène à la justice sociale.

En effet, non seulement il existe un lien entre l'équité et le « avec et pour autrui » énoncé dans le concept de sollicitude de Paul Ricoeur [17], mais aussi l'équité répond à l'idée d'« institutions justes » en introduisant à travers son « exigence d'égalité », le sens de la justice dont elle assure le « contenu éthique » [18].

La « sagesse pratique », énoncée par Paul Ricoeur fait appel également au sens de l'équité dans la mesure où elle prend en compte la situation pour juger : « ... sagesse liée au jugement moral en situation et pour laquelle la conviction est plus décisive que la règle elle-même ». [19]

Par ailleurs, il y a dans l'équité une « exigence d'universalité » [19] qu'exprime clairement le second impératif kantien : « traiter l'humanité dans sa propre personne et dans celle d'autrui comme une fin en soi et non pas seulement comme un moyen. » [20] De ce principe découle l'accès aux soins « pour tous ».

⁸ Dictionnaire Le Robert

⁹ cité Paul Ricoeur dans « Soi-même comme un autre » 15. Ricoeur, P., *Soi-même comme un autre*. 1990: Points. pp 304-305.

¹⁰ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, trad. Tricot, V, 14, 1137 b, 19-27 ; V, 14, 1137 a 31- 1138 a 3

¹¹ Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*, 1990, Points, p 202 : « La présente étude se bornera à établir la primauté de l'éthique sur la morale, c'est-à-dire de la visée sur la norme. »

Le souci d'équité amène le soignant à un nécessaire engagement personnel qui va au-delà de la simple délivrance d'un acte de soin. Cet engagement l'inscrit dans l'action, et le met du côté du « je peux » quand le malade ne peut pas ou ne peut plus. Ricoeur, en étendant ce « je peux » du plan physique au plan éthique[21] donne toute sa profondeur à l'acte de soigner, seul capable de redonner le « pouvoir » au malade, c'est-à-dire restaurer son « je peux ».¹²

3.2 « L'agir éthique » ou le devoir d'agir du soignant

*« Liberté, égalité, fraternité, ont clamé les citoyens français en 1789 »
« Pendant de nombreuses années, la profession médicale a surtout proclamé son droit à la liberté (liberté d'exercice, de thérapeutique, libre choix, etc). Elle ferait bien à présent de se soucier autant d'égalité et de fraternité »*

François Grémy¹³

L'accès aux soins passe nécessairement par le soignant. Cette personne est médecin ou ne l'est pas selon les zones géographiques et leur densité médicale dramatiquement inégale. A nos latitudes, le référent soignant est le plus souvent le médecin généraliste dont la polyvalence doit permettre de répondre à la demande de soins, aussi vaste soit-elle. Ainsi ce praticien général ou « General Practitioner » comme le nomment les anglo-saxons, est au centre des structures de soin et constitue la pierre d'angle de la plupart des systèmes de soins.

L'article 7 du code de déontologie médicale impose au médecin le devoir de soigner « toutes les personnes » sans aucune discrimination et l'article 9 rappelle que son devoir d'assistance s'applique dès lors qu'il est « en présence d'un malade...ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril... »¹⁴.

Or aujourd'hui, grâce notamment au développement des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), qui peut prétendre ne pas être informé de la situation sanitaire de populations privées d'accès aux soins et dont les besoins en soins sont réels et urgents ? « DANS NOTRE SALLE D'ATTENTE, 2 MILLIARDS D'HOMMES » titrait dans les années 70 l'une des premières affiches de médecins sans frontière, en faisant référence aux pays du sud.¹⁵

Toutes les formes d'exclusion participent d'une manière ou d'un autre à réduire l'accessibilité au système de soins. [1] Il suffit pour s'en convaincre de passer quelques heures dans un service d'urgence de la banlieue parisienne. Il n'y a ni mur de prison, ni océan à traverser, et pourtant l'accès aux soins d'une « certaine » population est loin d'être assuré.

¹² Hervé, C., entretien avril 2005

¹³ Propos cité par F.Roger France dans article « Equité des soins : une perspective de santé publique à l'aide des systèmes d'information »

¹⁴ **Code de déontologie médicale, article 9** : « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

¹⁵ Propos cité par J.Lebas, Institut de l'Humanitaire, Paris, dans « Ethique et accès aux soins »

Inutile de partir dans les montagnes du Tadjikistan pour mesurer le problème de l'accès aux soins. En France, les médecins ne sont-ils pas informés des problèmes que posent l'inégale répartition de la démographie médicale et de son impact en termes d'accès aux soins pour les populations qui vivent dans ces « déserts médicaux »¹⁶ ? Ces choix démographiques sont pourtant décisifs dans l'organisation du système de soins et il appartient à chaque médecin tout en préservant sa liberté de choix d'installation, légitime après de longues années d'études, de tenir compte des besoins de soins de la population et non plus seulement de l'orientation personnelle de sa vie professionnelle. Espérons que l'émergence récente des « réseaux » de soins puisse apporter une solution d'avenir. [22] [23]

Même si l'organisation d'un système de soins ne repose pas uniquement sur le médecin, il n'en demeure pas moins un acteur principal, dont l'évaluation des besoins en matière de santé est essentielle. Mais comme le note Francis H. Roger, « le clinicien n'est pas formé à ces perspectives de santé publique. Sa pratique est orientée vers les patients individuels. Cette scotomisation l'empêche de participer à la prise de décisions en matière de santé publique... ».

Le soignant doit être le garant du respect du principe d'équité des soins « qui vise à distribuer les soins en fonction des besoins plutôt que des ressources financières des populations, afin d'obtenir plus de justice sociale ».[14] [24]

Il y a nécessité éthique à soigner en priorité selon ces besoins réels que les systèmes d'information en santé publique peuvent aujourd'hui aider à évaluer justement. Cela souligne également l'importance pour les professionnels de santé de s'impliquer davantage dans le champ de la santé publique et de participer activement aux décisions de politique de santé.

Ainsi le rôle pivot du médecin dans le système de soins lui donne la lourde responsabilité, en tant que témoin et acteur, de veiller à assurer l'équité dans l'accès aux soins de tous. Le serment d'Hippocrate comme le respect du code de déontologie l'y invitent avant de l'y engager.

¹⁶ Avis N°1864, sur le projet de loi de finance pour 2005, tome XI, B.Poletti, p 21 : « Pour lutter contre les déserts médicaux : les promesses de la télémédecine »

4. LA VISEE

L'intérêt de travailler sur l'accès aux soins de populations vivant dans des milieux de vie soumis à des contraintes visibles et importantes est de dégager, à travers les principales difficultés posées par la pratique des soins, les mécanismes susceptibles de limiter cet accès.

Les milieux isolés par leur faible population restent marginaux et suscitent peu l'intérêt général alors que le vécu de ces populations constitue de riches expériences humaines aux multiples enseignements.

Ainsi dans le domaine de la santé, la nécessaire adaptation des modes d'accès aux soins dans ces milieux isolés aboutit à la création de structures de soins performantes qui ont toujours tenu compte de la limitation de moyens pour organiser au mieux les soins.

Si l'imaginaire créé par les murs d'une prison ou par un océan à traverser est suffisamment fort pour comprendre les problèmes de l'accès aux soins en milieu pénitentiaire ou dans le milieu isolé géographiquement, il est bien plus difficile de se figurer celui de certaines populations urbaines dite « défavorisées ».

Mais l'équité des soins est partout nécessaire. Aussi peut-on poser l'hypothèse que le modèle structurel validé pour les populations vivant en situation d'isolement permettra peut-être d'aider ces autres populations, soumises en apparence à aucune contrainte, mais dont l'accès aux soins est loin d'être assuré.

Parce que l'éthique tire son essence des pratiques et qu'elle ne peut se concevoir que dans la perspective d'une réflexion en situation » [25], nous étudierons le problème de l'accès aux soins dans 2 milieux conceptuellement opposés mais qui ont en commun la notion d'isolement :

- Le milieu pénitentiaire
- Le milieu isolé géographiquement

Dans ce premier chapitre, après avoir introduit ces 2 milieux, nous présenterons les Technologies de l'Information et des Communications (TIC) dont les applications dans le champ de la santé peuvent contribuer à faciliter l'accès aux soins et ainsi à assurer leur équité.

II. LE MILIEU PENITENTIAIRE

Le terme pénitencier vient du latin *paenitentialis*¹⁷ et fut utilisé dès 1806 comme substantif pour signifier le bagnes, puis en 1835 comme adjectif définissant ce qui a rapport au détenu. Le milieu pénitencier est un milieu créé par l'homme pour l'homme, à son image peut-être, dont il est par conséquent seul responsable quant aux insuffisances, dysfonctionnements et autres « imperfections ».

Pour comprendre la problématique actuelle des soins en prison et le bouleversement induit par la Loi du 18 janvier 1994, l'éclairage historique est indispensable. Il existe en effet un rapport étroit entre le « comment punir » et le « pourquoi soigner ». Le soin par le souci éthique du médecin pose la question de la « finalité de la peine ».[26]

L'annexe 1 propose quelques repères chronologiques pour une approche purement descriptive de l'évolution des peines et de l'accès aux soins en milieu pénitencier. Ce survol historique, bien que superficiel, montre que les « grandes réformes » concernant les peines et la santé en milieu pénitencier sont très récentes.

1. UN PEU D'HISTOIRE (ANNEXE 1)

1.1 La prison et l'évolution des peines

Si l'idée de punir remonte sans nul doute aux temps des premiers hommes, la prison est une institution relativement nouvelle, le châtement corporel étant encore une réalité au début du XIX^{ème} siècle.

Le temps des supplices infligés au condamné est un point de repère essentiel dans l'Histoire des prisons, et sa disparition marque un tournant décisif dans l'évolution des peines.

C'est ainsi que Michel Foucault, dont l'ouvrage « Surveiller et punir » pose magistralement « l'arrière-plan historique » des prisons, commence son chapitre premier par la lecture des pièces originales et procédures du procès de Robert-François Damiens condamné pour parricide en 1757.

En voici quelques extraits :

¹⁷ *Paenitentialis* signifie au XIII^{ème} siècle, pénitencier qui signifie le prêtre autorisé à confesser. Au XV^{ème} siècle, il désigne la maison où l'on se rend pour faire pénitence. Dictionnaires Robert et Gaffiot.

« condamné, le 2 mars 1757, à faire amende honorable devant la principale porte de l’Eglise de Paris¹⁸, ..., et sur un échaffaud qui y sera dressé, tenaillé aux mamelles, bras, cuisses et gras des jambes, sa main droite tenant en icelle le couteau dont il a commis ledit parricide, brûlée au feu de soufre et sur les endroits où il sera tenaillé, jeté du plomb fondu, de l’huile bouillante, de la poix résine brûlante, de la cire et soufre fondus et ensuite son corps étiré et démembré à quatre chevaux et ses membres et corps consumés au feu, réduits en cendres et ses cendres jetées au vent »... « Enfin on l’écartela. Cette dernière opération fut très longue, parce que les chevaux dont on se servait n’étaient pas accoutumés à tirer ; en sorte qu’au lieu de quatre, il en fallut mettre six ; et cela ne suffisant pas encore, on fut obligé pour démembrer les cuisses du malheureux, de lui couper les nerfs et de lui hacher les jointures... »

Cette présentation d’un supplice n’est pas inutile : d’une part, cette description aux détails effroyables permet de comprendre à travers la réalité de cet acte barbare ordonné par la loi, jusqu’où peut aller cette « logique afflictive du châtement »[27] et d’autre part, elle permet de mieux comprendre en quoi la prison et le droit aux soins constituent un réel progrès.

1.1.1 La prison

Même si la Révolution Française amorce la fin de ces « grands spectacles punitifs », avec l’abolition de la torture en 1788, la suppression du pilori en 1789, les supplices ne disparaîtront que vers les années 1830-1848 [28] en France et dans les principaux systèmes pénaux (Russie, Angleterre, Prusse). Foucault remarque que « d’une façon générale, les pratiques punitives étaient devenues plus pudiques. Ne plus toucher au corps, ou le moins possible en tout cas, et pour atteindre en lui quelque chose qui n’est pas le corps lui-même. On dira : la prison, la réclusion, les travaux forcés, le bagne, l’interdiction de séjour, la déportation sont biens des peines « physiques » : à la différence de l’amende, ils portent, et directement, sur le corps. »[29]

Ainsi émerge une façon de punir autrement que par le corps supplicié. On comprend mieux que, aussi paradoxal que cela puisse paraître aujourd’hui, « la prison marque un moment important dans l’histoire de la justice pénale : son accès à l’humanité ». [30]

A la fin du XVIIIème, début XIXème siècle, avec l’adoption du premier code pénal en 1791, le principe de la peine privative de liberté se généralise et remplace progressivement les châtements corporels, mutilations et autres supplices. L’enfermement est au centre du dispositif pénal.

L’isolement est alors le premier fondement de la prison qui se doit de séparer le condamné du monde extérieur et le conduire à la solitude, «... condition première à la soumission totale » en assurant « le tête-à-tête du détenu et du pouvoir qui s’exerce sur lui ». [31]

Le deuxième code pénal en 1810 va associer l’isolement et le travail comme « agent de transformation carcérale ». L’abolition des travaux forcés n’interviendra qu’en 1945.

Après la disparition des supplices et l’avènement de la peine privative de liberté, la réforme Amor, du nom de son rapporteur, ancien déporté pendant la guerre, est certainement l’autre grand tournant dans l’histoire des prisons. 14 principes sont énoncés dont le premier résume

¹⁸ Cathédrale de Notre Dame de Paris

la philosophie : « la peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné. ¹⁹

On sent alors une volonté politique « d'humaniser les prisons et de faire en sorte que la détention ne soit qu'« une privation de liberté et uniquement de liberté ». ²⁰ Mais les constats établis par différents observateurs [32], ou publiés dans différents rapports [33], [34], [35] montrent que la question du « comment punir » dans le respect de la dignité humaine est loin d'être résolue.

Aussi, Merle et Vitu[36], dans leur traité de droit criminel, nous rappellent-ils une notion essentielle pour comprendre la prison qui aujourd'hui sert à l'application de la peine privative de liberté.

La prison mêle à des degrés divers selon les époques et l'usage que font les Sociétés de la privation de liberté, 3 conceptions :

- Le mur : la prison « comme simple instrument de protection des citoyens paisibles contre les individualités dangereuses : la prison est alors un mur, une digue « ad continendos homines » comme disait Ulpien... ; elle n'est pas autre chose qu'un parc zoologique où l'on enferme les fauves pour les empêcher de nuire. »
- La géhenne : la prison « comme lieux de souffrances et d'expiation, où l'on s'efforcera de « mater » les criminels avec suffisamment de rigueur pour leur enlever toute envie de récidiver. »
- L'amendement : la prison « ...dans un perspective plus humaine. On profite de l'emprisonnement pour rééduquer les condamnés et pour préparer par des méthodes appropriées leur réinsertion dans la vie normale.

Ces 3 conceptions sont fondamentales. Car, même si l'orientation des prisons affirmée aujourd'hui politiquement est « l'amendement et le reclassement social du condamné »²¹, on constate que les murs des prisons sont toujours aussi hauts et que la souffrance²² est toujours très forte. La philosophie pénale a évolué, mais les prisons sont toujours les mêmes²³, avec des cellules de 9 mètres carrés réglementaires sans isolation des sanitaires. De plus, la surpopulation carcérale d'environ 200% dans les maisons d'arrêt [35] réduit d'autant l'espace à vivre alors même que l'encellulement individuel des prévenus est prévu depuis 1875²⁴. En ajoutant des barreaux, la métaphore animale s'impose d'elle-même.

¹⁹ La réforme Amor, 1944-1945 (www.justice.gouv.fr/musee/histoire/vingt/26a.htm)

²⁰ Allocution de Valéry Giscard d'Estaing cité dans « Surveiller et punir », Foucault, p 269

²¹ Réforme Amor (Mai 1945)

²² Constat établi à partir des différents rapports d'évaluation sur la santé des détenus 33. HCSP, *Santé en milieu carcéral. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*. 1993., 34. IGAS-IGSJ, *Rapport d'évaluation sur l'organisation des soins au détenu*. juin 2001., 35. Sénat, N°449, *Rapport sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires*. juin 2000.

²³ 35. Sénat, N°449, *Rapport sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires*. juin 2000. : p 77 « 109 établissements ont été construits avant 1920, dont 23, accueillant encore 2800 détenus, avant 1830. »

²⁴ 35. Ibid. : p 108 « l'article 716 du code de procédure pénale prévoit que les personnes mises en examen, prévenus et accusés soumis à la détention provisoire, sont placées au régime de l'emprisonnement individuel de jour et de nuit ».

De même, si les supplices disparaissent au début du XIX^{ème} siècle, on notera qu'« il faudra attendre 1959 pour qu'un décret interdise formellement au personnel de l'administration pénitentiaire « de se livrer à des actes de violence sur les détenus, ou même d'user à leur égard soit des dénominations injurieuses, soit des tutoiements, soit de langage grossier ou familier » (art.D.220 C.P.P.). [37]

Enfin, à l'image de Jean Valjean dans « Les Misérables » de Victor Hugo, lorsqu'au début du XIX^{ème} siècle un condamné sortait du bagne, sa condition de bagnard l'empêchait de trouver du travail et de se réinsérer dans la société, le poussant par là même à récidiver²⁵. La loi du 30 mai 1854 sur « la transportation des forçats aux colonies » apporta une réponse plutôt paradoxale puisque les rigueurs du climat en Guyane française (Cayenne) décimèrent les forçats et la douceur du climat en Nouvelle-Calédonie poussèrent les condamnés en métropole à commettre des crimes pour partir s'exiler outre-mer...[38]

Aujourd'hui le taux de récidive est plus faible mais encore trop élevé²⁶ et on constate à travers la récente proposition de loi relative au traitement de la récidive des infractions pénales, que l'accent est davantage mis sur la répression rigoureuse des récidivistes que sur les mesures de réinsertion sociale. Permettre à un détenu de trouver un emploi à sa sortie de prison devrait être la première des priorités et ce d'autant plus que le taux de chômage est très élevé.

1.1.2 Le soin

Le supplice constitue également un bon repère pour le droit aux soins du condamné dans la mesure où on peut postuler qu'il était proche de zéro.

En effet, il est difficile de concevoir de la part d'une société capable d'une telle violence organisée, une quelconque sollicitude à l'égard du condamné.

Même si le droit ou l'accès aux soins n'existait pas non plus pour la population générale à cette époque, le médecin, « agent de la non-souffrance » ne pouvait être en position de soigner un homme dont la souffrance physique et la douleur du corps lui-même étaient des éléments constitutifs de la peine. [40]

La Grande Ordonnance criminelle de 1670, rédigée par Colbert institue les premières visites régulières de médecins en prison, puis l'évolution vers la peine privative de liberté s'accompagnera d'une présence de plus en plus marquée des médecins en prison.

Confrontés dans les prisons à l'atteinte « organisée » à la dignité humaine, les médecins seront parmi les premiers à dénoncer les conditions misérables de détention jusqu'à remettre en cause la peine au nom du soin et finir même par poser la question de la « finalité de la peine ».

Aussi avant de dresser un bref historique de la santé en milieu pénitentiaire, concluons-nous sur les paroles de Paul Ricoeur qui révèlent avec clairvoyance comment le soin amène la réflexion sur la peine :

²⁵ « ...la proportion de récidive atteignait alors de 95% » 38. Merle, R., Vitu Andre, *Traité de droit criminel*: Ed Cujas. op.cit. p 817.

²⁶ 39. SENAT, N°171. *Rapport sur la proposition de loi, relative au traitement de la récidive des infractions pénales*. 2005. Estimation du taux de récidive :

- la **probabilité d'une nouvelle condamnation** est élevée : parmi les condamnés en 1996 (240.000 personnes), un tiers (76.000 personnes) a de nouveau été condamné entre 1996 et 2000 (et parmi ces derniers, la moitié a été condamnée plus d'une fois et un millier au moins dix fois)

- le **taux de retour devant la justice des condamnés à un emprisonnement ferme** dépasse 44 % (26 % pour les condamnés à d'autres peines) -ce qui peut s'expliquer par la dangerosité plus grande de ces personnes.

« J'ai dit que la sentence met fin au procès dans l'enceinte du tribunal. C'est vrai, quelque chose est terminé, une parole de justice a été dite. Mais une histoire commence, (ou, plutôt, continue) pour le condamné, surtout si le condamné est un détenu. Une question se pose, alors, celle de la finalité de la peine. Est-ce seulement de punir, de compenser un tort, un délit, de donner satisfaction à la victime ? N'est-ce pas aussi, de réhabiliter le condamné, de le reconduire, éventuellement, de la prison à la liberté, c'est-à-dire à la restitution de la plénitude de ses droits ? S'il en est bien ainsi, la question de la finalité longue de la justice se pose. Si la finalité courte est de trancher un conflit, de mettre fin à une incertitude, en séparant les parties, la finalité longue n'est-elle pas de rétablir le lien social ? N'est-elle pas la fin du conflit, la paix ? Mais, alors, c'est le jugement médical qui éclaire le jugement judiciaire... et tout l'appareil judiciaire apparaît comme une vaste entreprise de soin des maladies sociales. Et cela dans le respect de la différence des rôles. »

1.2 La santé en milieu pénitentiaire

Pour saisir toute la portée « révolutionnaire » de la loi du 18 janvier 1994, il est nécessaire, même succinctement, de reprendre les différents événements qui ont participé à la reconnaissance du droit aux soins des détenus qui va même aujourd'hui leur garantir des soins « équivalents » à ceux de la population générale.

1.2.1 La difficile reconnaissance d'un droit aux soins

Si l'histoire de la médecine remonte à des temps très anciens dont Hippocrate (460-377 avant Jésus Christ) marque le début de la médecine « moderne »²⁷, la notion de droit et d'accès aux soins pour la population générale ou carcérale est bien plus tardive.

Les premiers hôpitaux apparaissent aux XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles et sont plus des lieux de charité que de soins²⁸.

Dans la continuité du moine Mabillon qui fut un des premiers à proposer des réformes sur les conditions d'enfermement dans son ouvrage « Réflexions sur les prisons des Ordres religieux » publié en 1690, John Howard dans son livre « l'Etat des prisons » appelle à un traitement plus humain des prisonniers faisant référence aux conditions d'hygiène et à l'idée de santé: « ... alors l'emprisonnement remplira son but : sans nuire à la santé et à la moralité des prisonniers, il sera suffisamment pénible et désagréable pour effrayer l'oisif et le prodigue ... »[42, 43]

Même si le siècle des Lumières est traversé par un fort courant de pensée²⁹ dénonçant les châtiments corporels et l'arbitraire des peines, comme le note Dominique Lhuilier, ce sont plus les épidémies de typhus, scorbut, dysenterie et autre tuberculose qui révèlent au XIX^{ème} siècle la nécessité de soigner les détenus que le souffle humaniste et philanthropique des philosophes écrivains et religieux du siècle des Lumières : « il faut protéger les honnêtes gens intervenant en prison et éviter la contagion à l'extérieur. La mortalité carcérale au XIX^{ème}

²⁷ Cours du Dr G Moutel, 27 mars 2003, « La naissance de la profession médicale dans l'histoire occidentale » www.inserm.fr/ethique

²⁸ 41. Froissart, S., *La rencontre entre la médecine et les nouvelles technologies de l'information et des communications: implications pour le management*, in *Thèse HEC Montréal*. 1999.

²⁹ Cesare Beccaria, « Le traité des peines et des délits », 1764, Beccaria y prône la constitution d'un nouveau droit pénal avec une codification des infractions. 42. Franchitto, N., *La déontologie médicale à l'épreuve des contraintes pénitentiaires*, in *DEA Ethique médicale*. 2004, Paris 5. Il note en introduction : « Le droit de punir doit être envisagé abstraction faite de toute considération religieuse ou morale, et ne peut se fonder que sur la seule utilité sociale »(www.leboucher.com)

siècle était de 4 à 5 fois supérieure à la mortalité générale. La prison supprimait ainsi beaucoup plus de vies humaines que ne le faisaient les supplices de l’Ancien Régime. Cette situation était en totale contradiction avec l’objectif humaniste à l’origine de la création du système carcéral : supprimer les tortures et les supplices et recourir à une punition plus humaine. »[44]

Dominique Lhuilier conclut son analyse en faisant remarquer à juste titre que, « plus récemment, la question du sida et des risques de contamination fut à l’origine des préoccupations relatives à la santé des détenus ».

Comme le souligne la chronologie présentée en annexe, aucune réforme majeure n’interviendra avant la libération en 1945 : « l’histoire de la santé et des professions de santé est marquée par une profonde continuité, qui s’exprime d’abord au travers d’une opposition continue entre l’expression de vœux philanthropiques de réforme et la confrontation à une réalité austère de la santé dans une prison totale et totalitaire...Les prisons échappent encore aux grandes révolutions sanitaires et hygiéniques ; la morbidité des détenus reste largement supérieure à la morbidité en milieu libre. »[45]

1.2.2 De la réforme Amor à la loi du 18 janvier 1994 [46]

La réforme de la commission Paul Amor en mai 1945 permet de « combler un retard d’une soixantaine d’années » et énonce 14 principes dont le premier résume la philosophie de cette réforme : « La peine privative de liberté a pour but essentiel l’amendement et le reclassement des prisonniers ». Elle prône pour la première fois la création d’un service social et médico-psychologique au sein des établissements pénitentiaires. (principe 10)

A partir des années 50, des hôpitaux pénitentiaires (Fresnes et les Baumettes) sont créés ainsi que des centres spécialisés dans certaines pathologies comme Liancourt pour la tuberculose. La psychiatrie est à l’origine des premières formes d’autonomisation avec création en 1967 des CMPR (Centres Médico-Psychologiques Régionaux) mais les psychiatres devront attendre 10 ans (décret 1977) pour être libérés de la « subordination hiérarchique » au directeur d’établissement.

Dans les années 70, le fossé se creuse entre la médecine en milieu pénitentiaire et celle en milieu libre par rapport aux « marges d’autonomie, aux rémunérations, modes de recrutement ». [47] Bruno Milly observe alors à la fin des années 70 « 2 fractures » au sein des professions de santé :

- entre le secteur somatique et psychiatrique qui s’est déjà émancipé
- entre le milieu pénitentiaire et le milieu libre

Dans ce contexte, le docteur S.Troisier énonce pour la première fois à Athènes en 1979 un serment professionnel propre aux médecins exerçant en milieu pénitentiaire :

« Nous, membres des professions de santé exerçant en prison, réunis à Athènes le 11 septembre 1979, prenons l’engagement, dans l’esprit du serment d’Hippocrate, de prodiguer les meilleurs soins possibles à ceux qui sont incarcérés à quelque titre que ce soit, sans porter atteinte aux principes de nos éthiques professionnelles respectives. »

La préoccupation croissante de l’exercice en prison aboutira à la publication dans le code de déontologie médicale de 1979 d’un article spécifique à la médecine en milieu pénitentiaire (article 10) qui constitue la première reconnaissance de la spécificité de cette médecine.

Les années 80 amorcent un redressement de la situation avec 4 dates-clefs qui marquent le début de la « désincarcération » de la médecine en milieu pénitentiaire :

- tout d'abord en 1984, le contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires est confié à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et ne dépend plus de l'Inspection Générale de l'Administration Pénitentiaire garantissant ainsi la nécessaire indépendance de ce type de mission.
- en 1986, les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) sont créés en milieu pénitentiaire et rattachés aux hôpitaux publics psychiatriques. Une nouvelle fois la psychiatrie, qui initia en 1877 la première forme de spécialisation des médecins, franchit une étape décisive en se rattachant au service public hospitalier, le personnel ne dépendant plus de l'administration pénitentiaire.
- en 1987, l'organisation des soins somatiques des établissements faisant partie du programme 13000 est confiée à des opérateurs privés.
- enfin en 1988 et 1989, « l'afflux des patients VIH en prison a largement contribué à repenser l'organisation des soins aux détenus »³⁰. Comme au XIX^{ème} siècle, le contexte épidémique d'une maladie dont on savait encore peu de chose a aidé à prendre en compte l'enjeu de santé publique que représente la santé des détenus. Les autorités ont alors décidé d'établir des conventions entre les établissements pénitentiaires et des structures hospitalières spécialisées dans la prise en charge des patients atteints du sida (CISIH) qui furent « la première manifestation d'une autonomie du secteur somatique »³¹.

Dans les années 90, la marche vers la réforme s'accélère. En 1992, 3 conventions entre des établissements publics hospitaliers et des établissements pénitentiaires sont signées et finissent ainsi d'initier le mouvement de désenclavement. En 1993, le Haut comité de la Santé Publique rend un rapport décisif et sans appel sur les insuffisances de la prise en charge sanitaire des détenus par l'administration³² et prône, à partir des précédentes expériences de « décloisonnement » de la médecine, pour « l'accès aux soins somatiques et de santé mentale, de coupler chaque établissement pénitentiaire à un établissement public de santé ».³³

³⁰ Propos du Pr Didier Sicard

³¹ B. Milly, Soigner en prison, puf, op.cit. p 90

³² 33. HCSP, *Santé en milieu carcéral. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*. 1993., Chapitre I : Un constat nuancé : « ...C'est à l'Administration Pénitentiaire qu'échoit la tâche d'organiser la prise en charge sanitaire des détenus et de la financer...Elle doit dès lors l'assurer sans disposer de la compétence, ni des outils et des relais qui permettraient d'apporter les réponses appropriées aux graves problèmes de santé publique présentés par la population pénale. En effet, l'absence de savoir-faire et de légitimité de cette administration à concevoir des politiques de santé et à assurer le repérage systématique des besoins de détenus en la matière, le recours à des personnels de statuts très disparates, la précarité de leurs modes de rémunération nuisent à la capacité des services médicaux des établissements pénitentiaires à assurer convenablement la continuité des soins et à définir un véritable projet de service dans l'établissement. »

³³ 33. Ibid.

2. LA LOI DU 18 JANVIER 1994 ET LE PRINCIPE D'EQUIVALENCE

2.1 La loi du 18 janvier 1994 : un accès aux soins « dedans comme dehors »³⁴

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale présente 2 volets : d'une part, elle transfère du service public pénitentiaire au service public hospitalier l'organisation et la prise en charge sanitaire des détenus et d'autre part, elle permet l'affiliation de tous les détenus au régime général de la Sécurité Sociale dès leur incarcération.

La loi fut suivie du décret n°94-929 du 27 octobre 1994 qui en fixe les conditions d'application puis complétée par la circulaire interministérielle n°45 du 8 décembre 1994 et de son guide méthodologique.

L'objectif de la réforme, détaillé dans la circulaire du 8 décembre 1994, est d'« assurer aux personnes incarcérées une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population. »[49]

Au vu de l'histoire des prisons précédemment évoquée, cette loi représente une avancée décisive pour le droit et l'accès aux soins des détenus en France et a participé à la réhabilitation de la médecine en milieu pénitentiaire en la rattachant à la médecine hospitalière, supprimant ainsi l'idée de l'existence d'une « autre médecine voire d'une sous-médecine pour les détenus »³⁵. Isabelle Chauvin souligne ainsi à juste titre que « le terme de médecine pénitentiaire est manifestement impropre. La déontologie et l'éthique font qu'il n'y a pas et qu'il ne peut pas y avoir de « médecine pénitentiaire » [51]

Si cette loi semble l'aboutissement logique des réformes initiées dans les années 80, la « discrétion et la rapidité » avec laquelle cette réforme aux conséquences majeures a été adoptée, suscite un certain nombre d'interrogations³⁶. Certes à la suite de la publication de différents rapports alarmants sur l'état des prisons, la pression de l'opinion publique sur le politique et le législateur a largement participé à précipiter l'adoption de la loi, mais beaucoup s'accordent à dire que l'infection par le virus du sida à l'époque, avec « sa menace potentielle pour l'ensemble du corps social, » a joué un « rôle starter »³⁷ dans l'adoption de la loi en faisant « vaciller le fragile équilibre du système de soins en milieu pénitentiaire »³⁸.

Aussi, en dépit d'« indéniables progrès » dans la prise en charge sanitaire des détenus, le bilan reste-t-il modeste³⁹ comme en témoignent les différents rapports émis depuis 1994. La collaboration entre 2 administrations dont les priorités et les objectifs divergent, voire

³⁴ 48. Faucher, D., *Ethique médicale en milieu carcéral: suivi des personnes détenues en quartier d'isolement*, in *DU Ethique Médicale, Espace Ethique AP-HP*. 1999, Université Denis Diderot, Paris 7.

³⁵ 50. Farges, E., *La gouvernance de l'ingérable. Quelle politique de santé publique en milieu carcéral? Analyse du dispositif sanotaire des prisons de Lyon et perspectives italiennes*, in *DEA Politiques Publiques et gouvernements comparés*. 2003, Lyon 2., repère note 113

³⁶ 50. Ibid., repère note 248

³⁷ 50. Ibid., repère note 160

³⁸ Rapport Nicolas-Collin de 1993 cité par 35.Sénat, N°449, *Rapport sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires*. juin 2000.

³⁹ « Dix ans après la loi sur la santé pénitentiaire, la situation n'est pas satisfaisante », Nathalie Guibert, *Le monde*, 8 décembre 2004

s'opposent, reste difficile comme le montre la complexité des transferts prison-hôpital, les UCSA étant par définition des unités pour soins ambulatoires. [34, 35, 50, 52]

Ainsi, même si des moyens financiers conséquents ont été alloués pour mettre en œuvre la réforme⁴⁰, le principe d'« équivalence » des soins en nécessiterait bien davantage, posant alors le problème de l'effectivité d'une loi qui pourrait être de « circonstance » et dont les moyens ne sont pas suffisants pour permettre son application.

2.2 L'équivalence des soins

2.2.1 Une notion lourde de sens

La notion d'équivalence est présentée comme un des objectifs de la loi du 18 janvier 1994 et formulée ainsi dans différents rapports⁴¹ :

«...assurer aux personnes incarcérées une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population » [34]

« assurer aux personnes incarcérées une égalité et une continuité de soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population » [49]

Le texte législatif où est écrite cette notion est la circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale.⁴²

En voici quelques extraits :

« ... L'ensemble de la réforme engagée pour assurer à la population incarcérée **une qualité et une continuité des soins équivalant à ceux offerts à l'ensemble de la population** ne saurait être mené à son terme sans l'apport immédiat et indispensable d'un **personnel médical et infirmier qualifié et expérimenté**. Aussi la loi prévoit-elle que les infirmiers de l'administration pénitentiaire sont... »

« La prise en charge financière des soins dispensés aux détenus, tant en milieu hospitalier qu'en milieu pénitentiaire, par **l'assurance maladie**...

« En revanche, les soins dispensés en milieu pénitentiaire constituent **une mission nouvelle pour les établissements de santé** concernés par le nouveau dispositif, et donc une charge nouvelle. Des dotations budgétaires supplémentaires sont attribuées... »

« En outre, l'administration pénitentiaire prend à sa charge la totalité de la cotisation dont sont redevables durant leur incarcération les détenus affiliés... »

⁴⁰ 52. Colloque "Santé en prison". Dix ans après la loi: quelle évolution dans la prise. 2004., « plus 40% entre 1994 et 2000 », Bilan de la loi : l'organisation des soins en prison, p 19

⁴¹ 34. IGAS-IGSJ, *Rapport d'évaluation sur l'organisation des soins au détenu*. juin 2001, 35. Sénat, N°449, *Rapport sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires*. juin 2000, 49. DHOS, *Télé médecine et Etablissements pénitentiaires. Etude de faisabilité*. 2001, Ministère de la Justice. Ministère de l'emploi et de la solidarité.

⁴² J.O n°29 du 3 février 1995, page 1859

Le milieu carcéral est soumis à de telles contraintes qu'il est légitime face à l'affirmation de ce principe d'équivalence de se poser 2 questions :

- sur qui repose légalement l'application de ce principe ?
- les moyens alloués répondent-ils aux besoins réels?

Il est clairement noté dans ce texte que cette « équivalence » est assurée par les personnels médical et infirmier. Cela sous-entend que s'ils ne peuvent assurer cette équivalence dans la qualité et la continuité des soins, ils ont le devoir d'en référer à l'administration.

Il existe donc 2 volets pour permettre cette équivalence :

- le personnel médical et infirmier
- l'assurance maladie

Même si une circulaire n'a pas le poids d'une loi, elle garde force exécutoire.

Celle du 8 décembre 1994 en inscrivant dans les textes de façon formelle cette notion d'équivalence, l'impose au soignant qui implicitement aura le devoir, s'il veut éviter tout risque de poursuite judiciaire, d'évaluer, budgétiser et transmettre les besoins s'il n'a pas les moyens d'y répondre.

Nous verrons à partir des résultats de l'étude les conséquences pratiques et l'enjeu éthique qu'implique l'affirmation d'un tel principe notamment lorsque les moyens ne sont pas suffisants pour sa mise en œuvre.

2.2.2 Equivalence, égalité et équité

Le verbe équivaloir ou l'adjectif équivalent viennent étymologiquement de « aequivalere » qui signifie : avoir une valeur égale. La définition du dictionnaire Robert est « avoir la même valeur, valoir autant. »

L'équivalence tend ainsi à l'égalité et non à l'équité. Comme nous l'avons vu dans la définition du concept d'équité, la différence fondamentale entre l'égalité et l'équité est la prise en compte de la situation dans laquelle se trouve l'individu. L'équité s'inscrit dans la « visée éthique » de la personne en appelant à une « égalité non pas de fait mais de droit »[13], un « droit flexible »⁴³ contrairement à la rectitude et l'anonymat du droit dérivé de l'égalité.

L'égalité amène à l'égalitarisme. Or un accès égalitariste aux soins dont l'impact économique est loin d'être négligeable, ne repose sur aucune exigence éthique. Seul l'équité s'impose. Ainsi Jean-Luc Migué, dans un article⁴⁴ intitulé « Egalitarisme, gage d'équité » conclut que « l'égalitarisme incorporé dans les pratiques est un **concept anti-économique et immoral** »[53]. Cela ne remet nullement en cause le fait que « les détenus ont un droit inaliénable d'accéder à une médecine de la plus grande compétence possible. »[54]

Enfin, cette différence entre équité et égalité, même si elle n'est pas sans conséquence sur la pratique médicale, peut paraître incongrue lorsqu'on connaît la situation sanitaire des détenus et les difficultés de prise en charge actuelles. En effet, il est probable que, quand bien même la loi affirmerait un accès aux soins meilleur que celui de la population générale, le retard accumulé en matière de santé, l'état de précarité de la population carcérale et l'abîme qui sépare le milieu libre des prisons la rendraient pour longtemps ineffective.

⁴³ selon l'expression du Pr C.Hervé

⁴⁴ disponible sur le site www.quebecoislibre.org

3. LES DETENUS AUJOURD'HUI

La France compte aujourd'hui près de 60 000 détenus⁴⁵, soit un millième (0,001%) de la population française.⁴⁶

Cette population carcérale présente quelques caractéristiques essentielles à exposer pour la compréhension de la problématique de l'accès aux soins en milieu pénitentiaire.

3.1 Prévenus et condamnés

Parmi les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires, il existe 1/3 de prévenus et 2/3 de condamnés, dont la durée moyenne de détention sont respectivement de 7, 5 mois et 3,8 mois pour la détention provisoire.⁴⁷

Contrairement aux condamnés qui sont des personnes détenues dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judiciaire définitive, les prévenus sont des personnes qui n'ont pas été encore jugées ou dont la condamnation n'est pas définitive.⁴⁸ Ces personnes sont donc « présumées innocentes » et ce statut est loin d'être respecté.⁴⁹

Dans les Maisons d'Arrêt qui représentent près des 2/3 des établissements pénitentiaires, se côtoient ainsi les prévenus et des condamnés à de courtes peines. En dépit de la loi de 1875 sur l'encellulement individuel des prévenus, la surpopulation carcérale oblige le plus souvent la cohabitation forcée de prévenus et condamnés.

De même, la suspension des minima sociaux comme le RMI, systématique en détention, ne fait pas de différence entre prévenu et condamné. [35]

Les conditions de vie et d'hygiène en détention, notamment en maison d'arrêt, sont des facteurs délétères pour la santé des détenus. Ils ont été maintes fois dénoncés dans livres et rapports, nous n'insisterons pas. [55] [35]

Avant d'aborder spécifiquement l'état sanitaire des détenus, nous rappellerons brièvement quelques données statistiques⁵⁰ concernant la durée des peines et les motifs d'incarcération, souvent mal évalués par l'opinion publique dont la perception des prisons est distordue par le traitement médiatique de l'actualité. Ainsi peut-être sera-t-on surpris des 1,5% de réclusions criminelles à perpétuité sur l'ensemble des peines alors même que les affaires qui en sont responsables occupent une place déterminante sur la scène médiatique.

⁴⁵ **60 963 détenus** au 1^{er} juillet 2003. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, juillet 2003, Direction de l'Administration Pénitentiaire

⁴⁶ Chiffres de la population française arrondie à 60 millions d'habitants à partir du recensement de mars 1999

⁴⁷ **21 925 prévenus et 39 038 condamnés** au 1^{er} juillet 2003. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, juillet 2003, Direction de l'Administration Pénitentiaire

⁴⁸ Glossaire, Direction de l'Administration Pénitentiaire

⁴⁹ « Les prévenus : des sous détenus ? 35. Sénat, N°449, *Rapport sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires*. juin 2000.

⁵⁰ Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, juillet 2003, Direction de l'Administration Pénitentiaire

Figure 1: Répartition selon la durée de la peine

- Inférieure à 1 an :	31,3%
- De 1 à 3 ans :	22,7%
- De 3 à 5 ans :	9,9%
- Plus de 5 ans :	36%

Figure 2: Répartition selon la nature des infractions commises

- 22,2%	Viol et autres agressions sexuelles
- 20,3%	Vol simple et qualifié
- 15,5%	Coups et blessures volontaires
- 12,7%	Infractions à la législation sur les stupéfiants
- 9%	Homicide volontaire
- 6,3%	Escroquerie, recel, faux et usage de faux
- 4,9%	Homicide et atteinte involontaire à l'intégrité de la personne
- 2,1%	Infraction à la législation sur les étrangers
- 7,1%	Autre motif

3.2 La santé des détenus: entre exclusion et précarité

Les détenus sont des hommes (à plus de 94%), jeunes (moyenne d'âge de 31 ans) et plus d'1/5 de la population carcérale est d'origine étrangère.⁵¹

Comme le note le Pr B Hoerni [56], les trois volets de la santé définie par l'OMS⁵² sont affectés : physique, mental et social. Cela donne un exemple flagrant de la nécessité absolue d'intégrer chacun des 3 volets et notamment le volet social dans la prise en charge de la santé. [8]

Sur le **plan social**, les détenus cumulent les facteurs d'exclusion et arrivent en prison en situation d'échec : [35]

- échec du système scolaire avec un taux d'illettrisme très élevé (1/3 des entrants se situent en dessous du seuil de lecture fonctionnelle)
- échec du milieu familial avec lequel ils sont en rupture, victimes de maltraitance
- échec du système économique avec un taux de chômage supérieur à 50%, 62% pour les moins de 25 ans

Sur le **plan physique**, en dépit de sa jeunesse, la population carcérale présente un « état sanitaire dégradé ». Elle cumule les facteurs de risques qui ne feront que s'aggraver en détention. Ainsi, plus d'un tiers des entrants ont des problèmes d'addiction : toxicomanie (38%), polytoxicomanie en constante progression⁵³, consommation d'alcool et tabac (80% des entrants) largement supérieure à la population générale. [34]

⁵¹ Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, juillet 2003, Direction de l'Administration Pénitentiaire

⁵² Définition de la santé selon OMS : « la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social... », 2. OMS, *Santé 21, la politique-cadre de la Santé pour tous*. 1999.

⁵³ 52. Colloque "Santé en prison". Dix ans après la loi: quelle évolution dans la prise. 2004.

Des soins dentaires pour les entrants sont considérés comme urgents dans 80% des cas. [35] De même, il existe une forte prévalence des hépatites B et C alors que celle du VIH est en baisse. [52]

Enfin sur le **plan mental**, la situation est des plus alarmantes :

D'une part, la fréquence des troubles psychiatriques chez les détenus est extrêmement élevée, au moins 25% dont 8% de psychoses graves⁵⁴. D'après une récente étude épidémiologique sur la santé mentale⁵⁵, près de 8 hommes sur 10 présentent au moins un trouble psychiatrique, 47% des détenus souffrent de troubles dépressifs, et près de 24% des troubles psychotiques dont 8% de schizophrénie, c'est-à-dire 8 fois plus que la population générale. Enfin, le taux de suicide dans les prisons françaises est le plus important d'Europe.⁵⁶

D'autre part, la morbidité psychiatrique est en constante augmentation [52] et le projet de création d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) ne suffira certainement pas à répondre aux besoins. Plus grave encore est le problème en amont de « la décision de justice face à la maladie mentale »⁵⁷ Ainsi, le nombre d'accusés jugés « irresponsables au moment des faits » est passé de 17% dans les années 1980 à 0,17% pour l'année 1997. [35] Dans un article publié récemment, les professeurs Olié et Loô confirment cette tendance préoccupante qui conduit les psychiatres experts à « reconnaître un sujet malade mental et responsable de ses actes, donc punissable ». L'exemple donné dans l'article est très révélateur et permet de bien saisir la gravité d'une telle décision :

« Un schizophrène qui surprend sa famille et tout le monde par un acte soudainement commis sous l'emprise d'un délire et d'hallucinations est orienté vers l'hôpital ; au contraire, le schizophrène socialement isolé ou vivant dans la rue a, aujourd'hui en France, le grand risque de se retrouver en prison s'il commet un acte criminel. ...

...Enfin, que penser d'une société capable d'accepter que des hommes et des femmes malades aillent en prison en prenant l'alibi d'une présence médicale au sein des établissements pénitentiaires ? »[58]

La psychose est une maladie grave qui se traduit pour l'individu par une « perte de contact avec la réalité » : il ne vous entend pas, son entendement ne répond plus. La schizophrénie en prison toucherait 8% de la population carcérale, 8% sur 60 000 détenus, soit 0,0008% de la population française. La prévalence de la schizophrénie en France est de 1%⁵⁸. La société ne peut-elle pas mettre les moyens suffisants pour prendre en charge dignement les 0,0008% de patients actuellement en prison souffrant de schizophrénie?

Ainsi, ce bref constat sur l'état de santé des détenus et leur situation d'extrême précarité permet de comprendre la place centrale qu'occupe le soin en prison et le nécessaire investissement que la société doit faire, à travers leur prise en charge sanitaire, pour espérer les sortir du cercle vicieux de l'exclusion et les aider à une réinsertion sociale.

⁵⁴ estimation du Dr P.Carrière, psychiatre à la maison d'arrêt de Saint-Brieuc, le canard enchaîné, 7 juillet 2004

⁵⁵ Etude DGS/DAP conduite par les professeurs B.Falissard et F.Rouillon de juillet 2003 à septembre 2004, rendue publique le 7/12/04

⁵⁶ 57. Prieur, C., *La majorité des détenus souffrent de troubles psychiques*, in *Le monde*, 8 décembre 2004. 2004. « La majorité des détenus souffrent de troubles psychiques »

⁵⁷ 58. Olié, J.-P., Loô Henri, *La décision de justice face à la maladie mentale*, in *Le Monde* 10 Août 2005. 2005.

⁵⁸ source universitaire (Faculté de Grenoble), Marc Dubuc, Mai 2003

III. LE MILIEU ISOLE

Le milieu carcéral est extrême dans un sens, comme peut l'être le milieu isolé dans un autre. Ces milieux s'opposent comme deux pôles mais le centre est le même : l'homme et son droit à disposer de moyens suffisants pour assurer sa santé.⁵⁹

Le milieu isolé est présenté ici comme milieu « naturel » dans le sens où l'homme ne l'a pas créé, contrairement au milieu « artificiel » de la prison, pensé et construit par l'homme pour l'application d'une peine de privation de liberté qui s'avère par défaut être la voie du « moins mal punir ».

L'intrication de la peine et du soin en milieu pénitentiaire rend complexe à tous les niveaux le problème de l'accès aux soins.

La référence au milieu isolé et à l'expérience acquise en matière d'accès aux soins peut non seulement aider à reconnaître les difficultés mais proposer des pistes pour améliorer l'accès aux soins.

L'enjeu éthique des soins en milieu isolé se résume au respect du principe d'équité d'accès aux soins. La faible population vivant dans ces milieux est une constante et a pour principale conséquence une limitation des moyens humains et financiers. Dès lors toute initiative visant à l'amélioration de l'accès aux soins est bienvenue et explique que la question de l'utilisation ou non des TIC ne se pose pas en milieu isolé.

Même si les difficultés d'accès aux soins en milieu carcéral le rapprochent du milieu isolé, l'objectif et les moyens de soins en milieu carcéral sont cependant très différents et justifient le travail d'évaluation des difficultés et des besoins en matière de soins afin d'en adapter au mieux les moyens d'y répondre.

1. FACTEURS D'ISOLEMENT

Le milieu isolé n'a pas de définition propre autre que sa référence à la notion d'isolement.

Le terme isolé est défini par « ce qui est séparé de chose de même nature ou d'une autre nature »⁶⁰ et renvoie à son étymologie latine « façonné comme une île »⁶¹.

L'isolement, quelle qu'en soit la cause, crée pour la population qui le subit une contrainte susceptible de diminuer son accès aux soins.

Les facteurs qui contribuent à créer un milieu isolé sont multiples, variés et très souvent intriqués. Nous présentons une liste non exhaustive des quelques facteurs responsables d'isolement « durable »:

⁵⁹ **Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, article 25, alinéa 1**

⁶⁰ **Dictionnaire de L'Académie française, 8th Edition (1932-5) , Page2:80**

⁶¹ **Laboratoire d'analyse et de traitement informatique de la langue française (ATIFL)**
<http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/fast.exe?mot=isole>

- le facteur géographique : comme l'île, *isola* en latin, symbole de l'isolement.
- le facteur économique : par le manque de moyens notamment financiers dans les pays en voie de développement
- le facteur culturel : comme chez les Moken, dernier peuple nomade de la mer situé dans l'archipel à la frontière maritime entre la Thaïlande et la Birmanie. Ils vivent d'île en île, de collectes et en complète autonomie.⁶²
- le facteur religieux ou certaines dérives sectaires
- le facteur individuel : à travers les situations de handicap physique ou mental

D'autres facteurs sont sources d'isolement mais de façon transitoire :

- le facteur climatique : comme en Terre Adélie (TAAF) où la banquise hivernale empêche tout accès à la base française de Dumont d'Urville durant 8 mois
- le facteur politique : avec les conséquences désastreuses sur la situation sanitaire qu'impliquent les embargos économiques

Enfin, nous évoquerons le facteur social dont la complexité se révèle dans le rapport étroit qui existe entre isolement et exclusion. « L'exclusion, c'est au-delà du seul critère économique, l'isolement et la solitude » disait Dominique Versini en affirmant la nécessité de ne pas séparer le sanitaire du social. [8] Ainsi l'isolement social est facteur d'exclusion comme l'exclusion provoque l'isolement d'un individu.

Si le rapport entre les 2 notions semble évident, le lien et leur inter-dépendance le sont beaucoup moins. L'exclusion fait appel à une notion plus abstraite et difficile à quantifier alors que l'isolement est plus concret et son constat semble plus facile à faire.

2. LE MILIEU ISOLE GEOGRAPHIQUEMENT

Parmi tous les facteurs d'isolement, l'éloignement géographique est celui qui donne une image simple et concrète de l'isolement et pose ainsi le mieux le problème de l'accès aux soins d'une population vivant en situation d'isolement.

L'éloignement géographique impose à la population une contrainte plus ou moins forte selon le degré d'éloignement qualifiée de « naturelle » dans le sens où l'homme ne l'a pas créée et ne peut la modifier. Il ne doit sa vie ou parfois sa survie qu'à sa formidable – pris au sens étymologique du terme, qui inspire la crainte- capacité d'adaptation.

3 milieux « isolés » serviront de référence aux arguments développés :

- l'île Rachel⁶³ située au milieu de l'océan qui abrite la communauté considérée comme l'une des plus isolées du monde
- les Terres Australes et Antarctiques Françaises et notamment l'archipel des Kerguelen où séjourne chaque année depuis 50 ans, une mission à vocation scientifique composée d'une centaine de personnes

⁶² Groupe Minorités Ethniques, Médecins du Monde, Avril 2005, *Birmanie : Retour de mission exploratoire auprès des Moken.* (Patrick BAGUET, Jacques IVANOFF)

⁶³ Le nom de l'île est volontairement modifié pour en préserver l'anonymat. Le rapprochement entre prison et vie insulaire est malheureusement fréquent dans les médias et toujours mal vécu par les populations concernées. Le sujet est donc sensible et le propos de ce travail ne saurait être interprété dans un sens qui porterait atteinte à ces populations insulaires.

- le Québec et ses territoires du grand Nord, dont la densité de population est très inférieure à celle des pays européens⁶⁴

Contrairement à la population carcérale, la population en milieu isolé représente un échantillon de la population générale, sans caractéristique ni tare particulière. Son équilibre de vie se confond avec celui de l'horizon. Son organisation sociale interdit toute exclusion de l'autre, la survie en dépend. Ce milieu de vie est également marqué par un grand respect de la nature dont les éléments sont très présents notamment sous forme de contraintes.

Le milieu peut être dur à vivre mais la population est libre, libre de rester y vivre. De cette liberté, découle l'acceptation de contraintes liées à l'éloignement qui se traduisent sur le plan sanitaire par des difficultés ou l'impossibilité d'accéder aux structures de soins des grands centres urbains.

Ainsi l'isolement géographique devient une contrainte majeure pour le médecin qui a en charge l'organisation des soins de la population. Il doit être en mesure de prendre en charge le patient sur place, le plus souvent seul et sans pouvoir espérer un quelconque transfert.⁶⁵

3. LA PRATIQUE MEDICALE EN MILIEU ISOLE

La structure de base est toujours la même et ressemble à un « hôpital de campagne » ou à un dispensaire. Le médecin, officier médical comme disent les anglais⁶⁶, peut être assisté dans sa mission de soin d'infirmières ou d'auxiliaires de santé préalablement formés. Ce petit hôpital lui permet d'avoir une activité de consultation, de faire des radiologies, des examens biologiques, des soins dentaires, de pratiquer une intervention chirurgicale sous anesthésie générale. La principale difficulté réside dans la gestion des urgences qui sortent de son champ de compétence et dans l'accès aux soins spécialisés.

La pratique médicale en milieu isolé que l'on pourrait rapprocher de la médecine pratiquée par nos pairs il y a quelques générations, se caractérise par une riche pratique médicale, une immersion sociale indissociable de cette pratique et une lourde responsabilité. Le milieu isolé n'offre pas le choix d'une autre pratique. La prise en charge médicale doit assurer le nécessaire et le suffisant. Cela participe certainement à maintenir cette pratique médicale un peu particulière à contre-courant de l'évolution de la « médecine moderne ».

⁶⁴ Québec : 5,5 habitants / Km² et France : 108,2 habitants / Km²

⁶⁵ **Instructions générales relatives à l'organisation et au fonctionnement du service médical dans les districts du Territoire des TAAF, Service Médical, 2005**

« Dans l'état actuel de l'organisation médicale dans le Territoire des T.A.A.F., le médecin hivernant est entièrement responsable, sur le plan local, de l'état de santé du personnel. Il doit faire face à la situation sans aide extérieure.

Il serait très discutable de penser qu'il peut compter, en urgence, sur une intervention de secours (évacuation, apport de médicaments, venue d'un chirurgien, intervention du navire de relève ou de la Marine Nationale). Ces interventions doivent être considérées comme aléatoires et exceptionnelles. »

⁶⁶ Traduction libre de « medical officer »

3.1 La pratique médicale

- La nécessaire **polyvalence** du médecin en situation d'isolement estompe les distinctions :
 - entre médecine générale et médecine spécialisée. Il assure lui-même les soins spécialisés dans les limites de ses compétences permettant une prise en charge globale du patient sans le découpage par organe qu'opère la « médecine hyperspécialisée » d'aujourd'hui ;
 - entre médical et chirurgical. Le médecin reçoit une formation qui doit lui permettre de faire face à la prise en charge d'une urgence chirurgicale. Ainsi, les médecins d'Afrique du Sud faisaient⁶⁷ partie des médecins les mieux formés à ce type d'exercice, car après leur cursus de médecine générale, une période d'exercice de 3 ans en « brousse » imposée par le gouvernement, leur permettaient d'acquérir une solide expérience médico-obstétrico-chirurgicale ;
 - entre médical et paramédical : Il est amené à réaliser lui-même les examens biologique et radiologique, à effectuer les soins prescrits ainsi que la rééducation. Il travaille à la formation du personnel sur place auquel il n'hésitera pas à déléguer des tâches y compris médicales ;
- La médecine en milieu isolé repose essentiellement sur la **clinique** du fait de la difficulté ou l'impossibilité d'avoir recours aux examens complémentaires « modernes »⁶⁸. Le médecin doit par ailleurs lui-même interpréter les examens complémentaires ; il choisit alors de façon la plus pertinente possible ceux qui seront susceptibles de modifier sa conduite thérapeutique.

3.2 L'immersion sociale

Le médecin soigne dans le milieu où il vit. Il connaît tous les patients nominativement et personnellement. Le faible effectif de la population entraîne généralement une charge de travail modérée qui lui permet une disponibilité pour la population 24 heures sur 24. Aussi sa mission de soin ne s'arrête-t-elle jamais au seuil de l'hôpital ni à l'ordonnance prescrite. Qu'il devienne infirmier, pharmacien ou kinésithérapeute après son examen médical, le médecin par son inclusion sociale accompagne le patient jusqu'au bout des soins.

Il fait alors l'expérience tous les jours de l'intérêt de l'alliance du soin et du social. [8]

⁶⁷ La situation a changé actuellement

⁶⁸ autre que les examens biologique et radiologique de base

3.3 La responsabilité ou l'éthique de la responsabilité

Les conditions d'isolement laissent le médecin seul dans sa mission de soin, seul dans sa prise de décision. Il passe de l'isolement du milieu à la solitude de l'être devant agir. Ce sentiment de solitude est d'autant plus fort que le soignant est isolé dans sa possibilité de partager cette responsabilité avec d'autres soignants.

La notion de responsabilité est certes commune à tout exercice médical mais l'isolement lui donne une dimension particulière et en fait une caractéristique essentielle de la pratique en milieu isolé. Ainsi poser une indication chirurgicale pour un médecin qui n'est pas chirurgien, est une décision lourde à prendre au vu des complications iatrogènes possibles. Mais si la situation l'impose, il doit prendre cette décision et en assumer toutes les conséquences. Cette responsabilité du soignant face à son devoir d'agir, appelle à une certaine éthique qui tient compte de la situation et conduit le soignant à faire non pas « la meilleure action mais la moins mauvaise ».⁶⁹

Nous concluons cette présentation de la pratique médicale en milieu isolé sur la réflexion du docteur John Fletcher, en mission sur l'île Rachel en 1996,⁷⁰ qui résumait en trois adjectifs, les qualités essentielles d'un médecin exerçant en milieu isolé:

- ABLE
- AVAILABLE
- RELIABLE

La traduction libre donne :

- Capable avec l'idée de compétence
- Disponible
- Fiable avec l'idée de responsable

Ces 3 qualificatifs ont une résonance universelle pour tout médecin et en tout lieu. Si la compétence et la responsabilité relèvent de la nécessité, la disponibilité est moins évidente mais ô combien essentielle. Gabriel Marcel en fait d'ailleurs la principale caractéristique de la personne. Cette disponibilité selon Yves N'Djana, se traduit dans la relation médecin-patient par l'écoute : « elle est l'expression du don, une marque d'intérêt et de considération pour le patient ». [59] [60]

⁶⁹ Propose de France QUERE à propos de l'éthique : « l'éthique n'est pas la meilleure action mais la moins mauvaise ».

⁷⁰ Journal de l'auteur, 1996

4. L'ISOLEMENT : UN PARADOXE ET UNE REALITE

4.1 Un paradoxe

L'expérience de vie dans un milieu isolé géographiquement permet de faire un premier constat : l'isolement géographique d'un milieu n'induit pas forcément un sentiment d'isolement pour la population qui y vit. On peut vivre ainsi parmi la communauté considérée comme la plus isolée géographiquement et n'avoir aucun sentiment d'isolement par rapport au monde extérieur. L'organisation sociale communautaire explique en partie ce paradoxe : chaque individu est intégré comme membre à part entière et la communauté veille à ce que personne ne soit exclu. D'ailleurs toute exclusion sociale dans un contexte d'isolement extrême, aurait rapidement des conséquences dramatiques sur la santé mentale et physique de l'individu⁷¹. Ainsi, quel que soit l'éloignement géographique d'un groupe humain, l'organisation d'un tissu social à mailles serrées qui ne laisse aucun membre du groupe isolé permet de contrôler ce sentiment d'isolement.

Par contre ce sentiment d'isolement est souvent exprimé chez les humains de passage, journalistes et autres touristes dont le court temps de séjour ne permet pas une intégration réelle. Leur groupe social de référence étant éloigné, s'ensuit pour eux un sentiment d'isolement qu'ils projettent à tort sur la population locale.

Si les milieux isolés géographiquement ne permettent pas paradoxalement de comprendre les effets de l'isolement sur l'individu, le milieu pénitentiaire permet d'approcher sa dure réalité.

Tout d'abord rappelons qu'historiquement, l'isolement est le premier principe de la prison qui doit non seulement, séparer le condamné du monde extérieur, mais aussi le conduire à la solitude, « première condition à la soumission totale en assurant le tête-à-tête du détenu et du pouvoir qui s'exerce sur lui ».

Ainsi, le rapport entre isolement et solitude est à la base des différences entre les 2 systèmes américains d'emprisonnement au début XIX^{ème} siècle : [31]

- le système d'Auburn qui prescrit l'isolement la nuit et le travail en commun le jour redonne au détenu des « habitudes de sociabilité » pour l'aider à redevenir un être social
- le système de Philadelphie qui est basé sur l'isolement absolu : « ...Les murs sont la punition du crime ; la cellule met le détenu en présence de lui-même ; il est forcé d'entendre sa conscience » ... « il l'interroge et sent en lui se réveiller le sentiment moral qui ne périt jamais entièrement dans le cœur de l'homme »⁷².

On comprend alors qu'au début du XIX^{ème} siècle, par l'isolement, la solitude était utilisée comme « instrument positif de réforme » dont la philosophie se résume par cette citation : « Jeté dans la solitude le condamné réfléchit. Placé seul en présence de son crime, il apprend à le haïr, et si son âme n'est pas encore blasée par le mal, c'est de l'isolement que le remords viendra l'assaillir »⁷³

⁷¹ « Stress et environnement polaire », G.Cazes, Cl. Bachelard, Neuro-psy, vol 4, n°2, février 1989

⁷² Journal des économistes, II, 1842, cité par 61. Foucault, M., *Surveiller et punir*. 1975: Gallimard. p 276

⁷³ A. de Tocqueville, *Rapport à la chambre des Députés*, cité in Beaumont et Tocqueville, *Le système pénitentiaire aux Etats-Unis*, 3^{ème} édition 1845, cité par 61. Ibid. p 274

Mais qu'en est-il aujourd'hui ? Qu'y a-t-il dans cette peine privative de liberté ?

- l'isolement pour mettre les détenus « hors état de nuire à la société » ?

- la solitude pour espérer une sourde rédemption qui viendrait de l'intérieur ?

A partir de l'expérience vécue de l'« isolement paradoxal » en milieu isolé, on peut s'interroger sur l'isolement réel et vécu par les détenus. Certes ils sont isolés du milieu extérieur mais comme tout groupe humain en situation d'isolement, ils s'organisent en prison. Un ordre social émerge alors à partir des valeurs qui sont les leurs, aboutissant à des règles souvent peu républicaines, « loi du plus fort, l'argent est roi » [35]

Cette organisation sociale dont la société leur abandonne la gestion sous l'œil de l'administration pénitentiaire, participe non seulement à limiter les effets de l'isolement mais contribue également à faire du milieu carcéral un milieu particulièrement malsain, antisocial et peu enclin à la réinsertion de l'individu. Difficile alors de voir dans « la peine privative de liberté, l'amendement et le reclassement social du condamné ».

4.2 Une réalité

Sombre conclusion. Mais peut-être n'y a-t-il pas de réflexion éthique sans souffrance.

De l'isolement d'un groupe humain, nous passons l'isolement d'un être humain.

Inconcevable en milieu isolé, le milieu pénitentiaire l'a conçu : la détention en quartier d'isolement ou quartier disciplinaire. Comme au XIX^{ème} siècle mais sans la philosophie. L'expérimentation qui consiste à isoler un individu de son groupe et à le forcer à vivre en situation stricte d'isolement est contraire aux droits de l'homme⁷⁴, à la déontologie ou à l'éthique la plus élémentaire. Elle est surtout dangereuse car on ne peut contrôler son impact psychique et destructurant. Les prisonniers de guerre ou les otages en ont déjà fait l'expérience. Cela confirme – mais avait-on besoin de cela ?- l'intérêt vital pour l'individu du lien social.

Ce mode de détention dont les autorités connaissent parfaitement les « effets néfastes » ne saurait être mené sans aval médical. Ainsi le code de procédure pénale impose 2 visites médicales par semaine⁷⁵ et l'administration pénitentiaire demande un certificat médical « apte à l'isolement »⁷⁶, vraisemblablement pour se « couvrir » en cas de plainte ou d'incident. Mais le médecin a aussi le devoir de témoigner.⁷⁷

Le Dr D.Faucher a ainsi suivi les détenus des quartiers d'isolement pendant 3 ans à Fresnes. Grâce aux soins, elle leur a apporté un peu d'humanité alors qu'ils en étaient totalement dépossédés. Son témoignage est livré dans un mémoire d'éthique médicale. L'isolement y est complet, la fenêtre haut située « ne permet pas la moindre évocation du regard vers l'horizon ». Nous passerons les détails « du lieu sordide » et « des déchets et rats crevés dégageant une

⁷⁴ L'article 3 de la convention européenne des droits de l'homme ne considère pas l'isolement comme un traitement inhumain et dégradant, « Ethique en milieu carcéral : Suivi des personnes détenues en quartier d'isolement », D.Faucher, mémoire DU Ethique médicale, 1999, p 4

⁷⁵ Article D 375 du Code de Procédure Pénale

⁷⁶ 48. Faucher, D., *Ethique médicale en milieu carcéral: suivi des personnes détenues en quartier d'isolement*, in *DU Ethique Médicale, Espace Ethique AP-HP*. 1999, Université Denis Diderot, Paris 7. p 18

⁷⁷ « La vocation du médecin consiste à défendre la santé physique et mentale de l'homme et à soulager la souffrance dans le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine... » Article 1 des principes d'éthique européenne

« Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, ne serait-ce que par sa présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité ». Article 10 du code de déontologie médicale

odeur pestilentielle »⁷⁸ pour ne nous intéresser qu'aux conséquences de l'isolement sur l'individu.

En voici quelques extraits.

Un poème sur l'isolement.

Vrai parce que vécu par les détenus,

Et grave parce que « c'est de l'homme qu'il s'agit »⁷⁹

« Etre isolé, c'est n'avoir personne à regarder et personne qui vous regarde... »

« Etre isolé, c'est n'avoir plus personne à toucher. »

« La poignée de main ouvrant et terminant chaque entretien est d'une particulière intensité au Q.I.⁸⁰, seul contact physique volontaire avec une autre personne : une poignée de main par semaine. Un jour, un homme me dit qu'au retour de promenade, suite à une erreur de la part des surveillants, il avait croisé un autre isolé. Ce dernier lui déclara « ça fait 5 ans que je n'ai pas serré la main d'un autre mec... »

« Etre isolé, c'est n'avoir plus personne à qui parler »

« Etre isolé, c'est perdre son autonomie, ...ne pas ouvrir soi-même la lumière, la douche... »

« Etre isolé, c'est être nié. C'est la conclusion qui s'impose aux hommes isolés et qu'ils évoquent avec pudeur et seulement s'ils sont sollicités par un entretien en toute bienveillance et confiance. Ils empruntent un langage imagé évoquant la mort pour exprimer comment ils vivent leur détention en isolement : « J'ai l'impression d'être dans un tombeau, d'être enterré vivant », « je ne vis pas », « je me vide », « je n'existe pas », disent-ils. Ils se disent atteints dans leur dignité. Une vie privée de relations visuelles, verbales avec les autres, privée de relations sexuelles, de partage et d'échanges, de plaisir. Une telle vie est-elle encore une vie ? »

Les récits de naufragés témoignent aussi des affres de l'isolement. Mais contrairement au détenu, le naufragé est porté par l'espoir de retrouver les siens. [62]

Le témoignage des détenus est bouleversant : comme en plein naufrage, ils dansent avec la mort, sans pouvoir faire surface. Ils n'ont plus d'horizon pour poser leur regard. La souffrance morale induite par cet isolement affecte durablement leur santé aussi bien mentale que physique⁸¹.

Eteindre tout espoir de refaire un jour surface. Est-ce cela la peine de privation de liberté ?

Le corps n'est plus supplicié, mais le mental ? Le châtement est plus « pudique », moins visible mais tout aussi douloureux, et surtout plus durable. N'est-ce pas là une conception « géhenne » de la prison ?

Cessons alors de dire « la peine privative de liberté a pour but essentiel l'« amendement et de reclassement du condamné ».⁸²

⁷⁸ Ibidem, D.Faucher, mémoire DU Ethique médicale, 1999 , p 5

⁷⁹ Titre de l'ouvrage de Jean Bernard : « C'est de l'homme qu'il s'agit »

⁸⁰ Q.I : Quartier d'Isolement

⁸¹ « les anomalies de la vision sont constantes en détention. Le champ de vision est limité aux murs de la cellule, l'accomodation au loin ne se fait plus. Au Q.I, ils ne voient plus jamais l'horizon. » Ibidem, D.Faucher, mémoire DU Ethique médicale, 1999 , p 17

⁸²La réforme Amor, 1944-1945 (www.justice.gouv.fr/musee/histoire/vingt/26a.htm)

IV. LA TELEMEDECINE ET LES TIC

« Le progrès nous condamne à perpétuité »

Alfred Sauvy⁸³

Les Technologies de l'Information et de la communication (TIC) ont investi le champ de la santé depuis plusieurs années comme en témoignent en France tous les applications recensées par le ministère de tutelle (cartographie DHOS) et l'exponentielle progression des publications. [63]

Nous avons insisté en début de chapitre sur la nécessaire équité d'accès aux soins des populations. Les TIC offrent aujourd'hui des outils utiles et efficaces pour améliorer l'accès aux soins de populations notamment celles vivant en situation d'isolement.

Par delà sa simple et évidente étymologie, la télémédecine est un concept complexe qu'il convient de bien cerner pour en comprendre les difficultés pratiques.

1. DEFINITIONS

1.1 TIC : Technique ou technologie

Même si la confusion terminologique entre technique et technologie est aujourd'hui irréversible, il convient de réaffirmer que la télémédecine fait appel au concept de « technique » et non de technologie⁸⁴. Cette « contamination française » de l'après-guerre a subsisté aux dires de Jacques Cellard parce que le mot technologie apparaissait « plus noble, plus chargé de science, plus avancé que le substantif qu'il a supplanté. »⁸⁵

Pour ne pas nuire à la clarté du propos et satisfaire aux normes de la littérature, nous nous résignerons à utiliser dans ce travail le terme impropre de « technologie »⁸⁶

L'apport des TIC, anciennement dénommées NTIC pour « Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication », dans le domaine de la Santé a fait naître dans les années 50 le concept de télémédecine. Depuis, les termes au préfixe « télé » prolifèrent et cela justifie qu'on en définisse les différentes acceptions.

⁸³ Cité par B.Glorion, Table ronde sur la télémédecine, Conseil National de l'Ordre des Médecins

⁸⁴ Technique désigne « l'ensemble des objets, des gestes liés à la fabrication et à l'utilisation de systèmes améliorant, amplifiant les performances des corps dans leurs rapports à l'environnement », Encyclopédia Universalis, 41. Froissart, S., *La rencontre entre la médecine et les nouvelles technologies de l'information et des communications: implications pour le management*, in *Thèse HEC Montréal*. 1999.

⁸⁵ Technologie, Encyclopédia Universalis, J.Guillierme, 1990, France S.A

⁸⁶ « la surcharge suffixale « ologie » fut pourtant censuré par le comité d'études des termes techniques, considérant qu'elle alourdissait la langue et contribuait en outre à brouiller les significations » Technologie, Encyclopédia Universalis, J.Guillierme, 1990, France S.A

1.2 Télémédecine et télésanté⁸⁷

Il existe de nombreuses définitions de la télémédecine. Le Collège des médecins du Québec définit d'une façon générale la télémédecine comme « l'exercice de la médecine à distance à l'aide des moyens de télécommunications ».⁸⁸

Le terme télésanté possède un sens plus large puisqu'il inclut en plus de la télémédecine, la formation continue, les services internet, les applications cliniques informatisées comme le dossier médical électronique déjà en service outre-atlantique.⁸⁹

1.3 Les applications de la télémédecine

En considérant la télémédecine comme toute utilisation des TIC dans le domaine de la santé (soins, enseignement, recherche) V. Hazebroucq⁹⁰ distingue 5 principales applications de la télémédecine :

- la téléconsultation : un médecin demande un avis à un autre médecin ou téléexpertise entre 2 spécialistes de la même spécialité
- la téléassistance : le patient demande directement assistance à un professionnel de santé (SAMU)
- la télésurveillance ou télésoins à domicile⁹¹ : le patient est surveillé à distance par l'équipe médicale (exemple du monitoring fœtal)
- le téléenseignement ou téléformation / e-learning qui permet au praticien l'accès aux données
- la cybermédecine : Réseau informatisé avec une organisation de la santé intégrant les dimensions humaine et technologique

La visioconférence et l'internet sont deux avancées technologiques récentes qui ont bousculé les applications de télémédecine et qui permettent aujourd'hui la transmission à coût raisonnable de grandes quantités d'informations multimédias, voix, sons, images, animations, données physiologiques.⁹²

Dans notre étude, nous présentons aux professionnels de santé l'utilisation des TIC à travers 3 applications :

- Le dossier médical informatisé ou DMP pour Dossier Médical Partagé qui correspond à la constitution d'un dossier informatique regroupant les comptes-rendus médicaux,

⁸⁷ 64. Bonnardot, L., *La télésanté au Québec: problématiques et applications en région éloignée*, in *Laboratoire d'Éthique Médicale, IREB*. 2004, Paris 5.

⁸⁸ Position du collège des médecins du Québec sur la télémédecine, mai 2000.

⁸⁹ Ainsi en mars 2001, au Québec, **la Table ministérielle en télésanté** définissait la télésanté comme « les soins et services de santé, les services sociaux, préventifs ou curatifs, rendus à distance par le biais d'une télécommunication, incluant les échanges audiovisuels à des fins d'information, d'éducation et de recherche, et le traitement de données cliniques et administratives. »

⁹⁰ Cours 21 janvier 2005, « Problèmes éthiques posés par la télémédecine », Master d'Éthique Médicale, V. Hazebroucq, J.Clavero

⁹¹ Expression employée au Québec

⁹²ibidem, V. Hazebroucq,

les examens complémentaires et permettant le « partage » du dossier avec d'autres intervenants bénéficiant d'un accès privilégié.

- La télé-médecine où le terme « médecine » pris au sens large inclut la chirurgie, la radiologie, la biologie...que nous séparons [65]en :
 - o télémédecine en temps réel (real-time) avec l'utilisation de la visioconférence
 - o télémédecine en temps différé (store-and -forward) par envoi d'email et de fichiers attachés par liaison internet sécurisée ou dans un réseau intranet

Cependant la définition des termes et de leur champ sémantique ne saurait suffire à saisir les avantages et les limites de la télémédecine. Une mise en perspective historique s'impose pour comprendre les vrais enjeux et les difficultés posés par la pratique de la télémédecine.

2. LE CONCEPT DE TELEMEDECINE⁹³

2.1 « Un concept qui n'a rien de nouveau »

Si on se limite à l'étymologie du terme télémédecine, et à son préfixe grec « télé », à distance, la télé-médecine ou médecine à distance, existe depuis l'invention du télégraphe (1843) puis du téléphone (1876) qui autorisa les premières auscultations téléphoniques [66].

La télé-médecine est donc un « concept médical qui n'a rien de nouveau »⁹⁴ et jusqu'à preuve du contraire comme l'affirme Pr B.Glorion⁹⁵, il n'existe pas de technique mise à la disposition des médecins qui ait été refusée et dont les médecins n'ait pas usé.

2.2 Et pourtant...

Si on considère comme le montre S.Froissart, que la télémédecine n'est pas une discipline mais la réunion de trois disciplines à savoir la médecine, les technologies médicales et les technologies de la télécommunication, on commence à approcher le concept de télémédecine et à entrevoir sa complexité.

Ainsi la plupart des auteurs dans la littérature placent la naissance de la télémédecine dans les années 50 avec les travaux de la NASA (National Aeronautics and Space Administration)⁹⁶.

⁹³ Ce chapitre est rédigé essentiellement à partir du remarquable travail de Thèse de S. Froissart, disponible à la bibliothèque HEC Montréal et au Laboratoire d'Éthique médicale à Paris 541. Froissart, S., *La rencontre entre la médecine et les nouvelles technologies de l'information et des communications: implications pour le management*, in *Thèse HEC Montréal*. 1999.

⁹⁴41. Ibid. p 11

⁹⁵ B.Glorion, Table ronde sur la télémédecine, Conseil National de l'Ordre des Médecins

⁹⁶ Projet Mercure 1958-63 avec surveillance médicale à distance des astronautes, 41. Froissart, S., *La rencontre entre la médecine et les nouvelles technologies de l'information et des communications: implications pour le management*, in *Thèse HEC Montréal*. 1999., p 7

Chacune de ces 3 disciplines a sa propre histoire et la télémédecine qui est au centre ne fait que les réunir.

Avec l'autorisation de S.Froissart, nous reproduisons en annexe à partir de son travail les principaux repères historiques de chacune de ces 3 disciplines (ANNEXE 2) et son tableau récapitulatif sur l'évolution des champs d'étude de la médecine.

Tableau 1: Récapitulatif: Perspectives historiques sur l'évolution des champs d'étude de la médecine⁹⁷

EPOQUE	CHAMP D'ETUDE	APPROCHE DOMINANTE
Grèce antique	Les Dieux, les esprits	Religion, philosophie
Vème siècle avant JC	L'Homme	Clinique
XVIIème siècle : introduction de la technologie médicale		
Début XIXème siècle	L'organe	Physiologie
Fin XIXème siècle	La cellule	Vaccination
Mi XX ème siècle	Le gène	Génétique
XX ème siècle : essor des technologies de télécommunications		
Fin XX ème siècle :	L'information	TIC

Cette approche historique de chaque discipline est utile pour comprendre les enjeux soulevés par la pratique de la télémédecine. Non seulement elle permet d'individualiser chaque discipline en tant que telle mais aussi laisse-t-elle apparaître l'influence des technologies sur la médecine. Ainsi, selon S.Froissart, les technologies ont eu 4 impacts sur la pratique médicale⁹⁸ :

- séparation du médecin et du patient : la présence du patient n'est plus indispensable pour interpréter ses troubles
- amélioration de la connaissance du corps humain, des maladies et développement de nouvelles thérapeutiques
- gestion des technologies dans un lieu spécifique : l'hôpital souvent
- nécessité d'une spécialisation car les connaissances sont trop vastes

Enfin, le travail de terrain mené par cet auteur a mis en évidence l'impact organisationnel de la pratique de la télémédecine. De la même façon que la télémédecine réunit 3 disciplines, elle met en jeu au sein d'une même structure, l'hôpital, 3 catégories professionnelles : les médecins, les techniciens et les gestionnaires dont la parfaite coordination est nécessaire à l'usage de la télémédecine. Les résultats de son étude montrent que les différences de « culture de métier »⁹⁹ et de mode de communication entre ces 3 corps de métier sont à l'origine d'importants problèmes relationnels et organisationnels et gênent considérablement le bon fonctionnement de la télémédecine.¹⁰⁰

⁹⁷ 41. Ibid. p 43

⁹⁸ 41. Ibid. p 27

⁹⁹ 67. Chevrier, *Les équipes interculturelles de travail*, in *Université de Québec, Montréal*. 1995. p. 292.

¹⁰⁰ 41. Froissart, S., *La rencontre entre la médecine et les nouvelles technologies de l'information et des communications: implications pour le management*, in *Thèse HEC Montréal*. 1999. p 184

3. ENJEUX DE LA TELEMEDECINE

3.1 L'accès aux soins pour tous

La télémédecine est historiquement et conceptuellement un moyen d'améliorer l'accès aux soins notamment pour les populations vivant en régions éloignées, isolées, rurales ou embarquées en mer. En devenant économiquement et techniquement accessible [68], elle est aujourd'hui un outil essentiel pour assurer l'équité d'accès aux soins pour tous.

Le milieu isolé géographiquement¹⁰¹ est un terrain privilégié pour les applications de télémédecine qu'elles soient en temps réel ou en temps différé.

Nous ne ferons que citer parmi les nombreuses initiatives, celle de l'association caritative Swinfen Charitable qui contribue efficacement au développement d'une « télémédecine pas chère » (low-cost telemedicine) pour les populations en situation d'isolement ou défavorisées économiquement. [69]

Dans les 3 milieux isolés pris comme référence pour ce travail (île Rachel, TAAF et le Québec), la télémédecine fait partie des moyens de prise en charge médicale.

3.2 Une justification économique ?

La réduction des coûts de transport est un des principaux moyens de rentabiliser le lourd investissement des infrastructures de télémédecine. Aussi plus les populations sont en situation d'isolement comme les insulaires ou les détenus, plus le coût des transferts sanitaires est élevé, plus l'utilisation de la télémédecine est rentable et permet d'amortir les coûts d'investissement.¹⁰²

L'utilisation du transfert d'images de scanner pendant la grande garde de neurochirurgie en Île de France a permis de diminuer de 66% à 20% les « rejets », c'est à dire le déplacement du patient pour simple examen sans qu'il y ait d'indication neurochirurgicale posée, entraînant des réductions de coût substantielles¹⁰³.

Néanmoins le risque d'augmenter les dépenses existe à partir du moment où on facilite l'accès aux soins. Ainsi, la transposition de l'application en neurochirurgie en Irlande du sud a eu un effet paradoxal. La population rurale étant géographiquement isolée des centres de soin référents, elle n'avait qu'un accès limité au scanner et aux avis neurochirurgicaux. L'utilisation de la transmission d'images a accru de façon considérable la demande d'avis neurochirurgicaux et par suite les dépenses de santé.¹⁰⁴

La distance géographique est donc un élément déterminant pour décider de la mise en œuvre d'un programme de télé-médecine et en assurer la rentabilité.¹⁰⁵

¹⁰¹ « ...la rupture de l'isolement des médecins dans les zones rurales devrait être une priorité pour le développement de la télémédecine dans notre pays qui demeure très hospitalocentrique. » A. Lefebvre, Télémédecine et santé, Conseil National de l'Ordre des Médecins

¹⁰² Aspects socio-économiques de la télémédecine, Dr JP Thierry, Conseil National de l'Ordre des Médecins

¹⁰³ Transmission inter-hospitalière d'images radiologiques pour la prise en charge des urgences neurochirurgicales, résultat de l'évaluation. Dossier Cedit APHP, 1996

¹⁰⁴ Entretien du 7/10/05 avec le Dr V.Hazebroucq,

¹⁰⁵ Telehealth cost justification, Mary Moore, 1996

3.3 Les limites de la télémédecine

Cependant la télémédecine présente un certain nombre d'inconvénients bien documentés dans la littérature. S.Froissart en retient 3 types :

- technologique lié aux infrastructures de télécommunications, aux problèmes d'équipement et de maintenance
- économique posant ainsi la question du rapport coût efficacité de la télémédecine[70]
- humain et organisationnel, ce dernier point étant souvent négligé alors qu'il constitue une cause d'échec majeur [71], « la télémédecine est d'abord un exercice de relations humaines »¹⁰⁶

Le recours aux TIC et à la télémédecine ne sont pas sans poser de problèmes pratiques pouvant compromettre leur efficacité.

Aussi performante soit-elle, la télémédecine bouleverse la relation médecin-patient et il faut alors pouvoir justifier de soigner un patient à distance plutôt que sur place. La question de la distance est alors essentielle à évaluer avant la mise en œuvre d'un programme télé-médecine.

Aussi pour savoir si la télémédecine est un outil adapté au milieu pénitentiaire et susceptible d'améliorer l'accès aux soins des détenus, chercherons nous dans un premier temps à évaluer la distance entre la prison et l'hôpital,

Puis à partir de l'évaluation du sentiment d'isolement des soignants et de leurs difficultés dans leur mission de soin, nous essaierons de comprendre quelle est la vraie distance qui sépare les prisons du milieu libre.

Enfin nous discuterons en nous appuyant sur le témoignage des soignants de l'opportunité de l'utilisation de ces technologies en milieu carcéral pour améliorer l'accès aux soins des détenus.

¹⁰⁶ Rapport sur les résultats du projet de démonstration aux îles de la Madeleine, février 2001, Cloutier A, Fortin JP

CHAPITRE II : MATERIEL ET METHODE

OBJECTIF DE RECHERCHE

A travers le prisme de l'accès aux soins notamment spécialisés, l'objectif de cette étude est d'évaluer la distance UCSA-Hôpital et le sentiment d'isolement des soignants à l'UCSA, de comprendre les principales difficultés de la pratique médicale en milieu pénitentiaire pour mieux en cerner les besoins, puis de recueillir l'opinion des professionnels de santé sur l'intérêt potentiel des TIC.

CHAMP D'ETUDE

Le champ d'étude est resserré autour du problème de l'accès aux soins et avis spécialisés dans le domaine somatique.

La prise en charge psychiatrique en milieu pénitentiaire répond à une organisation spécifique avec un personnel et des locaux différents, les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR).

Le critère d'éloignement étant un élément déterminant dans la littérature pour justifier le recours aux TIC pour la prise en charge médicale, il nous est apparu nécessaire d'évaluer à l'échelle nationale la distance qui sépare l'UCSA de son hôpital de rattachement. Après avoir vérifié auprès de l'administration pénitentiaire l'absence de données statistiques sur le sujet, la décision fut prise de joindre par téléphone toutes les UCSA françaises.

Le hasard eût été une méthode valide pour sélectionner les UCSA mais il n'aurait pas permis d'obtenir une « photographie » du parc pénitentiaire français, essentielle pour juger de la représentativité de l'échantillon choisi.

I. PHASE 1 : LE TEMPS INFIRMIER

1. POPULATION CIBLEE

A partir de la liste des UCSA (174 UCSA déclarées) fournie par le Dr Robert PY¹⁰⁷, une première série d'appels (20) a permis de cibler la population et de mettre au point le questionnaire.

Les infirmières par leur présence 7 jours sur 7 au sein de l'UCSA et leur forte implication dans la prise en charge sanitaire des détenus se sont imposées comme la population cible de cette première étape dont l'objectif principal était de sélectionner les UCSA en fonction de leur profil et de recueillir le témoignage des infirmières sur leur pratique quotidienne à l'UCSA.

2. OUTIL D'ÉVALUATION : le questionnaire téléphonique

Un questionnaire à questions fermées et ouvertes fut retenu comme méthode d'évaluation. Afin d'évaluer le sentiment d'isolement, une question à échelle analogique fut élaborée sur le modèle de l'échelle visuelle analogique (EVA) d'autoévaluation de la douleur.

Le questionnaire proposé reprenait les principales questions posées au médecin. (cf annexe3) :

- Profil de l'UCSA :
 - Type d'établissement pénitentiaire
 - Situation géographique par rapport à l'hôpital de rattachement
 - Effectif / nombre de vacations de l'équipe soignante (médecin généraliste, spécialiste, psychiatre, dentiste...)
 - Effectif de détenus et capacité d'accueil
- Sentiment d'isolement
- Principales difficultés
- Problèmes d'accès aux soins spécialisés pour les détenus

¹⁰⁷ Fichier excel « listes des UCSA »

II. PHASE 2 : LE TEMPS MEDICAL

1. POPULATION CIBLEE

L'accès aux soins en milieu pénitentiaire passe nécessairement par l'équipe soignante, parfois relayé par le surveillant. Cette équipe dépend, depuis la loi du 18 janvier 1994, du service hospitalier public et se compose de médecins généralistes à temps partiel ou temps complet, de médecins spécialistes vacataires et d'infirmières travaillant de jour. Elle est complétée par des chirurgiens-dentistes, psychologues, pharmaciens, kinésithérapeutes, manipulateurs radio et secrétaires.

Les soins somatiques sont dispensés au sein d'Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) qui dépend d'un service hospitalier de l'hôpital de rattachement

Cette deuxième étape s'adresse au médecin-chef de l'UCSA et à un spécialiste exerçant régulièrement à l'UCSA.

Les UCSA furent choisis selon leur profil défini à la première étape et afin d'obtenir un échantillon homogène et représentatif du territoire national.

Pour satisfaire au critère d'homogénéité, seules les UCSA des maisons d'arrêt furent prises en compte. En effet, le nombre important de mouvements (transferts) et l'examen des primo arrivants génèrent une demande de soins plus importante qu'ailleurs et donc un recours au spécialiste plus fréquent.

La représentativité fut obtenue en choisissant 2 UCSA aux caractéristiques géographiques différentes parmi les 10 régions pénitentiaires (9 en métropole et une outre-mer).

Ainsi l'UCSA la plus proche et la plus éloignée ont pu être facilement identifiées à partir de l'estimation en temps et en kilomètres de la distance UCSA-hôpital de rattachement faite par les infirmières.

Un fac-simile de présentation du travail fut adressé à chaque médecin-chef de l'UCSA concerné puis un rendez-vous fut pris par téléphone.

La même procédure fut adoptée pour les entretiens des spécialistes consultant à l'UCSA.

2. OUTIL D'EVALUATION : le questionnaire téléphonique

Un questionnaire composé de questions fermées, semi-ouvertes et ouvertes fut proposé par téléphone au médecin après une présentation de l'étude par fax et la prise de rendez-vous par téléphone.

En marge du questionnaire, les réactions et commentaires de l'intervenant furent retranscrits transformant parfois le questionnaire en un entretien semi-directif.

2.1 Conception du questionnaire

3 approches ont permis de concevoir le questionnaire :

1. La recherche bibliographique à partir de medline, OVID, moteur de recherche et sites spécialisés (prison.eu.org, SPIP, OIP, légifrance, la santé-vie publique.fr, DHOS) en prenant les mots clefs : médecine en milieu pénitentiaire, santé, télémedecine, télésanté, milieu isolé, équité, accès aux soins
2. Les entretiens avec des acteurs des domaines du milieu pénitentiaire et de la télémedecine
 - entretiens réguliers avec
 - le Pr Christian Hervé (chef du service médecine légale et responsable de l'UCSA de Nanterre)
 - le Dr Luc Montuclard (médecin-chef UCSA de Nanterre)
 - Maître Catherine Legouge (avocate)
 - entretiens ponctuels de 1H30 à 3H00 avec
 - Dr Vincent Hazebrouck (radiologue, chargé de mission APHP)
 - Dr Sylvie Balanger (médecin-chef UCSA de la Santé, Paris)
 - Mme Hélène Faure (responsable télémedecine, DHOS, Paris)
 - Dr Pierre-Yves Robert (médecin-chef UCSA de Nantes)
 - Dr P. Espinoza (médecin, service des urgences, HEGP, Paris)
 - Dr Claude Bachelard (médecin-chef des TAAF, Paris)
 - entretiens téléphoniques
 - Pr Didier Sicard (service de médecine interne et UCSA de la Santé, Paris)
 - Dr F. Moreau (médecin-chef UCSA de Bois d'Arcy)
 - Dr JM. Wojcik (médecin-chef UCSA de Cayennes)
3. Visites des UCSA
 - Nanterre (Haut de Seine)
 - la Santé (Paris)
 - Nantes (Pays de la Loire)

L'évolution du questionnaire médecin a ainsi suivi la progression de la recherche. Sa formulation finale fut testée sur 6 médecins (3 médecins-chefs UCSA, 3 spécialistes rattachés à l'UCSA)

2.2 Composition du questionnaire (cf annexe 4)

Questionnaire médecin généraliste et spécialiste

- Profil de l'UCSA et du médecin
- Isolement et difficultés d'exercice en milieu pénitentiaire
- Accès aux soins spécialisés
- Technologie de l'Information et de la communication
 - o Dossier Médical Partagé
 - o Télémédecine en temps différé
 - o Télémédecine en temps réel
- Synthèse

2.3 Analyse statistique

Recueil des données sur tableur Excel

Utilisation du logiciel Statview pour analyse statistique univariée :

- t-test pour données quantitatives ou indépendantes
- test χ^2 pour données qualitatives
- seuil de significativité $p < 0,05$

CHAPITRE III : RESULTATS

A. RESULTATS TEMPS INFIRMIER

I. POPULATION

- Les questions ont pu être posées directement aux infirmières ou aux rares infirmiers des UCSA, à l'exception d'une psychologue, d'une secrétaire et de 3 cadres infirmiers
- 174 UCSA furent contactés par ordre alphabétique à partir de la liste des UCSA transmise par Dr Robert, président du syndicat des médecins exerçant en prison (SMEP) :
 - 151 réponses, réparties selon le type d'établissement pénitentiaire en :
 - 100 maisons d'arrêt
 - 25 centres de détention
 - 7 centrales
 - 19 centres pénitentiaires
 - 23 non réponses
 - 13 UCSA non joignables à 3 reprises
 - 7 numéros de téléphone erronés
 - 2 refus de réponse par téléphone exprimés par une infirmière et un médecin
 - 1 UCSA fermée pour cause d'inondation

II. DEROULEMENT (du 12 mai au 8 juin 2005)

- L'entretien téléphonique débutait par une présentation de l'étude, plus ou moins longue selon l'attention accordée à mes propos. Les infirmières m'ont fait remarquer à plusieurs reprises que seule ma qualité d'interne les invitait à accepter de répondre par téléphone.
- Seuls une infirmière et un médecin représentant chacun une UCSA n'ont pas souhaité répondre par téléphone.
- La durée moyenne des entretiens est de 9 minutes avec des extrêmes de 6 à 40 minutes, le questionnaire évoluant parfois vers l'entretien semi-directif.
- 3 questions concernant la visioconférence, l'accès à l'internet et les protocoles thérapeutiques téléphonés ont complété le questionnaire pour le dernier tiers alphabétique de liste des UCSA mais la dernière question n'a pu être statistiquement exploitée.

III. PRESENTATION DES RESULTATS

1. PROFIL DE L'UCSA (Question de 1 à 5)

1.1 Distance

La distance moyenne séparant l'UCSA de l'hôpital de rattachement est de 8,6 km avec une médiane à 3,5 km. Ainsi les 2/3 des UCSA sont situées à moins de 5 km (67%) de l'hôpital de rattachement. (Figure 1).

La distance en temps est en moyenne de 13 minutes avec une médiane à 10 minutes.

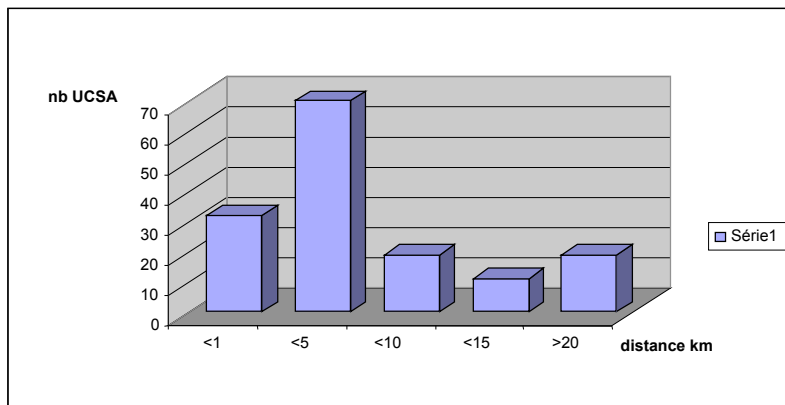


Figure 3: Répartition des UCSA selon la distance UCSA-hôpital

2.5 Effectif médecin

1.2.1 Vacation en médecine générale

Le nombre de vacations (1/2 journée) en médecine générale dans les UCSA est en moyenne de 6,3 demi-journées par semaine avec une médiane à 5, soit 2,4 demi-journées par semaine et pour 100 détenus.

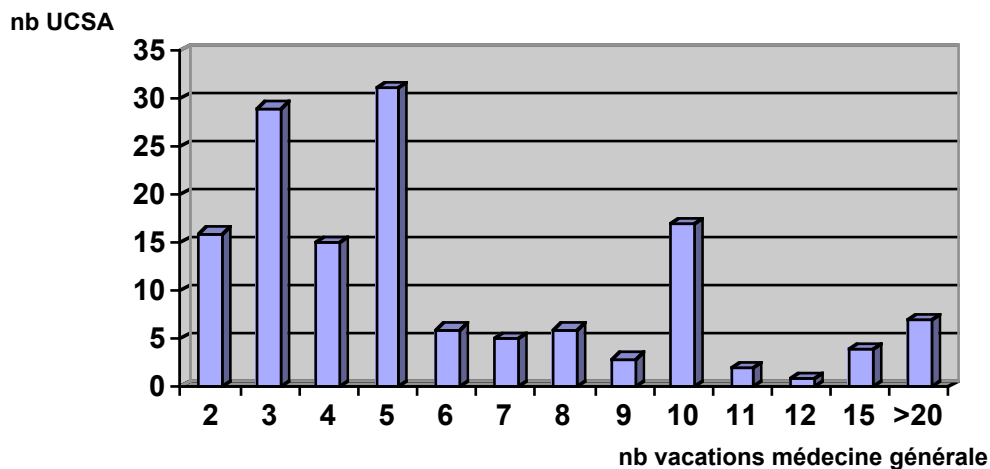


Figure 4: Répartition des UCSA selon le nombre de vacations par semaine en médecine générale

1.2.2 Vacation de médecins spécialistes

Le nombre moyen de médecins spécialistes intervenant en prison est de 2,2 par UCSA et pour 100 détenus. La figure 3 montre la fréquence de consultations sur place dans les différentes spécialités.

On note que 23% des UCSA n'ont aucun spécialiste consultant sur place et 60% des UCSA ont moins de 3 spécialistes sur place.

La figure 5 montre la répartition selon le type de spécialités.

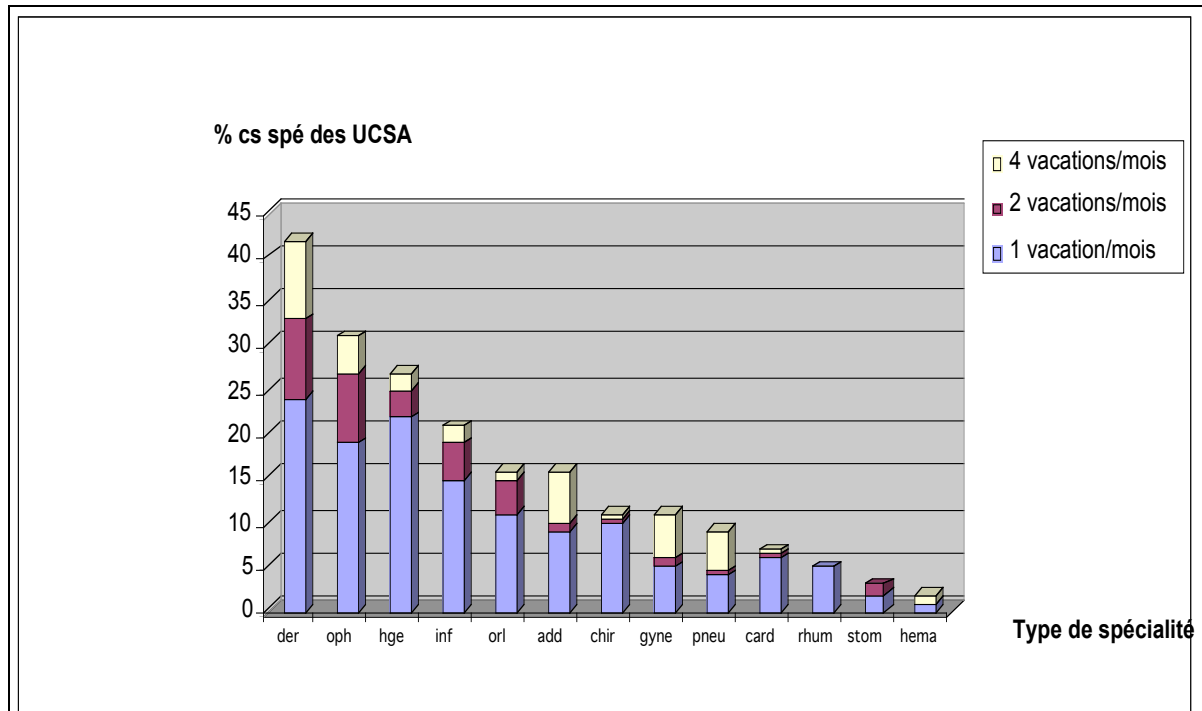


Figure 5: % de consultations spécialisées dans les UCSA et nombre de vacations par mois

1.3 Effectif de détenus et nombre de places

Le nombre de détenus par UCSA est très variable avec une moyenne de 315 détenus par établissement et une médiane à 210 détenus. La surpopulation touche près de 70% des établissements dont 12% compte plus du double de détenus par rapport à la capacité d'accueil. La moyenne dépasse les 133% de surpopulation avec une médiane à 210 détenus.

1.4 Extractions médicales

L'estimation du nombre d'extractions médicales par semaine est de 2,7 pour 100 détenus. Les extractions incluent les consultations externes, les urgences et la réalisation des clichés thoraciques dans le cadre du dépistage de la tuberculose. Ce chiffre reste approximatif dans la mesure où seuls 10% des UCSA ont pu fournir le nombre exact d'extractions annuelles.

2. ACCES AUX SOINS

2.1 Accès aux soins spécialisés (Question 6)

72% des infirmières et infirmiers interrogés estiment qu'il n'y a pas de difficultés d'accès aux soins spécialisés pour les détenus en milieu pénitentiaire et parmi eux, 20% jugent que leur accès est meilleur que celui de la population générale, faisant souvent référence aux difficultés pour obtenir des rendez-vous de consultations en dermatologie et ophtalmologie. Seuls 23% notent des difficultés d'accès aux soins spécialisés et 5% ne se prononcent pas.

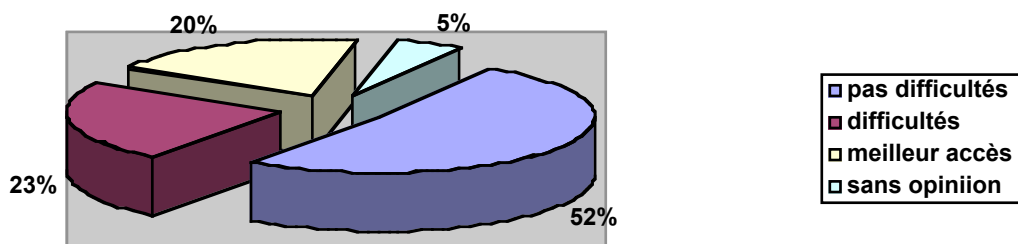


Figure 6: Difficulté d'accès aux soins spécialisés

2.2 Avis médical en urgence (Question 9)

Pour obtenir un avis médical, les infirmier(e)s ont recours en première intention dans plus de la moitié des cas au médecin de l'UCSA aux heures ouvrables, le SMUR étant appelé directement dans 34% des cas.

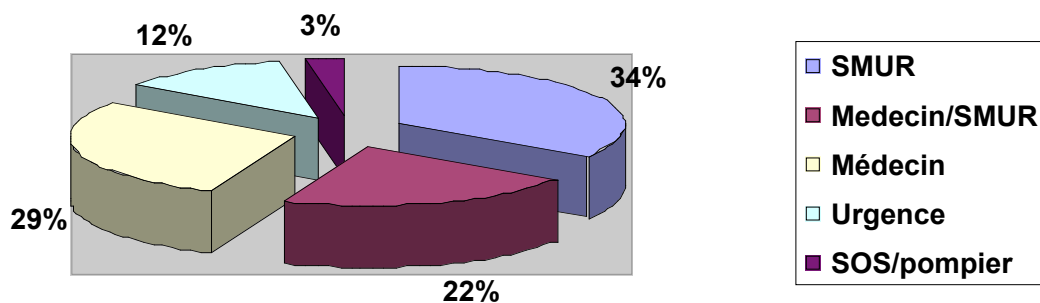


Figure 7: Référent pour avis médical en urgence

3. ISOLEMENT (Question 8)

Sur une échelle de 1 à 10, le sentiment d'isolement moyen est de 5,3.

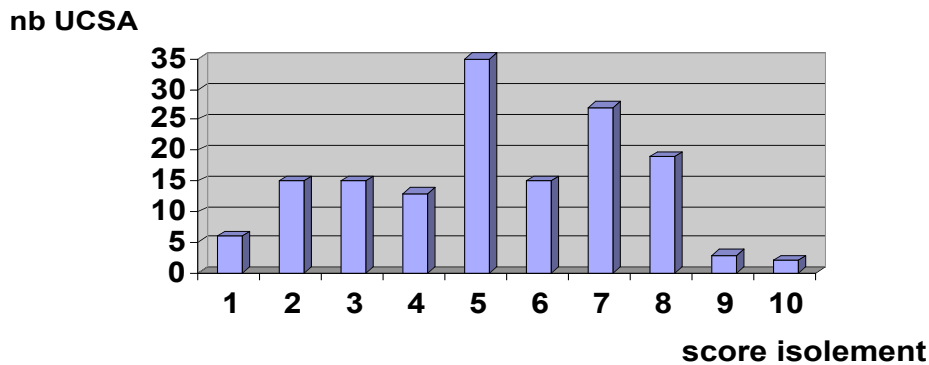


Figure 8: Evaluation du sentiment d'isolement des infirmier(e)s à l'UCSA

L'étude statistique ne retrouve pas de variation significative du sentiment d'isolement selon les types d'établissement pénitentiaire, la distance UCSA – Hôpital, le nombre de vacations de médecin généraliste ou de spécialiste.

4. DIFFICULTES PRINCIPALES (Question 11)

Parmi les difficultés principales évoquées, on retrouve par ordre d'importance :

- Les relations difficiles voire conflictuelles avec l'administration pénitentiaire (18%)
- L'absence de reconnaissance et de considération par l'hôpital de leur travail (11%)
- Les difficultés pour obtenir des extractions sanitaires (11%)
- La gestion des urgences notamment en l'absence du médecin (11%)
- L'isolement dans leur pratique quotidienne (9%)
- Les contraintes du milieu carcéral et les locaux exigus (5%)
- Le manque de psychiatres pour une prise en charge satisfaisante des détenus (5%)
- Le manque de médecins sur place (5%)
- Les difficultés d'accès aux détenus (3%)
- Le manque d'effectif médical et paramédical (2%)
- Le non-respect du secret professionnel (1%)
- La gestion de la pharmacie (1%)
- Enfin 10% des infirmier(e)s estiment n'avoir aucune difficulté dans leur pratique et 6% n'ont pas répondu à la question

Parmi les difficultés évoquées secondairement, on retrouve :

- L'absence de reconnaissance par l'hôpital (24%)
- Le manque de médecins sur place (23%)
- Les difficultés pour obtenir des extractions et les escortes (21%)
- Les rapports difficiles avec l'administration pénitentiaire (12%)

- La gestion des urgences (6%)
- Le manque d'effectifs (4%)
- Les 10% restants se partageant entre les autres items mentionnés plus haut

Par ailleurs, le vocabulaire employé par les infirmier(e)s pour parler de leurs difficultés d'exercice professionnel relève du champ lexical de l'exclusion :

- | | |
|---|-------------------------------------|
| - 5 ^{ème} roue du carrosse (6) | - Invisible |
| - A l'écart (4) | - Dévalorisé |
| - Isolé (3) | - Etranger |
| - Oublié (3) | - Bout du monde |
| - Méconnu (2) | - 6 ^{ème} roue du carrosse |
| - Inconnu (2) | - Voie de garage |
| - Ignoré (2) | - Mal considéré |
| - A part (2) | - Planète des singes |
| - Sans information (2) | - Non intégré |
| - Pas de communication (2) | - Démuni |
| - Non reconnu | - Décalage |
| - Mal connu | - Hors les murs |

De même, le vocabulaire qu'elles utilisent pour qualifier leur relation avec l'administration pénitentiaire est révélateur des contraintes quotidiennes auxquelles elles sont confrontées, et notamment dans l'obtention d'extractions médicales.

- | | |
|---------------|-------------------------------|
| - Incompris | - Lourdeur de l'AP |
| - Jongler | - S'adapter |
| - Négociateur | - L'AP dispose |
| - Diplomatie | - communication difficile (3) |
| - Pression | - contraintes lourdes |
| - Tension (2) | - Relation difficile |
| - Poids | |

Enfin, la divergence entre la mission sanitaire de l'UCSA et la mission sécuritaire de l'administration pénitentiaire est rappelée à plusieurs reprises par les infirmières :

- La sécurité avant la santé
- Vision différente
- Règles différentes
- Priorités différentes
- Objectifs différents
- Buts différents
- Conflit hôpital et AP
- Longueur d'onde différente
- Logique différente
- Cultures différentes

5. INTERNET ET VISIOCONFERENCE (Questions 12 et 13)

Sur un échantillon de 84 UCSA, la visioconférence est jugée par les infirmier(e)s comme intéressante dans 44% des cas et très souhaitable dans 21% alors que 24% des interrogés pensent que cela n'apporterait rien. Dans 11% des cas, les infirmier(e)s n'ont pu se prononcer, considérant que ce mode de communication était trop abstrait pour se le figurer.

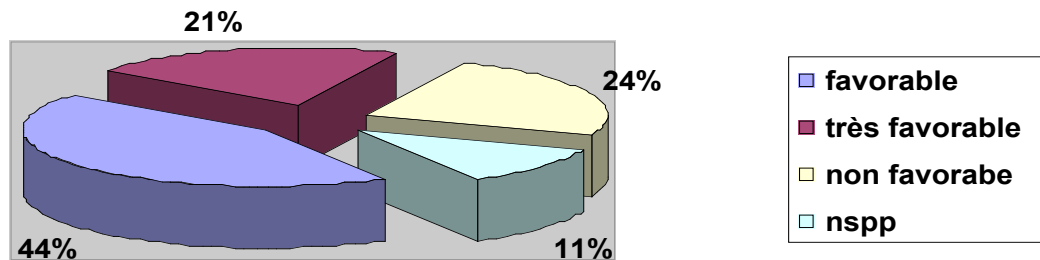


Figure 9: Opinion des infirmier(e)s sur l'utilisation de la visioconférence à l'UCSA

La question de l'existence d'un réseau intranet avec l'hôpital ou d'un accès internet a été posée aux 36 dernières UCSA de la liste alphabétique. Elle révèle que 64% des UCSA n'ont ni réseau ni accès internet, 17% bénéficient d'un réseau intranet seul et 19% ont un accès intra et internet.

IV. SYNTHÈSE

Cette première étape permet d'établir le constat que les UCSA ne sont que peu éloignées géographiquement des hôpitaux de rattachement (médiane à 3,5 Km).

Compte tenu d'une présence médicale discontinue et parfois insuffisante, les infirmier(e)s se retrouvent souvent en première ligne pour assurer la prise en charge sanitaire des détenus. Celles-ci ont alors recours aux avis téléphoniques avec le médecin d'astreinte ou le SMUR.

Même s'il n'existe pas d'éloignement géographique, les infirmier(e)s ont globalement un sentiment d'isolement dans leur pratique quotidienne, mais aucune corrélation statistique significative n'a pu être établie entre ce sentiment d'isolement et les autres paramètres recueillis, notamment avec la distance UCSA-hôpital de rattachement.

L'accès aux soins spécialisés des détenus est selon les infirmier(e)s équivalent voire meilleur que celui de la population générale (75%). Ce résultat plutôt inattendu sera confronté aux réponses des médecins généralistes et spécialistes puis analysé.

Bien que les infirmier(e)s notent une nette amélioration depuis la loi de 1994, on retiendra parmi toutes les difficultés évoquées, 4 principales :

- le manque de reconnaissance et le manque de considération de la part de l'hôpital
- la difficile relation avec l'administration pénitentiaire
- les difficultés pour obtenir des escortes et le fait que chaque extraction doit être « négociée... »
- le manque de médecin sur place

L'analyse du vocabulaire employé permet de mieux comprendre le sentiment d'isolement des soignants et de faire le lien avec leurs difficultés d'exercice en milieu pénitentiaire. On glisse ainsi d'un sentiment d'isolement à un constat d'exclusion richement révélé par les termes employés.

Cette exclusion se retrouve également au niveau matériel puisque les 2/3 des UCSA n'ont accès ni à un réseau intranet, ni à l'Internet, ce qui conduit certaines infirmières à qualifier non sans humour la visioconférence de « science fiction ».

Néanmoins, après exposition des possibilités offertes par la visioconférence, une majorité d'entre elles se disent favorables à l'utilisation de ce type de technologie, moins pour rompre l'isolement que pour resserrer les liens avec l'hôpital et susciter de sa part un plus franc investissement.

Enfin, l'analyse statistique visant à comparer les réponses selon les différents types d'établissement (maison d'arrêt, centre de détention, centre pénitentiaire, centrale) n'a pas permis de déterminer de facteurs significativement différents.

B. RESULTATS TEMPS MEDICAL

I. POPULATION

DESCRIPTION	Médecin UCSA	Spécialiste
Nb de médecins inclus	19	18
Durée moyenne entretien	47 minutes	32 minutes
Sexe ratio (H/F)	15 / 4	14 / 4
Âge moyen	48 ans	49 ans
Formation médicale	15 : médecine générale 2 : anesthésie réa 1 : médecine légale 1 : rhumatologue	8 : dermatologie 5 : psychiatre 3 : hépato-gastro-entérologue 1 : anesthésie réa 1 : médecine interne
Statut professionnel	95% praticien hospitalier	66% praticien hospitalier 34% libéraux
Exercice en milieu pénitentiaire	9,5 ans	20 ans
Ordinateur personnel	85%	100%
Utilisation email	65% journalière	65% journalière

Tableau 2: Récapitulatif des caractéristiques de la population

1. MEDECIN « GENERALISTE » A L'UCSA

- Sur les 20 UCSA sélectionnées, seul un médecin a refusé de répondre par téléphone et n'a pas non plus renvoyé le questionnaire qui lui avait été envoyé par fac-simile.
- La durée moyenne des entretiens est de 47 minutes avec des extrêmes à 25 à 120 minutes.
- 15 hommes pour 4 femmes avec une moyenne d'âge de 48 ans
- 15 médecins ont reçu une formation en médecine générale et 4 médecins sont spécialistes (2 en anesthésie réanimation, 1 en médecine légale, 1 en rhumatologie)
- 60% des praticiens ont suivi une formation spécifique à l'exercice en milieu pénitentiaire (capacité, DU, certificat, toxicologie)
- 90% des praticiens suivent une formation continue (congrès, presses spécialisées, staffs hospitaliers)
- 70% ont une activité hospitalière depuis en moyenne 13,5 ans (extrême de 3 à 30 ans)
- 95% sont des praticiens hospitaliers (dont 30% contractuels), travaillant à plein temps dans 60% des cas et à temps partiel dans 40%.
- Le nombre de visites effectuées sur l'hôpital de rattachement est en moyenne de 3 par semaine.
- Ils exercent en milieu pénitentiaire depuis environ 9,5 ans (extrême de 2 à 23 ans)
- 85% des médecins ont un ordinateur personnel et 90% possèdent une adresse email personnelle qu'ils utilisent dans 65% des cas plusieurs fois par jour et 15% des cas plusieurs fois par semaine.

2. MEDECIN SPECIALISTE CONSULTANT SUR PLACE

- Sur les 19 spécialistes contactés, 1 n'a pu être joint malgré de nombreuses tentatives à cause d'un emploi du temps très dense (cardiologue chef de service)
- 4 spécialistes n'ont pas accepté de répondre, justifiant leur refus par le manque de temps (3) ou ne se sentant pas concernés par l'étude (1). Une deuxième série d'appels a néanmoins permis de contacter d'autres spécialistes notamment des psychiatres.
- La durée moyenne de l'entretien téléphonique est 32 minutes avec des extrêmes entre 12 et 60 minutes
- 14 hommes pour 4 femmes avec une moyenne d'âge de 49 ans.
- La série comporte 13 spécialistes somatiques (8 dermatologues, 3 hépato-gastro-entérologues, 1 anesthésiste réanimateur et 1 interniste) et 5 psychiatres. Parmi eux, 3 spécialistes (2 psychiatres et un hépatologue) cumulent les fonctions de chef de service.
- 2/3 des spécialistes sont des praticiens hospitaliers temps plein et un tiers sont médecins libéraux effectuant des vacations à la prison.
- Ils exercent en milieu pénitentiaire depuis en moyenne 20 ans (de 1,5ans à 34ans)
- Pour 78% d'entre eux, consulter à la prison est un choix personnel dont les motivations sont variables selon les individus et les spécialités : pour les hépatologues et internistes, il s'agit d'assurer le suivi des patients porteurs du VIH et de l'hépatite C, d'autres spécialistes intègrent cette mission comme un service rendu à la société ou encore comme une action humanitaire.
- La dernière question de l'entretien cherchait à savoir s'ils trouvaient enrichissant de consulter à l'UCSA : 83% répondent oui en notant qu'ils ont « beaucoup appris » au contact des détenus. Ils mettent en avant la richesse et la réciprocité de cette relation médecin-malade, et soulignent la possibilité pour eux de diversifier leur pratique en soignant une population différente de celle qu'ils côtoient habituellement.
- 100% des spécialistes ont un ordinateur personnel et à l'exception d'un spécialiste, ils ont tous une adresse email personnelle qu'ils utilisent plusieurs fois par jour dans 65% des cas, ou de façon hebdomadaire ou mensuelle dans 35% des cas.

3. PROFIL DE L'UCSA

- La distance entre l'UCSA et l'hôpital de rattachement est en moyenne de 7,2 km avec une médiane à 3 km et en temps de 10 minutes avec médiane à 7 minutes.
- le nombre de détenus en moyenne est de 365 avec une surpopulation de 140% par rapport au nombre de place théorique
- Le nombre de consultations en médecine générale par détenu est de 9 consultations par an et de 1,2 pour les consultations spécialisées à l'UCSA.
- Le nombre de vacations (1/2 journée) par semaine est pour 100 détenus de :
 - o 2,6 en médecine générale
 - o 1,2 en psychiatrie
 - o 1 en soins dentaires
- Le nombre de vacations de spécialistes par mois est de 1,5 pour 100 détenus.
- La répartition des vacations de spécialistes intervenant à l'UCSA selon le nombre de vacations est présentée dans le schéma

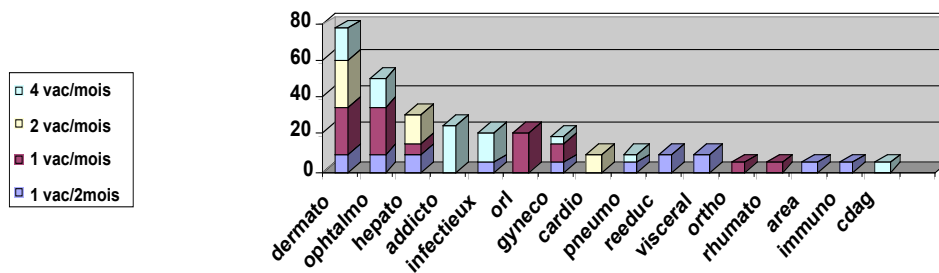


Figure 10: Pourcentage de consultations spécialisées et nombre de vacances par mois

- Le service hospitalier auquel l'UCSA est rattaché est dans 37% des cas les urgences, dans 22% des cas la médecine légale, dans 21% la médecine interne et les 20% restants sont partagés entre les services d'immunologie, de rééducation fonctionnelle, et du SMUR.
- La permanence des soins est assurée dans 42% des cas par une astreinte du ou des médecins de l'UCSA, dans 36% des cas par le centre 15, dans 16% par SOS médecin et dans 6% des cas par les urgences de l'hôpital de rattachement
- Les effectifs en médecins généralistes et spécialistes sont jugés suffisants dans 53% et insuffisants dans 47% des cas et 58% des médecins généralistes notent que des postes théoriquement prévus à l'UCSA restent non pourvus. Sans aborder la question des postes de spécialistes « somatiques », la figure 2 montre que les postes les plus déficitaires sont la psychiatrie, les soins dentaires, la kinésithérapie et les manipulateurs radio.

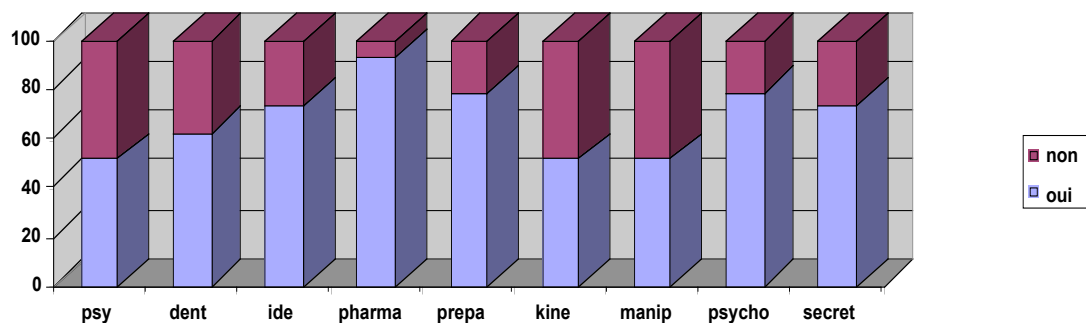


Figure 11: Adéquation entre effectifs et besoins

- Enfin si les UCSA sont équipées d'ordinateurs dans 85% des cas, 50% d'entre elles n'en ont qu'un ou pas du tout.

II. DIFFICULTES DU SOIN EN PRISON

1. DIFFICULTES DE LA PRATIQUE MEDICALE

Cette question ouverte vise à cerner les principales difficultés auxquelles sont confrontés les praticiens. On constate que même sans patron de réponse, les difficultés évoquées sont les mêmes pour les médecins spécialistes ou généralistes et recourent également celles des infirmières.

DIFFICULTES selon GENERALISTE (en nombre absolu de réponses)	Diff 1	Diff 2	Diff 3	TOTAL	TOTAL (en %)
Coordination avec l'hôpital/accès spécialiste				15	30
- Consultation spécialiste	5	1	1		
- Extraction		4	1		
- Hospitalisation		1	2		
Accès aux détenus	2			2	4
Locaux, matériel de consultation	5		1	6	12
Communication avec l'hôpital	1			1	2
Prise en charge thérapeutique				4	8
- toxicomanie	1				
- psychiatrie		1	1		
- coût traitement VHC		1			
Effectifs				6	12
- surveillants		1			
- soignants	1	2	2		
Détenu				5	10
- profil	2	1			
- violence		1			
- sécurité		1			
Coordination Administration pénitentiaire	1			1	2
Gestion urgences	1			1	2
Confidentialité / secret médical		1	1	2	4
Contraintes horaires		2		2	4
Gestion / restriction pharmacie		1	1	2	4
Isolement			2	2	4
Surpopulation			1	1	2
Total des réponses	19	18	13	50	100
Sans réponse (exclus du total)	0	1	6	7	exclus

Tableau 3: Difficultés de l'exercice médical à l'UCSA selon les médecins généralistes

DIFFICULTES selon SPECIALISTE (en nombre absolu de réponses)	Diff 1	Diff 2	Diff 3	TOTAL	%TOT
Coordination avec l'hôpital/accès spécialiste				11	24
- Consultation spécialiste	3	1			
- Hospitalisation	1	1	1		
- Examens complémentaires	1	1			
- Extraction			2		
Accès aux détenus	4	2		6	14
Locaux, matériel de consultation	3	1	1	5	11
Communication avec				4	9
- hôpital	1				
- équipe UCSA	1	1			
- psychiatrie		1			
Prise en charge psychiatrique	2			1	4
Effectifs				1	2,5
- surveillants					
- soignants			1		
Détenu				2	4
- profil	1		1		
- violence					
- sécurité					
Confidentialité / secret médical		2	1	3	7
Gestion pharmacie		2	1	3	7
Coordination Administration pénitentiaire	1	1		2	4
Contraintes horaires		1		1	2,5
Contraintes milieu carcéral		1	1	2	4
Stratégie traitement et pression pour HO		2	1	3	7
Total des réponses	18	17	10	45	100
Sans réponse (exclus du total)		1	8	9	exclus

Tableau 4: Difficultés de l'exercice médical à l'UCSA selon les médecins spécialistes

A partir des réponses fournies par les infirmier(e)s lors de la première étape, une série d'items correspondant à des difficultés fut proposée aux praticiens avec une échelle d'évaluation de 1 à 4 (de pas du tout à beaucoup). En classant les réponses par ordre d'importance, les difficultés sont les mêmes que celles rencontrées par les infirmier(e)s et recourent celles énoncées librement :

- le manque de soutien de l'hôpital
- le problème des escortes
- le manque de reconnaissance de la pratique médicale en milieu pénitentiaire
- le manque d'effectifs
- les difficultés à assurer la permanence des soins

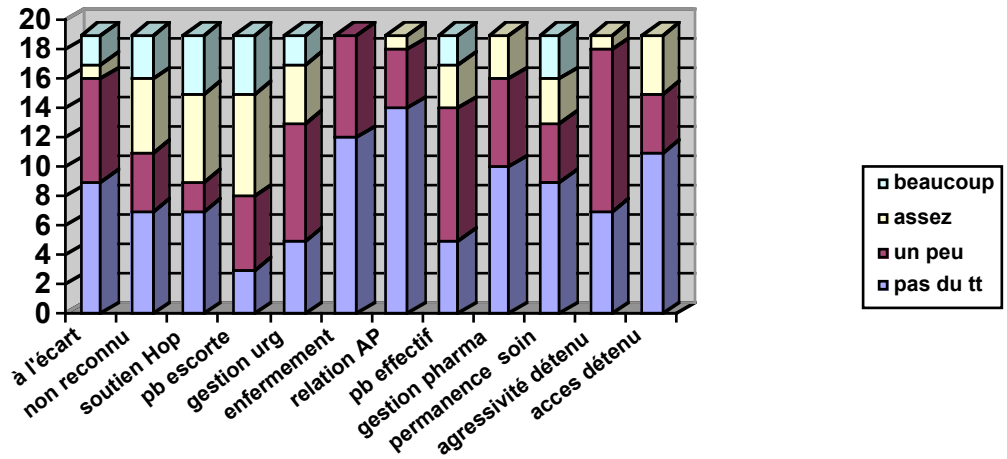


Figure 12: Difficultés dans la pratique quotidienne des praticiens à l'UCSA

2. ISOLEMENT

2.1 Sentiment d'isolement

L'évaluation du sentiment d'isolement est en moyenne de 4,1 pour les médecins généralistes et de 3,8 pour les spécialistes.

Certains médecins (52%) ont justifié ce sentiment d'isolement par :

- les difficultés d'accès aux spécialistes (50%)
- le défaut de reconnaissance par l'hôpital (20%)
- le sentiment d'être « oublié » par l'hôpital, d'être « à l'écart » (20%) en donnant comme exemple le fait que l'UCSA reçoit le courrier avec au moins 8 jours de retard
- Le poids de la prise de décision en particulier lorsque le nombre d'extractions est insuffisant (10%)

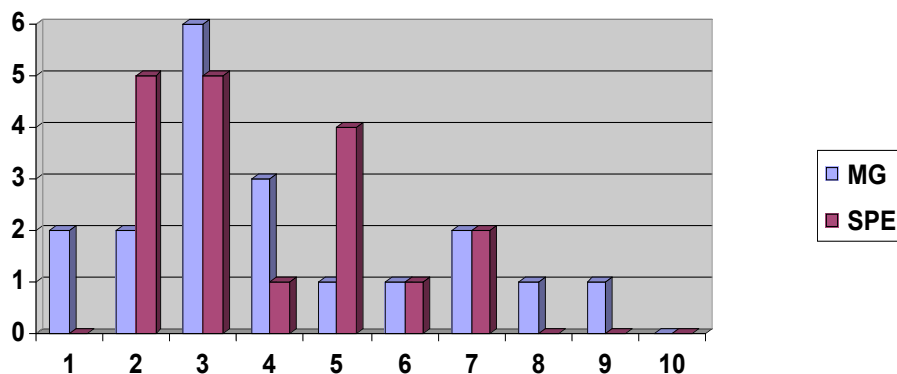


Figure 13: Evaluation du sentiment d'isolement des praticiens

2.2 Lien entre UCSA et HOPITAL

Le manque de soutien de l'hôpital est moins marqué chez les praticiens généralistes ou spécialistes que chez les infirmier(e)s. De même le sentiment d'exclusion exprimé indirectement par les infirmier(e)s n'est pas retrouvé chez les médecins.

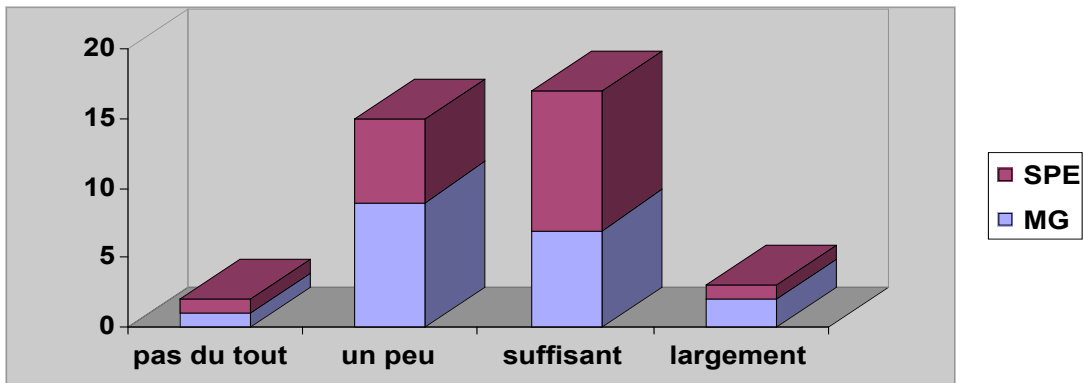


Figure 14: Appréciation du soutien de l'hôpital à l'UCSA

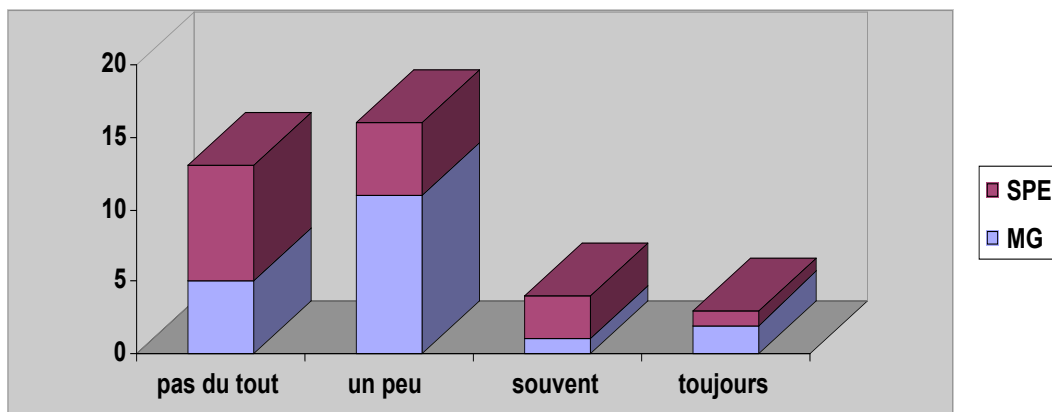


Figure 15: Sentiment d'exclusion par rapport à l'hôpital

2.3 Influence du milieu carcéral sur la pratique médicale

90% des médecins généralistes et des médecins spécialistes pensent que les contraintes du milieu pénitentiaire influencent leur pratique médicale. Parmi les explications données, on en distingue 5 principales :

- l'UCSA: une unité hors de l'hôpital
 - le problème de l'accès aux soins spécialisés (« lenteur », « délai »),
 - l'obtention d'extractions (« limité », « tri »)
 - la réalisation d'examens complémentaires (« sous-exploration des pathologies par rapport au milieu libre »)
- le détenu : un patient particulier
 - « exigeant », « demandeur », « méfiant », difficulté à établir une relation de confiance
 - absence du libre choix du médecin
- les difficultés de suivi du traitement, la « discontinuité » des soins
- les locaux « insalubres » et le manque de moyens mis à disposition pour les consultations
- enfin la difficile compatibilité des missions de l'administration pénitentiaire et de l'hôpital imagée par un praticien par la tentative d'assimilation d'une sphère par un cube

100% des praticiens considèrent les détenus comme des patients comme les autres, mais 25% notent qu'ils forment un sous-groupe particulier et largement défavorisé d'un point de vue socio-économique. Par ailleurs, 10% des médecins rappellent l'existence de « pathologies liées à l'incarcération » qui compliquent la prise en charge thérapeutique.

Enfin, la question de l'indépendance du praticien vis-à-vis de l'administration pénitentiaire semble désormais résolue puisque 95% des médecins généralistes se sentent « tout à fait » indépendants dans leur pratique.

III. ACCES AUX SOINS SPECIALISES

1. DIFFICULTES D'ACCES

De façon générale, l'accès aux soins des détenus est jugé par les médecins généralistes comme satisfaisant (75%) et très satisfaisant (15%) alors que 10% des médecins le trouvent insuffisant. Les médecins spécialistes le jugent dans 75% des cas satisfaisant et 20% le considèrent comme insuffisant voire très insuffisant (5%).

Les réponses données sur l'accès aux soins spécialisés des détenus sont plus réservées. Les raisons évoquées pour expliquer les difficultés d'accès aux soins spécialisés sont principalement le manque de spécialistes consultant sur place et les problèmes logistiques posés par les extractions dont le nombre est le plus souvent insuffisant.

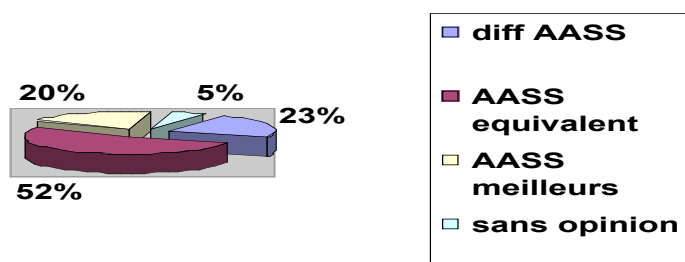


Figure 16: Evaluation des difficultés d'accès aux soins spécialisés (AASS) par les infirmier(e)s

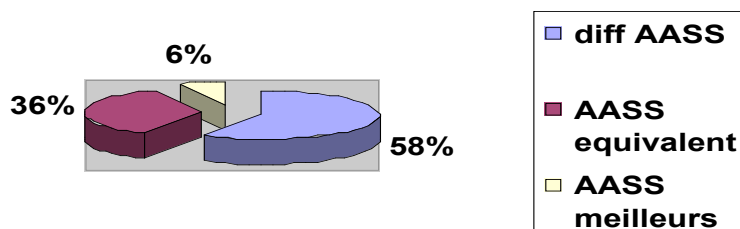


Figure 17: Evaluation des difficultés d'accès aux soins spécialisés (AASS) par les médecins généralistes

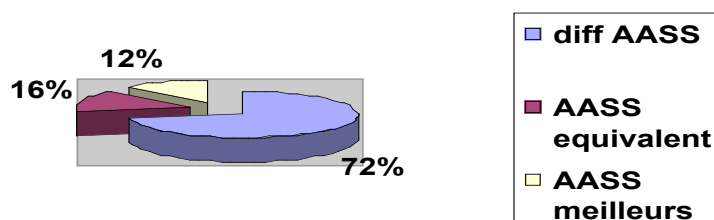


Figure 18: Evaluation des difficultés d'accès aux soins spécialisés (AASS) par les médecins spécialistes

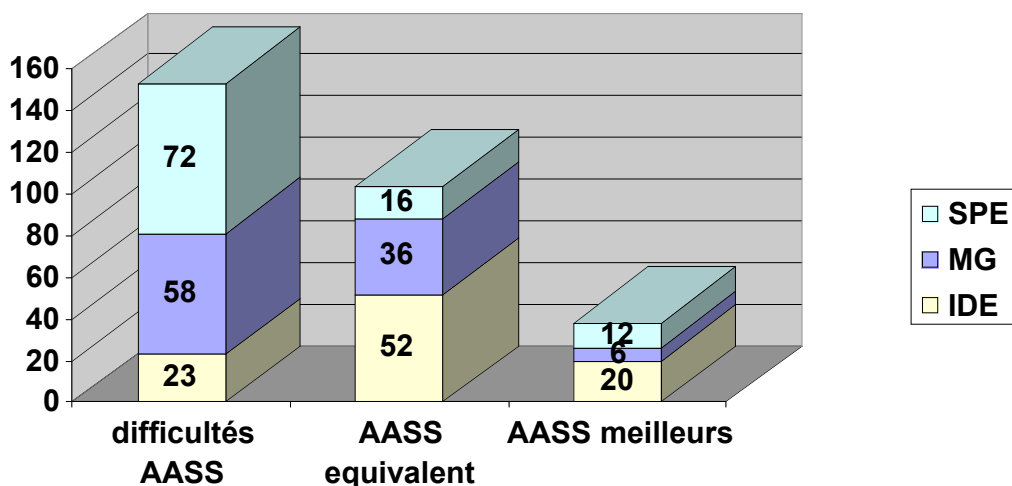


Figure 19: Comparaison des réponses IDE / MG /SPE sur l'accès aux soins spécialisés des détenus

L'appréciation des difficultés d'accès aux soins spécialisés diffère significativement entre les infirmier(e)s, les généralistes et les spécialistes.

Les généralistes qui sont à l'origine de la demande d'avis spécialisés, estiment à 58% que les difficultés d'accès aux soins spécialisés sont suffisamment importantes pour ne pas pouvoir considérer cet accès comme équivalent à celui de la population générale.

On remarquera qu'un tiers des médecins généralistes se sentent démunis dans leur possibilité d'accès aux avis spécialisés contre 26% qui estiment n'avoir aucune difficulté.

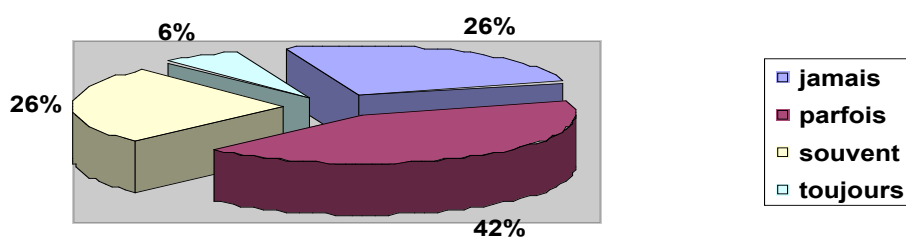


Figure 20: Difficulté du médecin généraliste à obtenir un avis spécialisé

Les infirmières dans leurs réponses ont davantage considéré qu'en dépit d'évidentes difficultés d'accès aux soins, les efforts déployés par l'équipe soignante pour obtenir des avis spécialisés rendaient l'accès des détenus aux spécialistes équivalent à celui de la population générale.

2. SPECIALITES DEMANDEES

SPE 1 (n=19)	%	SPE 2 (n=19)	%	SPE 3 (n=19)	%
Traumato	38	Dermato	21	Chirurgie	26
Oph	26	Traumato	16	Dermato	16
Cardio	16	Viscéral	11	ORL	16
Viscéral	5	Chirurgie	11	Cardio	11
Gyneco	5	Cardio	11	Hépat	11
HGE	5	Gynéco / endoc	5 / 5	Pneumo /psy	5 / 5
Dermato	5	ORL / OPH	5 / 5	OPH / gyneco	5 / 5
		Psy / HGE	5 / 5		
	100		100		100

Tableau 5: Spécialités les plus sollicitées par les médecins généralistes (en % de réponses)

Parmi les spécialités les plus sollicitées, on retrouve en premier lieu la traumatologie et la chirurgie, viennent ensuite la dermatologie et la cardiologie.

Spécialités chirurgicales :	33%
Dermatologie :	14%
Cardiologie :	13%
Ophtalmologie :	12%
ORL :	7%
Hépatogastro-entérologie:	7%
Autres :	14%

3. DELAI DE CONSULTATIONS SPECIALISEES

48% des médecins généralistes estiment que les délais de consultations spécialisées sont plus longs que ceux obtenus pour la population générale. Seuls 10% des généralistes contre 28% des spécialistes pensent que le délai est moins long qu'à l'hôpital.

Parmi les facteurs susceptibles d'expliquer ces délais de rendez-vous, les retards liés aux problèmes d'escortes prédominent, suivis du délai de rendez-vous hospitalier et enfin des annulations demandées par le détenu.

Facteurs de délai RDV	Fact 1	Fact 2	Fact 3
Problème d'escorte	47	41	6
Délai de rendez-vous	47	35	25
Annulation par détenu	6	24	69
Sans réponse	0	10	0
	100	100	100

Tableau 6: Facteurs classés par ordre d'importance expliquant les retards et délais de consultations spécialisées (en % de réponses)

4. AVIS TELEPHONIQUES

Les médecins généralistes comme les spécialistes, ont recours épisodiquement aux avis téléphoniques.

Les spécialités les plus demandées sont la cardiologie, la traumatologie et l'hépto-gastro-entérologie lorsque le spécialiste ne consulte pas sur place. De même, les conseils concernant la prise en charge de pathologies chroniques (hépatite, VIH, diabète, oncologie) est un des principaux motifs de consultation des spécialistes par téléphone.

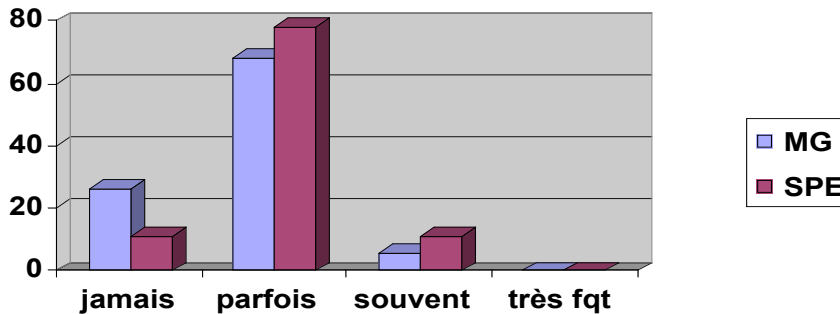


Figure 21: Recours aux avis téléphoniques

100% des praticiens interrogés confirment que connaître personnellement et/ou professionnellement son interlocuteur facilite la communication que cela permet une meilleure prise en charge des avis spécialisés. Mais au-delà de cette apparente évidence, il est intéressant de noter que plus de 50% des médecins ont dans leur réponse souhaité réaffirmer que l'étroite collaboration entre le médecin de l'UCSA et le spécialiste hospitalier est fondamentale pour la prise en charge de patients évoluant à distance de l'hôpital et nécessitant des soins spécialisés.

5. CONSULTATIONS SPECIALISEES : UCSA ou HÔPITAL ?

59% des médecins généralistes contre 82% des spécialistes considèrent qu'il est préférable pour le détenu qu'il soit examiné à l'UCSA plutôt qu'à l'hôpital.

Les raisons évoquées par les spécialistes sont d'une part l'utilisation des entraves le plus souvent « humiliante » et « mal vécue » par le détenu et d'autre part les problèmes réguliers d'escorte qui perturbent régulièrement le programme des extractions.

Pour les médecins généralistes, le respect du secret médical et de la confidentialité des examens, ainsi que les difficultés d'extraction sont les raisons principales données pour justifier les consultations spécialisées sur place. Au contraire, les médecins généralistes favorables à des consultations hospitalières avec extraction médicale dénoncent le problème des locaux et le manque de moyens pour effectuer des consultations spécialisées à l'UCSA dans de bonnes conditions.

6. LES EXTRACTIONS MEDICALES

56% des médecins généralistes estiment qu'ils disposent d'un nombre insuffisant d'extractions et 1/3 des médecins reconnaissent être obligés d'effectuer régulièrement des tris parmi les patients pour respecter le nombre d'extractions imposé par l'administration pénitentiaire.

7. LES SPECIALISTES A L'UCSA

Si pour les spécialistes, la principale cause du manque de spécialistes à l'UCSA est le manque d'effectifs à l'hôpital, les médecins généralistes l'expliquent plutôt par un certain désintérêt des spécialistes vis-à-vis du milieu carcéral qu'ils connaissent souvent mal.

Le volume de consultations insuffisant dans certaines spécialités est également un des facteurs qui compliquent la planification des consultations spécialisées à l'UCSA. De la même façon, l'importante fluctuation des effectifs et les transferts quotidiens de détenus rendent difficiles l'évaluation des besoins en matière d'avis spécialisés.

La peur évoquée par les spécialistes révèle un fois de plus la représentation négative du milieu carcéral auprès des soignants n'exerçant pas en prison. Vus de l'hôpital, le détenu et la prison font peur et plusieurs spécialistes reconnaissent que leur perception du détenu a changé à partir du moment où ils ont commencé à consulter à l'UCSA.

GENERALISTE (n=19)	Raison 1	Raison 2	Raison 3	TOTAL	% TOT
Méconnaissance	3	1	3	10	29
Désintérêt	3				
Volume cs insuffisant	5			5	14
Effectif hôpital	4	3		7	20
Peur prison / détenu	1	5	2	8	23
financière	1	2	1	4	12
Condition cs	1			1	2
Total des réponses	18	11	6	35	100
Sans réponse (exclus du total)	1	8	13		

Tableau 7: Raisons expliquant le manque de spécialistes à l'UCSA selon le généraliste

SPECIALISTE (n=18)	Raison 1	Raison 2	Raison 3	TOTAL	% TOT
Effectif hôpital	6	1	1	8	27
Peur	3	2	1	6	21
Financière	3	4	1	8	28
Image carcérale, non valorisant	2	1		3	10
Méconnaissance	1	1		2	7
Pénibilité		2		2	7
Total des réponses	15	11	3	29	100
Sans réponse (exclus du total)	3	7	15	exclus	exclus

Tableau 8: Raisons expliquant le manque de spécialistes à l'UCSA selon le spécialiste

Parmi les solutions envisagées pour pallier le problème du manque de spécialistes consultant en prison, les spécialistes préconisent en premier lieu des mesures financières incitatives. Cela semble d'autant plus nécessaire que la plupart des médecins libéraux qui acceptent de venir consulter en prison, ne rentrent pas dans leurs frais lorsqu'ils consultent à l'UCSA.

Pour les médecins généralistes, si l'aspect financier est également soulevé, le recrutement des spécialistes passe surtout par la sensibilisation des spécialistes à la médecine en milieu pénitentiaire et une revalorisation de son image.

Enfin certains spécialistes comme les psychiatres, dénoncent de la part de l'hôpital, l'absence d'une vraie politique de prise en charge ambulatoire, pourtant essentielle pour assurer le suivi de patients situés à distance de l'hôpital.

SOLUTIONS	Solution 1 MG	Solution 2 MG	Solution 1 SPE	Solution 2 SPE
Financière	21	10	55	5
Sensibiliser MP	15	10	5	5
Revaloriser MP	10			
Moyens consultation	10			
Imposer vacation	5			
Collaboration	5			
Poste d'interne à l'UCSA			5	
Politique ambulatoire			5	
Prise de conscience				5

Tableau 9: Solutions envisagées par les généralistes (MG) et les spécialistes (SPE) pour remédier au manque de spécialistes en prison (en % de réponse)

IV. TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (TIC)

3 applications des TIC ont été proposées aux praticiens :

- le Dossier Médical Partagé (DMP)
- La télémédecine en temps différé (email)
- La télémédecine en temps réel (visioconférence)

75% des médecins généralistes contre 38% des spécialistes avaient déjà pensé à l'une de ces applications pour améliorer l'accès aux soins.

1. LE DMP

1.1 Un besoin

Le Dossier Médical Partagé correspond à un réel besoin pour les _ des praticiens généralistes et spécialistes interrogés. Les raisons invoquées sont principalement la souplesse d'utilisation, le suivi de dossier, un accès plus rapide, plus simple et en temps réel facilitant la récupération des examens complémentaires. De même les possibilités de stockage et d'archivage des informations concernant le détenu sont mises en avant afin de mieux suivre la population carcérale d'un point de vue épidémiologique.

1.2 Le partage

Si une nette majorité des praticiens est favorable au partage du dossier médical du détenu avec l'hôpital et le médecin traitant, seuls 10% l'envisagent avec les services sociaux.

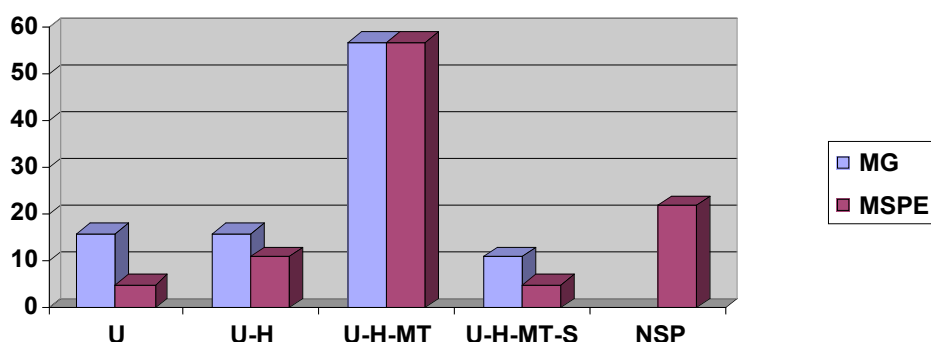


Figure 22: Partage du dossier médical (U=UCSA, H=Hôpital, MT=Médecin Traitant, S=Social)

1.3 Le contenu

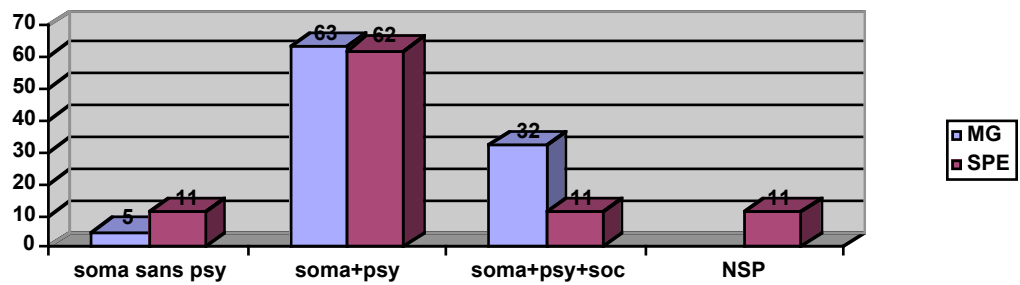


Figure 23: Eléments du Dossier Médical Partagé (soma=somatique, psy=psychiatrique, soc=social)

Parmi les spécialistes, les psychiatres sont en majorité contre la mise en commun du dossier somatique et psychiatrique. Ils justifient leur point de vue par le fait qu'ils recueillent à l'interrogatoire des données très personnelles sur le détenu, nécessaires à leur bonne prise en charge thérapeutique mais qui seraient susceptibles de les desservir dans un contexte judiciaire. Certains proposent alors de rédiger et d'intégrer au DMP une note de synthèse sur leur expertise psychiatrique.

En revanche, les autres spécialistes et les généralistes sont favorables à la création d'un dossier unique comportant un volet psychiatrique et social.

2. LA TELEMEDECINE EN TEMPS DIFFERE

2.1 Accès internet et guidelines

78% des médecins spécialistes ont un accès aisé à internet sur leur lieu de travail alors que seulement 35% des médecins généralistes ont accès à internet à l'UCSA.

Concernant la consultation des recueils de bonne pratique clinique, 85% des généralistes pour 72% des spécialistes jugent utile d'y avoir accès.

2.2 Demande d'avis par email

Près d'un tiers seulement des généralistes (32%) et des spécialistes (39%) ont recours aux avis médicaux par email avec des fréquences très variables allant de la consultation hebdomadaire à la demande annuelle.

Pour les spécialistes, ces avis sont le plus souvent des demandes d'expertise dans leur propre spécialité alors que pour les médecins généralistes, les spécialités les plus sollicitées sont les maladies infectieuses (VIH), l'endocrinologie (diabétologie), l'hépatologie (hépatite) ou toute autre spécialité où le spécialiste ne consulte pas sur place.

L'utilisation de l'email est considérée par les trois quarts des praticiens comme un bon, voire un très bon moyen d'obtenir un avis spécialisé.

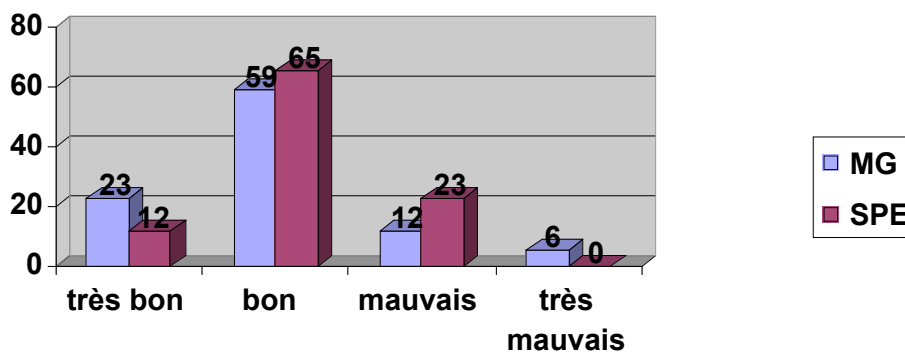


Figure 24: L'email comme moyen d'obtenir un avis spécialisé

Les généralistes et les spécialistes s'accordent à dire qu'un délai moyen de réponse de 48 heures pour un avis non urgent est raisonnable.

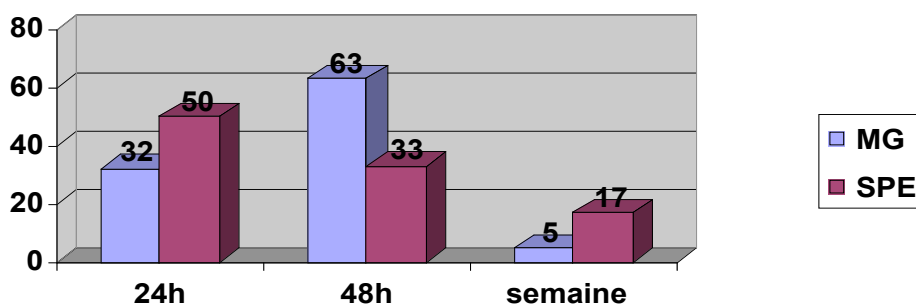


Figure 25: Délai de réponse acceptable après demande d'avis par email

44% des spécialistes disent qu'ils auraient des réticences à demander un avis à un confrère qu'ils ne connaissent pas alors que 84% des généralistes n'en éprouveraient aucune.

Par ailleurs l'idée d'un référent dans chaque spécialité semble séduire davantage les généralistes (68%) que les spécialistes (41%) bien que les 2/3 d'entre eux pensent cela irréalisable compte tenu des effectifs hospitaliers actuels (« idéal », « utopique », « irréalisable », « compliqué »).

Si l'utilisation de l'email est globalement pour les médecins généralistes aussi sûr et aussi rapide que le téléphone, ce dernier semble pour une majorité d'entre eux (59%) moins contraignant. Par contre, 59% des médecins généralistes pensent qu'il engage autant la responsabilité du praticien que le téléphone et seulement 41% savent qu'il engage plus la responsabilité du praticien consulté. Le conseil de l'ordre a rappelé que l'avis téléphonique n'avait pas de valeur médico-légale, alors que l'utilisation de l'email pour demander un avis médical est considéré comme un acte de télémedecine engageant à la fois la responsabilité du médecin requérant et celle du médecin consulté.

3. TELEMEDECINE EN TEMPS REEL (VISIOCONFERENCE)

Une large majorité des praticiens est favorable à l'utilisation de la visioconférence. Les spécialistes comme les généralistes ont tenu à souligner l'intérêt de ce moyen de consultation pour les infirmières qui sont souvent seules à l'UCSA pour prendre en charge les détenus.

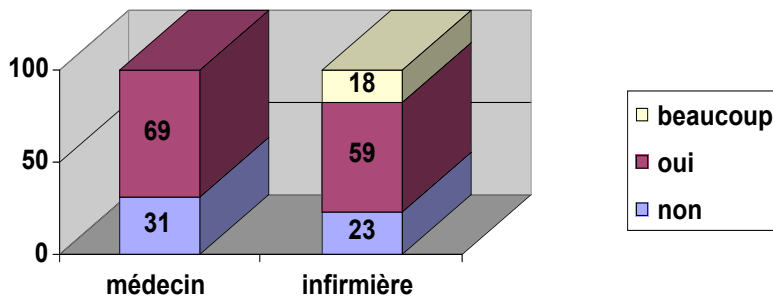


Figure 26: Intérêt de la visioconférence à l'UCSA pour les médecins et les infirmières selon les spécialistes

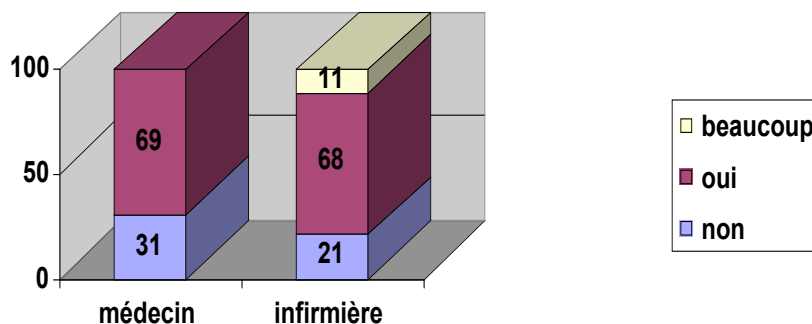


Figure 27: Intérêt de la visioconférence à l'UCSA pour les médecins et pour les infirmières selon les généralistes

84% des généralistes contre 67% des spécialistes sont prêts à effectuer des consultations spécialisées par visioconférence. Par contre, 71% des spécialistes pensent que la visioconférence ne diminuera pas les consultations face à face alors que 69% des généralistes pensent le contraire.

Les spécialités les plus adaptées à la visioconférence sont selon les médecins généralistes la dermatologie, la traumatologie, la psychiatrie, le suivi chirurgical, le suivi des hépatites C et la cardiologie.

En prenant l'exemple de la télédermatologie, les praticiens généralistes estiment que cela pourrait éviter en moyenne 52% des consultations face à face (extrême de 10 % à 90%).

Enfin, les praticiens spécialistes et généralistes pensent respectivement à 56% et 63% que ce mode de consultation sera bien accepté par le patient détenu.

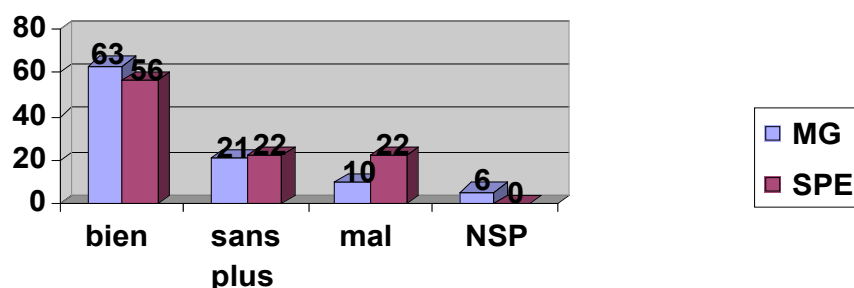


Figure 28: Acceptation de la visioconférence par le détenu selon les praticiens

La place des TIC et notamment de la visioconférence dans l'accès aux soins spécialisés est étudiée par comparaison avec les autres moyens de disposer d'une consultation spécialisée :

- l'UCSA si le spécialiste y consulte
- l'extraction si le spécialiste consulte à l'hôpital
-

Les médecins spécialistes et généralistes considèrent qu'il faut développer les consultations spécialisées à l'UCSA en premier lieu et mettre en place la visioconférence pour pouvoir au final diminuer les extractions.

GENERALISTE (n=19)	Avis 1	Avis 2	Avis 3
Consultation à l'UCSA	48	31	5
Visioconférence	26	42	16
Extraction	26	10	47
Sans réponse	0	17	32

Tableau 10: Avis des généralistes par ordre d'importance sur le mode d'accès aux soins spécialisés (en % de réponse)

SPECIALISTE (n=18)	Avis 1	Avis 2	Avis 3
Consultation à l'UCSA	94	0	6
Visioconférence	0	67	6
Extraction	6	16	55
Sans réponse	0	16	33

Tableau 11: Avis des spécialistes par ordre d'importance sur le mode d'accès aux soins spécialisés (en % de réponse)

Enfin, l'utilisation de la visioconférence pour assister à des présentations scientifiques est reconnue par les médecins généralistes et spécialistes comme profitable à plus de 70% des cas et constitue un bon moyen de formation continue pour 84% des médecins généralistes.

4. SYNTHÈSE

4.1 5 questions de synthèse

4.1.1 TIC et prise en charge des détenus

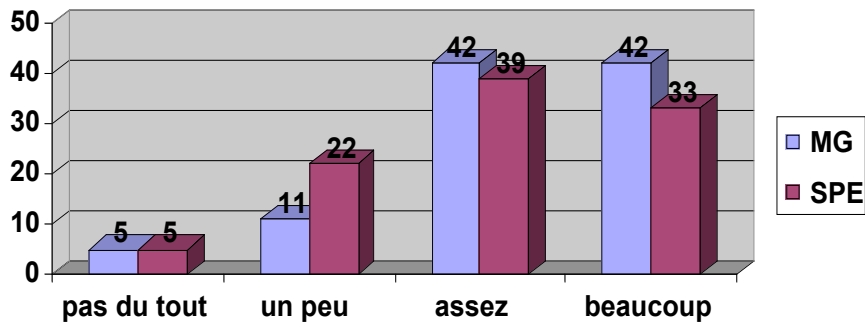


Figure 29: Intérêt des TIC sur la prise en charge des détenus

4.1.2 DMP et qualité de prise en charge

79% des généralistes et 88% des spécialistes pensent que le DMP améliorera la qualité de prise en charge des détenus.

4.1.3 Télémédecine et extractions

Les 2/3 des médecins généralistes et spécialistes estiment que le recours à la télémédecine permettra de diminuer le nombre d'extractions.

4.1.4 Télémédecine et accès aux soins spécialisés

De même, 68% des généralistes et 78% des spécialistes pensent que la télémédecine améliorera l'accès aux soins spécialisés et 8% des praticiens généralistes et spécialistes sont favorables à la création d'un réseau de spécialistes interUCSA.

4.1.5 Télémédecine et isolement

Concernant le sentiment d'isolement, la majorité des médecins pense que la télémédecine pourra diminuer l'isolement du médecin dans sa pratique.

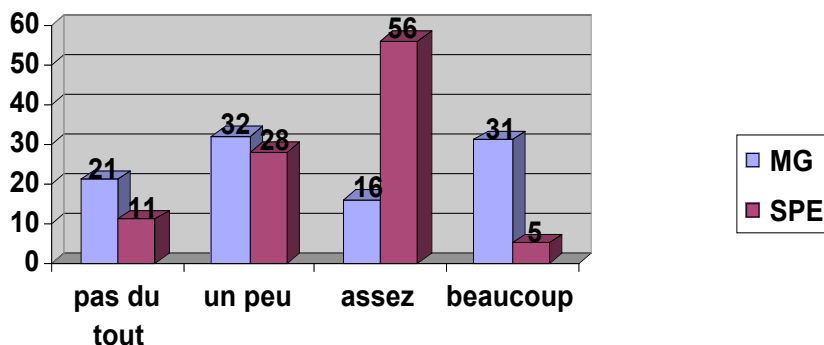


Figure 30: Diminution du sentiment d'isolement par la télémédecine

4.2 FREINS AU DEVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE

Le coût financier de l'installation de la télémédecine entre l'UCSA et l'hôpital de rattachement reste le frein principal noté par les généralistes (52%) et les spécialistes (72%). Les autres facteurs évoqués sont la difficile organisation d'un réseau de télémédecine, les problèmes techniques et notamment informatiques, l'exiguïté des locaux et un certain désintérêt des spécialistes au problème de l'accès aux soins des détenus. Enfin quelques médecins doutent de la volonté de l'administration pénitentiaire à encourager ce type de technologie qui ouvre une porte sur l'extérieur et dont elle n'aura pas la maîtrise.

4.3 LES TIC : UNE PRIORITE POUR AMELIORER L'ACCES AUX SOINS ?

74% des généralistes et 71% des spécialistes pensent que l'utilisation des TIC n'est pas une priorité pour améliorer l'accès aux soins des détenus. Les priorités proposées par ces médecins sont :

Pour les médecins généralistes

- augmenter le nombre de spécialistes consultant à l'UCSA (16%)
- augmenter les effectifs et le nombre de vacations en médecine générale (16%)
- améliorer les conditions d'hygiène (11%) et de la vie carcérale (5%)
- rénover les locaux (5%)
- lutter contre la surpopulation carcérale (5%)
- sensibiliser les spécialistes à l'exercice en milieu pénitentiaire (16%)
- initier une réflexion sur soigner en prison (5%) et réorienter la mission de soin (5%)
- créer un réseau spécialisé avec l'hôpital et améliorer la coordination (5%)
- faciliter les extractions (5%)
- améliorer la confidentialité et travailler au respect du secret médical (5%)

Pour les médecins spécialistes

- augmenter le nombre de spécialistes consultant à l'UCSA (33%)
- augmenter les effectifs à l'UCSA (33%)
- améliorer les conditions d'hygiène (11%)
- rénover les locaux (5%)
- faciliter les extractions (5%)
- augmenter les moyens de consultation (Azote liquide pour les dermatologues) (5%)
- augmenter les ressources hospitalières (5%)

Pour les 25 à 30% de médecins qui considèrent que l'utilisation des TIC est une priorité, la mise en place du DMP s'impose avec évidence comme la première mesure à prendre pour améliorer la prise en charge des détenus.

Les réponses données à la question de la mise en réseau avec l'hôpital confirment cette opinion.

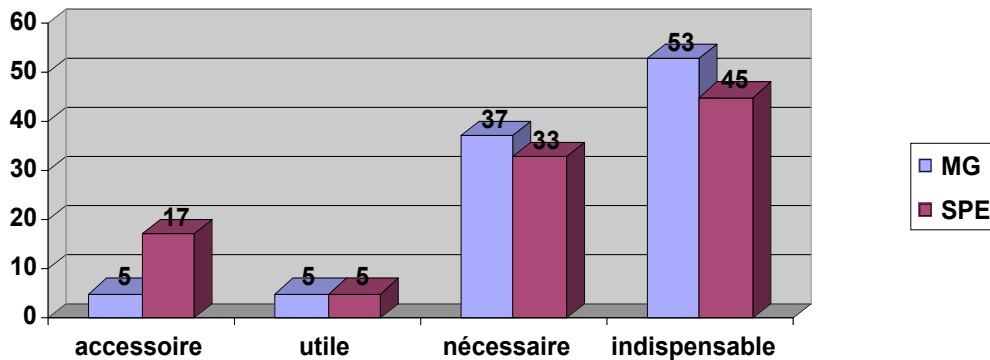


Figure 31: Intérêt de la mise en réseau de l'UCSA et de l'hôpital selon les praticiens

V. SYNTHÈSE

- 1- la comparaison des sous-populations médecins généralistes et médecins spécialistes ne met en évidence aucun facteur significativement différent.
- 2- contrairement aux infirmières, les médecins généralistes et les spécialistes notent de réelles difficultés d'accès aux soins spécialisés, par contre le sentiment d'isolement des infirmières est significativement plus élevé que celui ressenti par les médecins généralistes et les spécialistes ($p < 0,008$)
- 3- les difficultés éprouvées par les médecins généralistes et spécialistes dans leur pratique à l'UCSA recourent celles énoncées par les infirmières.
- 4- le DMP et la mise en réseau avec l'hôpital sont, pour la plupart des praticiens, une nécessité voire un préalable à toute application de télémédecine.
- 5- s'ils sont favorables au développement de ces technologies à l'UCSA en remarquant à juste titre que ces initiatives ne peuvent qu'aider à rapprocher l'hôpital de l'UCSA, les médecins généralistes et spécialistes ne considèrent pas l'utilisation des TIC comme une priorité pour améliorer l'accès aux soins spécialisés des détenus.
- 6- l'étude statistique visant à comparer les UCSA proches de l'hôpital de rattachement par rapport à celles qui sont éloignées n'a pas permis de mettre en évidence de réponse significativement différente.
- 7- le sentiment d'isolement et la difficulté d'accès aux soins spécialisés, **en dépit de la faible distance géographique**, ont été réellement constatés. Statistiquement cette distance n'influe sur aucun de ces 2 éléments.
- 8- enfin l'analyse statistique révèle que l'opinion des praticiens quant à l'utilisation des TIC ne change pas quelle que soit la situation géographique de l'UCSA par rapport à l'hôpital.

CHAPITRE IV : DISCUSSION

A ce stade de l'exposé, il apparaît nécessaire d'abord d'évoquer les limites de la méthodologie pouvant avoir ou ayant une influence sur les points de discussions, puis de développer ces derniers autour de 2 axes principaux :

- le milieu pénitentiaire est-il un milieu isolé pour les soignants ?
- comment améliorer l'accès aux soins spécialisés des détenus ?

Enfin, à partir des éléments qui fondent la distance qui nous sépare des prisons, nous verrons comment adapter au mieux les moyens d'améliorer l'accès à ces soins spécialisés des détenus.

I. LIMITES DE LA METHODOLOGIE

1. PHASE 1 : TEMPS INFIRMIER

Les données chiffrées reposent pour la plupart sur les estimations des soignants. Seulement 20% des données sont issus du rapport annuel de l'année précédente. Néanmoins, on constate que les estimations faites par les infirmières sur la distance UCSA- hôpital recourent celles faites par les médecins.

L'utilisation d'une échelle analogique pour évaluer le sentiment d'isolement a posé parfois des difficultés de compréhension notamment sur le sens donné au mot « isolé ».

La référence pour « pas isolé du tout » se basait sur l'exercice infirmier ou médical à l'hôpital, or certaines infirmières anciennes ou libérales n'ont jamais exercé à l'hôpital. Cependant, la majorité d'entre elles, habituée aux échelles visuelles analogiques de la douleur, répondait avec beaucoup de spontanéité. Par ailleurs, le score d'isolement était souvent justifié sur la question des principales difficultés éprouvées.

2. PHASE 2 : TEMPS MEDICAL

Même si le choix de porter l'étude sur les maisons d'arrêt exclusivement a permis d'obtenir une certaine homogénéité dans l'échantillon étudié, les autres établissements pénitentiaires comme les centres de détention (distance UCSA- hôpital de rattachement moyenne de 19km) ou les centrales (distance UCSA- hôpital de rattachement moyenne de 15km) étaient significativement plus éloignés géographiquement ($p < 0,002$) ce qui aurait pu modifier l'opinion des soignants quant à l'utilisation des TIC.

L'échantillon de 20 UCSA représente un peu moins de 20% des UCSA des maisons d'arrêt françaises. Ce faible effectif donne une puissance statistique limitée pour pouvoir généraliser les résultats à l'ensemble des UCSA.

Le sujet étant ciblé sur l'accès aux soins spécialisés des détenus, il peut paraître regrettable de n'avoir pas interrogé les détenus eux-mêmes pour savoir comment ils jugeaient cet accès aux soins. Cela n'a pu être envisagé pour des raisons administratives, cette démarche nécessitant diverses autorisations difficiles à obtenir sur la période d'étude.

Le choix du questionnaire téléphonique s'est imposé pour des raisons pratiques. Il n'était pas concevable de mener des entretiens avec une quarantaine de praticiens répartis sur toute la France, or compte tenu de l'importante diversité des établissements pénitentiaires, nous souhaitions obtenir une certaine représentativité du territoire national.

Si le questionnaire permet de dégager grâce aux statistiques les principales tendances et de donner ainsi une vue globale sur la problématique choisie, les praticiens ont généralement peu de marge pour exprimer d'autres idées ou pour recentrer la problématique en fonction de leur expérience de terrain. Le fait de téléphoner le questionnaire a permis de limiter ce biais méthodologique en notant en marge du questionnaire les réflexions et les critiques des praticiens. De même, chaque thème abordé présentait au moins une question ouverte, et à la fin de chaque entretien, une question libre leur donnait la parole. Dans la quasi-totalité des cas, les praticiens ont jugé que le questionnaire était suffisamment complet sur le sujet et ne souhaitaient rien ajouter.

Par ailleurs, une enquête basée sur l'observation participante aurait été un complément aussi utile qu'intéressant pour saisir la problématique et comprendre les difficultés auxquelles sont confrontés les soignants dans leur pratique quotidienne. Seules quelques observations non participantes dans 3 maisons d'arrêt furent conduites pour s'imprégner du milieu carcéral.

Enfin, les infirmières comme les médecins n'ont pour la plupart aucune expérience pratique de la télémédecine. Les réponses obtenues sont donc basées essentiellement sur leurs représentations conceptuelles. Plusieurs soignants ont présenté de réelles difficultés à se figurer l'utilisation ou l'intérêt de ces technologies dans leur pratique.

II. LE MILIEU PENITENTIAIRE : UN MILIEU ISOLE POUR LES SOIGNANTS

1. UNE STRUCTURE DE SOINS COMMUNE

Les visites effectuées dans les 3 maisons d'arrêt révèlent une structure et une organisation des soins proches de celles des hôpitaux de campagne ou dispensaires en milieu isolé.

L'UCSA est ainsi composée au minimum d'un cabinet de consultation médicale, d'une salle de pansement pour les soins infirmiers et la « petite » chirurgie, un cabinet dentaire, une salle de radiologie. Située dans l'enceinte de la prison, l'UCSA constitue par sa mission de soin, un espace de liberté qui permet à l'individu à travers sa relation au soignant une courte évasion de sa condition de détenu.

2. L'EQUIPE SOIGNANTE

L'équipe soignante repose sur le binôme médecin-infirmière dont l'étroite collaboration est indispensable pour la bonne prise en charge sanitaire des détenus. D'après nos résultats, moins de 20% des UCSA disposent d'un médecin à temps complet (10 demi-journées par semaine) ce qui propulse régulièrement l'infirmière en première ligne, notamment les week-ends pour gérer des situations qui justifieraient parfois une prise en charge médicale.

La fréquence des prescriptions téléphoniques ou faxées, ou encore l'utilisation par les infirmières de protocoles thérapeutiques établis pour certaines situations considérées comme « gérables » par l'infirmière (prise en charge d'une douleur dentaire...) soulignent les contraintes propres à l'exercice en milieu pénitentiaire dont les spécificités sont suffisamment fortes pour devoir en adapter les pratiques.

Comme dans les milieux isolés géographiquement, la présence médicale n'est pas continue. L'infirmière joue alors un rôle pivot dans l'organisation des soins et son examen clinique sert souvent de référence pour orienter la prise en charge sanitaire ou d'éventuels transferts.

Moins un milieu est couvert par la veille médicale, plus la mission de soins du soignant est large et la distinction entre le médical et le paramédical perd de son sens.

Cette distinction qu'un chef de clinique de garde avait outrageusement rappelée à une infirmière des urgences en lui adressant un « entre vous et moi, Madame, il y 10 ans d'études », repose sur une différence de savoir et de compétence que l'expérience acquise lors de la pratique est susceptible de combler partiellement. Ainsi, les exemples ne manquent pas un peu partout dans le monde pour souligner la qualité du travail réalisé par des infirmiers dans certains milieux isolés dépourvus de médecin. Par leur expérience de terrain et leur connaissance des pathologies locales, ils s'avèrent être d'excellents praticiens capables de diagnostiquer et traiter des maladies en ne se fiant qu'à leur remarquable sens clinique.

L'expérience professionnelle acquise par ce mode d'exercice confère aux infirmières une polyvalence et une compétence qui leur donnent une véritable légitimité dans la prise en charge médicale. Cela pose clairement dans le milieu pénitentiaire la question de la délégation

de tâches considérées comme médicales vers un personnel soignant non médecin, évoluant dans un milieu « sous-médicalisé ».

Aussi durant les entretiens, les infirmières les plus anciennes ou celles qui ont eu une activité libérale revendiquent-elles cette autonomie et cette nécessaire polyvalence comme l'une des spécificités qui participent à l'attrait de l'exercice en milieu pénitentiaire.

Enfin on constate qu'en milieu isolé, ce type de spécificités commence à être reconnu. Ainsi au Québec dans les régions éloignées, le statut d'infirmière clinicienne existe depuis plusieurs années et a conduit l'Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec à mettre en place une formation spécifique pour cette mission de soins particulière qui élargit le champ de compétence de l'infirmière.

3. UN ISOLEMENT NON GEOGRAPHIQUE

Le dictionnaire¹⁰⁸ définit le terme isolé par ce qui est « séparé de choses de même nature ». Si l'UCSA est de toute évidence séparée géographiquement de l'hôpital de rattachement, la grande majorité des UCSA restent néanmoins situées à proximité de cet hôpital et les résultats montrent que le sentiment d'isolement est ressenti en dépit de la faible distance géographique qui sépare l'UCSA de l'hôpital.

En revanche, cette idée de séparation se retrouve dans les possibilités d'accès aux soins des détenus qui sont interfacées par la logique pénitentiaire et l'interposition d'un certain nombre de procédures non-médicales (administratives, juridiques...).

L'analyse des difficultés exprimées par les infirmières permet de comprendre les éléments qui contribuent à leur donner un sentiment d'isolement. Le manque de reconnaissance des spécificités de leur travail et le manque de soutien de la part de l'hôpital favorisent cette séparation entre l'UCSA et l'hôpital et conduit les soignants à un sentiment d'exclusion renforcé par les difficultés quotidiennes liées au milieu carcéral.

On remarquera que le sentiment d'isolement du soignant est d'autant plus marqué que sa présence à l'UCSA est importante. Ainsi les infirmières dont la présence est quotidienne ont un score d'isolement de 5,3 alors que les spécialistes dont la présence est plutôt mensuelle ont un score de 3,8, celui des médecins généralistes étant intermédiaire avec 4,1.

Par ailleurs, il existe une corrélation entre le sentiment d'isolement des infirmières et l'absence de médecins sur place. Ainsi les infirmières qui notent comme difficulté première le manque d'effectif médical, se sentent nettement plus isolées (moyenne de 6,6 par rapport à 5,3).

Parmi les raisons évoquées par les médecins pour expliquer leur sentiment d'isolement, notons que beaucoup recourent précisément celles des médecins qui exercent dans un milieu isolé géographiquement.

Comme pour les infirmières, le défaut de reconnaissance des confrères et le sentiment d'« abandon » de l'hôpital participent au sentiment d'isolement des médecins exerçant en milieu pénitentiaire. Mais le principal argument développé concerne les difficultés d'accès aux soins spécialisés.

¹⁰⁸ Dictionnaire de l'Académie française, 8th édition (1932-5)

Le praticien généraliste, dont les compétences ne peuvent couvrir l'ensemble des spécialités, doit le plus souvent gérer lui-même sur place des pathologies qui justifieraient une prise en charge spécialisée sans disposer, ou du moins avec autant de facilité, des moyens d'investigations diagnostiques des centres hospitaliers.

Cette limitation des possibilités d'accès aux soins spécialisés expose le praticien à voir sa responsabilité engagée par les conséquences d'un défaut d'investigations auquel le contraint le manque de moyens alloués à la prise en charge sanitaire en milieu pénitentiaire.

Ainsi, 56% des médecins considèrent le nombre d'extractions insuffisantes par rapport aux besoins et 33% reconnaissent devoir régulièrement faire des « tris » parmi les patients. Si la notion de tri se justifie dans la médecine de catastrophe[72, 73], elle ne saurait l'être dans l'accès aux soins des détenus. Les décisions médicales prises par le praticien dans ce contexte risquent d'engager lourdement sa responsabilité et génèrent un sentiment d'isolement d'autant plus fort que la loi de 1994 mise en application par la circulaire du 8 décembre 1994 lui impose de soigner chacun avec une « équivalence » qu'il n'a pas les moyens d'assurer.

4. L'EQUIVALENCE DES SOINS EN MILIEU CONTRAINT

La circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, mise en application de la loi du 18 janvier 1994, impose au médecin de l'UCSA d'assurer au détenu « une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose la population générale »¹⁰⁹.

Tout d'abord, rappelons que les populations en « milieu libre », selon leur situation socio-économique ou géographique n'ont pas le même accès aux soins¹¹⁰. Ainsi on conçoit aisément que la prise en charge et l'accès aux soins ne soient pas équivalents selon qu'on vit dans le centre de Paris ou en milieu rural. La prise en charge d'un infarctus du myocarde diffère selon les possibilités d'accès à des centres de soins tertiaires¹¹¹. Cela pose le problème de savoir à quelle médecine nous faisons référence pour prôner cette équivalence des soins.

La comparaison entre le milieu isolé géographiquement et le milieu pénitentiaire permet de mieux comprendre l'impact de la notion d'équivalence sur la pratique médicale. Chaque milieu présente ses propres contraintes, qu'elles soient sécuritaires pour le milieu pénitentiaire, ou imposées par l'éloignement géographique pour le milieu isolé.

Or la notion d'équivalence des soins a peu de sens en milieu isolé. Les médecins qui ont en charge ces populations ont le devoir d'assurer la meilleure prise en charge possible en utilisant au mieux les moyens dont ils disposent. Lorsque les contraintes d'un milieu sont importantes, il est difficile de prétendre pouvoir assurer un niveau de soin équivalent à celui d'une population urbaine par exemple, sans générer un rapport coût de soin par habitant très élevé. Ainsi l'objectif en milieu isolé vise davantage l'équité d'accès aux soins que la stricte équivalence dont l'intérêt, en terme de santé publique, reste à démontrer.

¹⁰⁹34. IGAS-IGSJ, *Rapport d'évaluation sur l'organisation des soins au détenu*, juin 2001.

¹¹⁰ Santé publique et aménagement du territoire, F Tonnellier, Credes, Adsp, 1999

¹¹¹ « Mieux vaut avoir un infarctus près de Bordeaux qu'à Monségur », B.Dussaut, réponse au ministre, à propos de la fermeture de l'hôpital de Réole, www.senat.fr

Plusieurs facteurs rendent la problématique du milieu pénitentiaire plus complexe que celle du milieu isolé. Tout d'abord, la population carcérale n'a pas le choix du milieu dans lequel elle évolue, et contrairement au milieu isolé, elle cherche plutôt à s'en échapper : l'accès aux soins fait donc partie des issues possibles.

Par ailleurs, la justice en condamnant un individu, le prive d'un droit humain fondamental, la liberté et le contraint à une vie communautaire dont les conditions sont aujourd'hui dénoncées comme étant « incompatibles avec la dignité humaine »¹¹² par référence à l'article 225-14 du code pénal. Les problèmes d'insalubrité signalés par plusieurs UCSA sont connus depuis plusieurs années et ont été dénoncés dans divers rapports. [34, 35]

Sans entrer dans les détails, nous rappellerons que dans notre enquête, 70% des établissements pénitentiaires abritent un nombre de détenus supérieur à la capacité d'accueil, en moyenne de 133%, et 12% d'entre eux ont plus du double de détenus par rapport au nombre de places théoriques. En avril 2003, un document préparatoire présenté devant le Parlement européen affirmait que « la surpopulation carcérale généralisée a été l'une des principales violations des droits fondamentaux en Europe en 2002 ».¹¹³

Cela se traduit inévitablement par des conditions de détention difficiles à vivre et des répercussions sur la santé des détenus, alimentant ainsi la métaphore animale dont usent fréquemment les détenus qui se considèrent comme des animaux en cage et appellent communément le médecin de l'UCSA, vétérinaire. A titre anecdotique, le médecin de l'UCSA de la Réunion juste avant l'entretien téléphonique venait de prendre en charge un détenu mordu par un rat dans sa cellule durant son sommeil.

De même, un des dermatologues interrogés n'a pas hésité à conclure son entretien en soulignant comme priorité principale pour améliorer l'accès aux soins, avant tout recours aux TIC, l'amélioration des conditions d'hygiène et la possibilité de prendre des douches plus fréquemment.

Ainsi dans ce contexte, l'affirmation **par la circulaire** du principe d'équivalence prend une résonance particulière : ne viserait-elle pas davantage à restaurer dans une certaine mesure la dignité d'individus à qui l'on impose des conditions de vie et d'isolement de plus en plus en contradiction avec le respect des droits de l'homme ? N'est-ce pas la spécificité sanitaire de la population carcérale, l'incarcération et ses conséquences qui poussent le législateur à affirmer ce principe d'équivalence des soins ? Mais le soin peut-il suffire à guérir le mal des prisons ?

Si le principe d'équivalence des soins est sans nul doute un objectif à atteindre, la charge de l'application ne peut et ne doit reposer uniquement sur le soignant, fonctionnaire de l'état. Face aux obligations que l'on serait en droit de lui imposer, le médecin a-t-il les moyens de répondre ? Et parmi ces obligations, peut-il recevoir en plus la mission d'évaluer, de budgétiser et de transmettre les besoins qu'implique le principe d'équivalence ?

S'il appartient aux médecins de faire remonter l'information (évaluation et besoin), n'entre-t-il pas dans la mission des administrations pénitentiaire et hospitalière de mettre en œuvre les moyens d'appliquer le principe d'équivalence.

¹¹² OIP, 8 avril 2003, www.oip.org

¹¹³ Source OIP, « De la dignité de la personne...détenue », www.oip.org

Au-delà du devoir d'équité, l'inscription dans une circulaire du principe d'équivalence contraint le médecin de l'UCSA à choisir entre 2 attitudes face à une situation qui nécessiterait des moyens dont il ne dispose pas à l'UCSA :

- soit il note qu'il n'a pas les moyens d'assurer cette équivalence, il fait donc remonter l'information, s'abstient de tout acte, violant ainsi le serment d'Hippocrate, le code de déontologie médicale ...et adopte alors une attitude déresponsabilisante. C'est un mode d'application du principe de précaution.
- soit il respecte son obligation déontologique de soigner au mieux. Ne pouvant appliquer le principe d'équivalence, il soigne avec les moyens qui lui sont alloués et prend le risque d'engager ses responsabilités professionnelle et pénale.

Un autre élément vient compliquer cette notion d'équivalence des soins en milieu pénitentiaire. Dans les milieux isolés où règne un certain équilibre de vie, il existe généralement une bonne adéquation entre la demande de soins et les besoins réels. Or en prison, les praticiens notent une demande de soins « ressentie » bien plus importante que pour la population générale comme en témoigne le nombre de consultations annuelles de médecine générale 7 à 8 fois supérieur que pour une population du même âge. Les effets de l'incarcération majorent largement cette demande de soin. Plusieurs médecins généralistes dénoncent d'ailleurs une médecine de prescription qui aboutit à une consommation excessive de médicaments pour pallier les conditions et les insuffisances de prise en charge du système pénitentiaire.

Mais une des caractéristiques de la médecine en milieu pénitentiaire est qu'il y a peu de maladies mais beaucoup de symptômes. Le théorème de Bai¹¹⁴ montre que la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative sont étroitement dépendantes de l'incidence d'une pathologie. Aussi, plus l'incidence d'une pathologie est basse, plus le risque de faux négatifs et donc d'erreur diagnostique sont importants.

La question de fond posée par ce principe d'équivalence est de savoir sur quel référentiel de soins on se base pour assurer cette équivalence. La tendance sociétale en matière de soin est d'évoluer vers le risque zéro et la prise en charge de la demande ressentie du patient. Cette orientation est-elle applicable en milieu carcéral ?

Enfin le droit à « l'équivalence des soins » entraîne une certaine pression procédurale à l'encontre des médecins, très délétères dans la relation médecin patient.

Le médecin est pris d'un côté, par une équivalence des soins imposée par les textes et que le détenu est en droit de lui opposer, et de l'autre par le souci d'assurer la protection totale ou partielle de sa responsabilité.

Il existe un rapport de force dans le huis-clos pénitentiaire entre le médecin et le patient détenu.

¹¹⁴ Entretien du 4/01/05, Dr Montuclard, UCSA Nanterre

Ainsi, le détenu pourrait étayer sa demande de mise en liberté en arguant le non-respect du principe d'équivalence des soins par le médecin. Cela rejoint le problème qui s'est également posé avec l'article 10 de la loi du 4 mars 2002 où « la santé devient modulatrice de la sanction pénale et [où] l'acteur de santé est un intercesseur ».[74]

Cette pression ne peut que conforter le principe de précaution précédemment évoqué et conduire le médecin à terme à chercher davantage à se protéger qu'à soigner. Ainsi la pratique de cette médecine « parapluie » présenterait pour le médecin l'avantage de ne pas se mouiller mais au détriment du patient.

D'une certaine manière, le législateur se décharge sur le médecin en l'abandonnant à son hippocratique mission de soin.

5. LA PRATIQUE MEDICALE EN MILIEU ISOLE : UNE ETHIQUE DE LA RESPONSABILITE

Cette éthique de la responsabilité est au cœur de la pratique médicale en milieu isolé et conduit le praticien à éprouver dans certaines situations qui débordent son champ de compétence un profond sentiment d'isolement. Il doit accepter de soigner avec l'insuffisance de moyens imposée par les contraintes de son milieu d'exercice, de prendre en charge seul des pathologies qui justifieraient une prise en charge spécialisée et d'en assumer seul la responsabilité.

Les praticiens en milieu pénitentiaire se heurtent aux mêmes difficultés d'exercice que ceux du milieu isolé et ressentent également cet isolement à travers cette nécessaire éthique de la responsabilité.

A partir de cette notion essentielle et commune aux pratiques en milieu pénitentiaire et isolé, les différences qui existent entre ces 2 milieux permettent de prendre conscience des réelles difficultés auxquelles sont confrontés les médecins en milieu pénitentiaire.

En milieu isolé, l'éloignement géographique est évident et les contraintes associées sont acceptées de tous et notamment de la population dont le médecin a la charge. Les habitants savent que le médecin fera tout ce qu'il peut pour prodiguer les meilleurs soins possibles. De son côté, le médecin n'a pas d'autre pression pour bien faire que son devoir d'agir, « l'agir éthique », où « l'éthique n'est comme l'entend France Quere¹¹⁵, pas la meilleure action mais la moins mauvaise ». Cette définition sonne particulièrement juste en milieu isolé car elle tient compte pour une fois de l'environnement dans lequel se retrouve l'individu. Il ne s'agit pas de faire ce qu'il y a de mieux mais plutôt de faire le moins mal possible.

Enfin cette pratique médicale un peu particulière, compte tenu des conditions d'exercice peu ordinaires, jouit d'une image positive et valorisante pour le praticien. Personne ne doute de la richesse tant sur le plan humain que sur le plan professionnel de la mission de soin d'un médecin en milieu isolé.

¹¹⁵ Propose de France QUERE à propos de l'éthique : « l'éthique n'est pas la meilleure action mais la moins mauvaise ».

En milieu pénitentiaire, la notion d'isolement est plus complexe et d'autant moins évidente que la distance avec l'hôpital de rattachement est faible. De même, les préjugés sur le milieu comme sur les détenus sont lourds et participent à donner au milieu carcéral, et par capillarité à la médecine qui lui est rattachée, une image négative que les affaires criminelles, relayées largement par les médias, entretiennent.

L'équivalence des soins que le législateur a introduit spécifiquement dans le milieu pénitentiaire renforce l'éthique de la responsabilité qui apparaît en milieu isolé.

Ce principe d'équivalence imposé au médecin sans lui donner les moyens de l'assurer est un facteur supplémentaire d'isolement pour le praticien et l'expose à des pressions procédurales qui risquent de fragiliser un peu plus le « pacte de soin » qui se noue entre le médecin et le patient et qui, comme le note Paul Ricoeur, se base avant tout sur la confiance. [26]

On peut alors se poser la question de savoir pourquoi le législateur a spécifiquement en milieu pénitentiaire introduit cette notion d'équivalence, qui n'a pas de sens par rapport à l'obligation naturelle d'équité inhérente à l'exercice médical, si ce n'est pour introduire une norme sanitaire qui véhicule une norme sociale mais qui ne répond en rien à un objectif de santé publique. Or il convient de rappeler que l'objectif d'une politique de santé publique est de réduire les inégalités sociales. Est-ce que la recherche de l'équivalence peut y contribuer ? Sur le principe peut-être, mais certainement pas sans les moyens. Sauf, si le médecin en assume personnellement la charge.

III. COMMENT AMELIORER L'ACCES AUX SOINS SPECIALISES

1. L'ACCES AUX SOINS SPECIALISES EST-IL UN PROBLEME EN MILIEU PENITENTIAIRE ?

Parmi les problèmes relatifs à la santé des détenus, celui de l'accès aux soins spécialisés notamment somatiques n'est certainement pas la préoccupation principale des praticiens. L'IGAS notait d'ailleurs dans son rapport en 2001 déjà une « nette amélioration » dans l'accès aux soins spécialisés par rapport à la situation avant la loi de 1994.

L'évaluation des difficultés d'accès aux soins spécialisés des détenus par les soignants montre que le problème existe néanmoins tout en révélant les différences de perceptions entre les soignants, infirmières, généralistes et spécialistes.

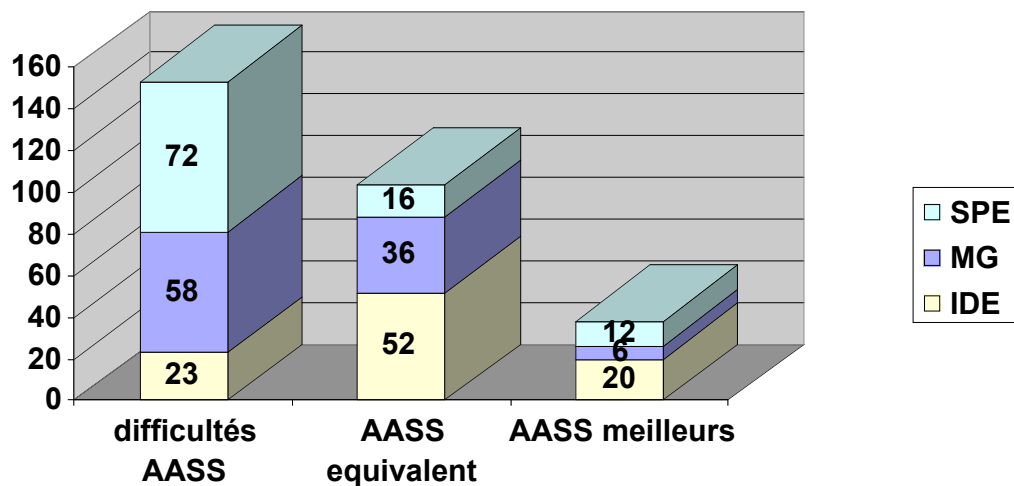


Figure 32: comparaison des réponses des soignants (IDE: infirmière, MG: généraliste, SPE: spécialiste) sur l'accès aux soins spécialisés (AASS) des détenus

Le temps de présence à l'UCSA et le niveau de référence de soins sont parmi les éléments qui différencient le groupe IDE du groupe SPE et qui sont susceptibles d'influencer leur opinion quant à l'accès aux soins spécialisés des détenus.

Les infirmières vivent au contact des détenus et font référence à leur expérience personnelle pour juger de l'accès aux soins. Ainsi, lorsqu'elles jugent l'accès aux soins spécialisés meilleur que pour la population générale, elles le justifient souvent en prenant l'exemple des consultations d'ophtalmologie et de dermatologie qu'elles ont du mal à obtenir personnellement. Au contraire, les spécialistes n'effectuent que quelques vacations par mois à l'UCSA, et disposent comme repère de niveau de soin du contexte professionnel du système hospitalier où la plupart des spécialités est représentée et accessible sans contrainte.

Le point de vue des médecins généralistes vient pondérer la position des infirmières et celle des spécialistes, en affirmant l'existence de réelles difficultés pour l'accès aux soins spécialisés.

Trois possibilités sont envisageables pour permettre l'accès aux soins spécialisés : les extractions médicales, le recours aux TIC, et les consultations de spécialistes sur place.

2. LES EXTRACTIONS MEDICALES

2.1 Un problème majeur d'organisation et un enjeu éthique

Les extractions médicales correspondent au transfert d'un détenu ou prévenu vers l'hôpital de rattachement afin qu'il puisse bénéficier d'une consultation externe spécialisée, ou d'un examen complémentaire. L'organisation de ces transferts est complexe puisqu'elle fait intervenir 3 administrations différentes : pénitentiaire, hôpital et force de sécurité (police ou gendarmerie). La confrontation des logiques pénitentiaire, médicale et policière empêche une bonne coordination et entraîne régulièrement l'annulation d'extractions dont les conséquences sont tout à fait préjudiciables pour le détenu.

Même si nous ne disposons pas de chiffres officiels, les personnes interrogées confirment que ces annulations sont relativement fréquentes et compliquent considérablement la gestion des avis spécialisés avec l'hôpital. Ainsi, la majorité des médecins généralistes considère que le problème de l'obtention d'extraction et les annulations liées à l'absence d'escorte est un des principaux facteurs responsables du retard dans l'accès aux soins spécialisés.

Les principales causes¹¹⁶ d'annulation sont imputables :

- à l'administration pénitentiaire en cas de révélation de la date de consultation ou de transferts intercurrents
- au problème d'escorte,
- au patient lui même, qui refuse la consultation à cause du port des entraves mains et pieds imposées par une récente circulaire ou parce que la date coïncide avec un parloir famille.

Enfin, comme le note le rapport de l'IGAS de juin 2001, le passage d'une « médecine quasi humanitaire à une logique de plus en plus hospitalière » s'est accompagné d'une augmentation majeure des besoins en consultations spécialisées. Le nombre d'extractions a ainsi progressé de 25% entre 1997 et 2000¹¹⁷ (de 71% des extractions pour soins d'urgence) rendant toujours plus complexe la gestion de ces extractions pour les soignants.

Les extractions médicales posent ainsi de sérieux problèmes autant organisationnel qu'éthique aux soignants à l'UCSA comme l'hôpital.

2.2 A L'UCSA

Les résultats du temps infirmier révèlent que la gestion des extractions sanitaires fait partie des principales difficultés évoquées par les infirmières. Elle est même citée en 2^{ème} position après les relations difficiles avec l'administration pénitentiaire pour laquelle elle est également un motif de tension. Le problème des annulations sauvages sans la moindre explication de la part de l'administration pénitentiaire ou de la police était fréquemment souligné par les infirmières.

De même le vocabulaire utilisé pour exprimer leurs difficultés à obtenir des extractions et des escortes est tout à fait révélateur de l'importance du problème (« ...jongler, négocier, s'adapter, pression... »).

¹¹⁶ Entretien avec le Dr Balanger (la Santé, Paris), étude des rapports d'activité de 4 UCSA

¹¹⁷ 34. IGAS-IGSJ, *Rapport d'évaluation sur l'organisation des soins au détenu*. juin 2001. p 44

Pour les médecins, le manque chronique d'extraction sanitaire pour permettre l'accès aux soins spécialisés des détenus est dans 30 % des cas la principale difficulté notée dans leur pratique quotidienne. 56% des médecins généralistes estiment qu'ils ne disposent pas d'un nombre d'extractions suffisantes et 33% des médecins signalent qu'ils sont obligés d'effectuer régulièrement un « triage » des patients pour s'adapter au nombre restreint d'extractions autorisées.

Cela amène 2 réflexions :

D'une part ce constat pointe l'inefficacité manifeste de la loi de 1994 qui n'a pas trouvé des moyens à la hauteur de l'ambition de ceux qui l'ont faite, compte tenu probablement d'une méconnaissance du milieu pénitentiaire.

Comment peut-on d'un côté, imposer au médecin dans une circulaire l'équivalence des soins et de l'autre côté proposer seulement 0,05 ETP (Equivalent Temps Plein) ¹¹⁸ pour 100 détenus de médecins spécialistes, en incluant « les temps d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes et les temps de présence de manipulateurs en électro-radiologie » ¹¹⁹, en sachant qu'il existe plus d'une vingtaine de spécialités médico-chirurgicales. Il est évident qu'avec cette présence infinitésimale de spécialistes consultant sur place, le besoin en nombre d'extractions allait être important et justifier des moyens en conséquence.

D'autre part, les quotas imposés en matière d'extraction médicale amènent les médecins à trier les patients, à annuler certaines consultations pour en permettre d'autres plus urgentes. Cette sélection est tout à fait contraire à la déontologie médicale et illustre une fois de plus l'incohérence admise par la promulgation du principe d'équivalence. Dès l'instant où le médecin décide d'une demande d'avis spécialisé, rien ne devrait pouvoir l'empêcher comme c'est le cas en milieu libre.

L'idée de triage des patients n'est présente que dans la médecine de catastrophe et pose donc en dehors de ce contexte un grave problème éthique insoluble car les critères de sélection ne sont éthiquement pas recevables. [72] « Cette notion de tri, de choix, ne se justifie d'un point de vue éthique que dans des conditions d'exception où dominant trois notions essentielles : l'effet de surprise, l'afflux massif de blessés et la saturation rapide des moyens de secours existants... ». [73]

Même si le contexte de la médecine en milieu pénitentiaire est tout à fait différent de celui de la médecine de catastrophe, on notera néanmoins que les moyens disponibles à l'UCSA sont rapidement saturés. Le « triage » pour extraction médicale est ainsi fréquent mais se pose essentiellement pour des pathologies non graves ou dont les symptômes sont davantage ressentis qu'objectifs.

¹¹⁸ réévalué en 2004 à 0,4ETP pour 600 détenus !

¹¹⁹ Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, Ministère de la Santé, Ministère de la Justice, Septembre 2004, annexe D, « grille indicative des personnels médicaux et non médicaux en ETP, dans le cadre de la reprise par le service public hospitalier de la fonction santé des établissements pénitentiaires du programme 13 000 ».

2.3 A l'hôpital

Si l'extraction médicale donne au détenu la possibilité de sortir de prison et d'aller « se promener » à l'hôpital, les praticiens et infirmières interrogés en marge du questionnaire confirment qu'elle est généralement mal vécue par le détenu.

L'extraction médicale comme possibilité d'accès aux soins spécialisés est ainsi donnée en dernière position par les généralistes et les spécialistes après les consultations de spécialistes à l'UCSA et le recours aux TIC. Aussi 59% des généralistes contre 82% des spécialistes se prononcent-ils pour des consultations spécialisées à l'UCSA plutôt qu'à l'hôpital. Cette légère différence de point de vue peut s'expliquer par une meilleure connaissance des médecins spécialistes des mauvaises conditions d'examen et d'accueil en milieu hospitalier. Le port des entraves et des menottes et le non-respect du secret médical sont les raisons principales évoquées par les soignants pour préférer les consultations à l'UCSA.

Le problème des extractions médicales est bien résumé dans le manifeste disponible sur le site de l'OIP intitulé ¹²⁰: « Que cesse le scandale du traitement hospitalier des détenus ! » et dont je me ferai l'écho partisan. Plusieurs articles dans la presse ont dénoncé la circulaire du 18 novembre 2004 qui autorise désormais le directeur d'établissement pénitentiaire à imposer les menottes et les entraves mais aussi la présence des surveillants pendant l'examen et l'entretien médicaux, seules les femmes accouchant pouvant échapper à ces mesures.

Le port des entraves est aussi stigmatisant que traumatisant pour l'individu. A la prison de la Santé où, à la suite de 2 évasions consécutives, la circulaire est appliquée scrupuleusement même en cas de présentation d'un certificat médical, le médecin de l'UCSA note de multiples annulations d'extractions médicales par les détenus eux-mêmes qui ne supportent pas ces mesures portant clairement atteinte à leur dignité.

Difficile de savoir ce que peut ressentir un détenu entravé livré au regard des autres dans un couloir d'hôpital ou pire dans une salle d'attente comme cela arrive malheureusement. L'éclairage historique que donne Michel Foucault dans son livre « Surveiller et punir » permet de mieux comprendre le poids du regard d'autrui sur l'individu stigmatisé par les entraves. Foucault n'hésite pas à poser comme tournant historique dans l'évolution des peines, « le remplacement, en 1837, de la chaîne des forçats par la voiture cellulaire ». Jusqu'à cette date, les bagnards étaient enchaînés et défilaient dans les villes en subissant l'humiliation d'un public en fête. Après juin 1837, ce « grand spectacle de la chaîne » prit fin et les détenus furent transportés anonymement dans la voiture cellulaire sans plus avoir à affronter le regard du public.

L'image du détenu et des prisons est négative. Ce sont les affaires criminelles les plus sensationnelles ou les plus dramatiques relayées par les médias et qui contribuent à noircir cette image du prisonnier. Pour le public comme pour le soignant qui ne connaît pas le milieu pénitentiaire, le détenu entravé est forcément dangereux et son crime odieux : c'est parfois le cas mais rarement, combien savent que les peines de réclusion à perpétuité ne représentent que 1, 4% et que près des 2/3 des peines prononcées sont inférieures à 5 ans. Ainsi le détenu, quelle que soit son infraction, porte sur lui au travers le regard des autres ces préjugés négatifs qui alourdissent un peu plus sa peine.

¹²⁰ www.oip.org/actualite/actu10.htm

L'autre grand problème des consultations de détenus à l'hôpital est le non-respect quasi systématique du secret médical des patients détenus.

Comme le notent les infirmières, l'administration pénitentiaire demande fréquemment les motifs d'extraction médicale aux soignants qui sont parfois obligés de céder pour être en position de négocier. A l'hôpital, les surveillants et l'escorte assistent le plus souvent à la consultation du détenu dont les membres restent parfois entravés durant l'examen clinique. Même si ces pratiques sont compréhensibles pour des raisons évidentes de sécurité, elles n'en demeurent pas moins inacceptables si l'on considère le détenu comme un être humain à part entière. Il s'agit d'une atteinte au respect de la dignité de la personne et d'une violation caractérisée du secret professionnel dont les soignants se font malheureusement les complices.

Les textes qui appellent au respect du secret médical ne manquent pas. Il s'agit pour tout soignant d'une obligation déontologique et légale.

Citons le serment d'Hippocrate, l'article 4 du code de déontologie médicale : *« le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu et compris »*, l'article 7 des principes d'Ethique Médicale Européenne : *« le médecin est le confident nécessaire du patient. Il doit lui garantir le secret total de toutes les informations qu'il aura recueillies et des constatations qu'il aura opérées lors de ses contacts avec lui »*, ou encore la note du Conseil National de l'Ordre des médecins sur les aspects déontologiques de la médecine pénitentiaire : *« les détenus sont des personnes comme les autres. Ils ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination en raison de leur détention ou de leur cause. Au contraire, en tant que personnes privées de liberté, ils doivent être l'objet d'une attention spéciale, notamment si le médecin constate des sévices ou des mauvais traitements... »*.

La loi du 4 mars 2002¹²¹ fait du secret médical un droit pour le patient et une obligation légale étendue à l'ensemble des professionnels du monde de la santé et non plus seulement aux professionnels de santé.

Par ailleurs, la présence de surveillants ou de forces de l'ordre n'est nulle part requise dans le Code de Procédure Pénale lors d'examens ou de soins médicaux. Seul l'article D.367 du Code de Procédure Pénale précise que *« des surveillants spécialisés peuvent avec l'accord du médecin assister l'infirmière ou l'infirmier dans sa tâche. »*

2.4 Les extractions médicales : une urgence éthique

Les problèmes générés par les extractions médicales illustrent avec force une fois encore, les formidables contradictions entre des textes éthiquement irréprochables et la pratique éthiquement inacceptable.

Pourtant, ces problèmes ne paraissent pas insolubles, mais pour se donner les moyens de les résoudre, il est nécessaire avant tout de reconnaître le droit du détenu à être soigné tel un patient comme les autres et de prendre conscience de la gravité des atteintes faites à ses droits.

¹²¹ La déontologie médicale à l'épreuve des contraintes pénitentiaires, Nicolas Franchitto, DEA 2004

Même si l'orientation prise par la loi du 18 janvier 1994 a permis une franche amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus, il faut reconnaître que la position défendue par Solange Troisier qui fut à l'origine en 1979 de la Charte d'Athènes¹²², de faire l'hôpital dans la prison comme à Fresnes, permettait d'éviter ces graves problèmes éthiques.

Pourtant certaines mesures pourraient être prises pour rendre les extractions moins pénibles. Une augmentation du nombre d'extractions possibles semble incontournable dans le contexte actuel. La création d'une cellule de coordination entre les différentes administrations devrait permettre de mieux gérer les problèmes d'escorte.

De même, les démarches d'obtention d'extractions médicales ont pu être considérablement simplifiées dans une des UCSA interrogés qui a obtenu de l'administration pénitentiaire un véhicule et du personnel voués uniquement aux extractions médicales. Cette mesure ne devrait-elle pas être généralisée ?

A l'hôpital, des progrès peuvent être facilement accomplis et à moindres frais. L'accueil des détenus à l'hôpital souffre de la méconnaissance hospitalière du milieu pénitentiaire. Une charte d'accueil des détenus pourrait être signée par tous les services de consultation ou d'hospitalisation amenés à recevoir des détenus en externe. Celle-ci permettrait de sensibiliser les équipes soignantes à la nécessité d'un accueil adapté au statut du patient détenu, en évitant par exemple tout passage dans une salle d'attente, et en limitant autant que possible son attente.

Le problème du respect du secret médical se heurte aux impératifs sécuritaires. Cela justifierait la création de cabinets de consultations sécurisés comme il existe aux urgences des chambres sécurisées qui permettent un examen médical dans de bonnes conditions. Par ailleurs, on pourrait imaginer pour certaines consultations très spécialisées où la présence d'un tierce personne est requise pour des raisons de sécurité, qu'un casque d'écoute permette d'isoler phoniquement la personne présente lors de la consultation et qui garantirait ainsi la confidentialité de l'entretien sans compromettre la sécurité.

D'autres initiatives sont susceptibles de réduire les problèmes posés par les extractions médicales. La création récente des UHSI semble, d'après les praticiens, être une réussite pour la prise en charge des détenus hospitalisés et offrent un modèle pour l'organisation des consultations externes à l'hôpital. De même on citera le système espagnol qui autorise certaines sorties au détenu pour se faire soigner. L'expérience est très intéressante car elle permet non seulement de régler le problème du secret médical mais donne aussi au détenu le libre choix de son praticien qui reste fondamental pour le bon équilibre d'une relation médecin-malade essentiellement basée la confiance.

Enfin devant toutes ces difficultés imputables aux extractions, auxquelles s'ajoute un coût très élevé (en moyenne 2000F par transfert), la meilleure solution serait de limiter au maximum les extractions en développant d'autres moyens d'accès aux soins spécialisés, comme l'utilisation des TIC ou encore le développement des consultations de spécialistes à l'UCSA.

¹²² « Nous, membres des professions de santé exerçant en prison, réunis à Athènes le 11 septembre 1979, prenons l'engagement, dans l'esprit du serment d'Hippocrate, de prodiguer les meilleurs soins possibles à ceux qui sont incarcérés à quelque titre que ce soit, sans porter atteinte aux principes de nos éthiques professionnelles respectives. »

III. LE RECOURS AUX TIC

1. UN OUTIL EFFICACE POUR L'ACCES AUX SOINS

1.1 En milieu pénitentiaire

L'éloignement géographique des centres pénitentiaires notamment américains associé aux carences en matière de prise en charge sanitaire des détenus ont fait des prisons des sites privilégiés pour développer des applications de télémédecine. La plupart des articles publiés montrent que les consultations effectuées par visioconférence permettent de diminuer significativement à la fois le nombre et le coût des consultations spécialisées avec l'hôpital de référence, de réduire les temps d'hospitalisation et ainsi d'amortir rapidement l'investissement du matériel de télémédecine [75] [76] [77, 78]. Malgré quelques difficultés organisationnelles et techniques, les professionnels de santé comme les patients se montrent très largement satisfaits.

D'autres initiatives utilisant la télémédecine en temps différé ont été mises en place avec succès dans des prisons en Russie et en Angleterre pour faciliter l'accès aux soins spécialisés.¹²³¹²⁴

1.2 En milieu isolé

Les milieux isolés géographiquement ont ainsi pu bénéficier ces dernières années de nombreuses initiatives de télémédecine en temps différé ou en temps réel.

Parmi les applications de télémédecine en temps différé, celle de l'association caritative Swinfen Charitable Trust est exemplaire et contribue au développement d'une « télémédecine pas chère » (low-cost telemedicine) efficace et accessible aux populations défavorisées. [69]

Ainsi depuis 1998, sur l'initiative de Lord Swinfen, l'association caritative Swinfen Charitable Trust fournit gratuitement à des populations isolées ou défavorisées, le matériel nécessaire à l'exercice de la télémédecine en temps différé : un ordinateur portable, un appareil numérique, une connexion Internet. Les demandes de consultations spécialisées sont rédigées sous forme de cas cliniques et strictement anonymisées pour pallier le problème de non-confidentialité des données médicales, puis envoyées par email à une adresse qui la retransmet via un système de routage informatique automatique vers le médecin spécialiste. En aval, un réseau d'une soixantaine de spécialistes, s'engage bénévolement à donner un avis spécialisé dans les 48 heures [79]. La constitution de ce réseau est un des points fondamentaux du système et constitue une étape indispensable pour assurer la meilleure qualité des soins.

Toutes les études publiées sur l'expérience du Swinfen Charitable Trust montrent le bénéfice en termes de prise de décision, d'économies réalisées en évitant des transferts coûteux, et de formation du personnel. [80-82]

Les applications de télémédecine en temps réel ont largement été développées au Canada et notamment au Québec. Grâce à un réseau satellite exclusivement réservé au domaine socio-

¹²³ Prison healthcare project, january 2000, K.Shakespeare, Queen Elizabeth hospital

¹²⁴ Store-and-forward télémédecine in russian correctional institution, Matveev, Nikolay, Nizhny Novgorod Research Institute for Hygiene and Occupational Pathology

sanitaire et couvrant tout le territoire québécois, les équipes québécoises ont mis en place plusieurs programmes de télésanté notamment avec les régions du grand nord réputées pour leur difficultés d'accès suite à l'éloignement géographique et les conditions climatiques. Ainsi, la Basse-Côte-Nord [83], située à l'extrême Est du Québec où vivent près de 10 000 personnes réparties sur 15 villages isolés, possède une organisation des soins qui illustre bien l'intérêt de la télémédecine dans ces régions. Les infirmières sont la pierre d'angle du système de santé. Disponibles 24 heures sur 24, elles soignent, coordonnent et sont en première ligne pour tous les problèmes sanitaires qu'elles doivent pouvoir gérer sans présence médicale. Cette nécessaire polyvalence entraîne une lourde responsabilité qui grâce à la télémédecine peut désormais être partagée. Le développement de la visioconférence a ainsi amélioré la prise en charge des patients en urgence en permettant aux infirmières de bénéficier de l'expertise d'un urgentiste et faciliter l'obtention d'avis spécialisés à distance. En outre, cette liaison par visioconférence rompt l'isolement du personnel soignant et permet de lui assurer une formation continue jusque-là impossible et pourtant indispensable au maintien des connaissances.

Ainsi le concept d'infirmière clinicienne associé à l'utilisation de la télémédecine a permis d'apporter une réponse adaptée au problème de l'accès aux soins des populations vivant en situation d'isolement.

1.3 Pour les prisons françaises ?

Même si la France compte peu de sites éloignés, les initiatives en matière de télémédecine sont nombreuses comme en témoigne la cartographie des applications en télémédecine réalisée par la DHOS¹²⁵. Des applications spécifiques au milieu pénitentiaire ont déjà été développées comme la téléradiologie entre l'hôpital Cochin et la maison d'arrêt de la Santé à Paris [84] et certaines UCSA comme Toulouse ou la Guyane¹²⁶ utilisent déjà les moyens de télémédecine en bénéficiant notamment du dynamisme régional en matière de télémédecine.

Si ces différentes applications de la télémédecine semblent dans la littérature apporter une large satisfaction, il convient de rappeler les différences qui existent entre le milieu pénitentiaire français et les autres milieux.

L'étude bibliographique réalisée dans le rapport sur l'étude de la faisabilité de la télémédecine en milieu pénitentiaire¹²⁷, fait référence essentiellement aux expériences des établissements pénitentiaires américains¹²⁸ dont l'éloignement géographique est une des principales caractéristiques.

En effet, l'enfermement et l'isolement du prisonnier sont la base de la philosophie pénale américaine et ont conduit les autorités américaines à construire les prisons à l'écart de toute zone habitée compliquant d'autant plus l'accès aux soins des détenus.

Mais l'aspect géographique n'est pas le seul point de discordance entre les systèmes américains et français : le droit d'accès aux soins du détenu n'est nullement comparable. Si paradoxalement le détenu américain bénéficie d'un « droit constitutionnellement garanti à un

¹²⁵ www.observatoire-telesante.sante.gouv.fr/

¹²⁶ « Un accès équitable aux soins », Dr Güell, CNES

« Le désenclavement des soins en guyane », T.Le Guen, SAMU

« Expérimentation de Télémédecine rurale en zone amazonienne : Réseau de télémédecine par satellite de Guyane française », www.medes.fr

¹²⁷ Télémédecine et Etablissements pénitentiaires, Etude de faisabilité, Mai 2001, ministère de la justice, ministère de l'emploi et de la solidarité, DHOS

¹²⁸ Expériences de l'Ohio, du Tékas et du Colorado, *ibidem*

suivi médical » en notant toutefois que « l'aide médicale gratuite destinée aux indigents exclut tout traitement visant la toxicomanie, les affections mentales et certaines autres maladies graves », la prise en charge sanitaire des détenus souffre de graves carences. Nous sommes d'autant plus loin du principe français d'équivalence des soins avec le milieu libre que les électeurs américains se montrent de moins en moins disposés à supporter « le coût financier toujours plus lourd » des soins en prison.¹²⁹ Dans le contexte états-unien, on comprend tout l'intérêt de la télé-médecine qui non seulement autorise un accès aux soins jusqu'ici largement déficient, mais surtout permet de diminuer les coûts de consultation, jusqu'à 10 fois selon Kesler et Bach [75], en limitant les extractions médicales. Ainsi, la priorité est plus à la rentabilité qu'à la qualité des soins.

Ainsi, si le recours au TIC semble la seule voie possible pour permettre d'améliorer l'accès aux soins des populations vivant en situation d'isolement géographique qu'elles soient détenues ou pas, la situation géographique particulière des établissements pénitentiaires français permet d'envisager d'autres moyens que la télé-médecine pour améliorer cet accès aux soins. Bien que le coût des extractions soit élevé, l'utilisation des TIC ne s'impose pas avec la même évidence dans ce contexte et amène à se poser sereinement la question de savoir si les TIC permettront une qualité de soins équivalente aux mesures d'accès aux soins traditionnelles.

2. LES TIC EN MILIEU PENITENTIAIRE : LE POINT DE VUE DES SOIGNANTS

2.1 Un avis favorable mais pas une priorité

Deux résultats résument la position des praticiens par rapport à l'utilisation de la télé-médecine en milieu pénitentiaire :

- Plus des 2/3 des médecins sont favorables à l'utilisation des TIC en milieu pénitentiaire et les 4/5 des médecins jugent nécessaire la mise en place du DMP.
- 74% des médecins généralistes et 71% des spécialistes considèrent que l'utilisation des TIC n'est pas une priorité pour améliorer l'accès aux soins des détenus.

Trois principaux profils de médecins émergent des réponses et des commentaires des praticiens recueillis lors des questions ouvertes.

- Un premier profil correspond à celui des médecins favorables à la mise en place du DMP et d'une plus grande présence des spécialistes à l'UCSA. Selon eux, ces 2 mesures permettraient d'une part de faciliter l'accès aux soins spécialisés et d'autre part d'impliquer davantage l'hôpital dans l'organisation des soins à l'UCSA. Par ailleurs, si ces médecins restent souvent sceptiques quant à l'utilisation de la visioconférence, ils n'hésitent pas à se déplacer régulièrement à l'hôpital pour présenter un dossier et obtenir directement l'avis du spécialiste.
- Un deuxième profil majoritaire chez les spécialistes et les psychiatres notamment, se prononce contre les consultations par télé-médecine, et toute substitution des consultations face à face. L'augmentation des effectifs et des moyens alloués aux

¹²⁹ Les Etats-Unis malades de leurs prisons, Megam Comfort, juin 2003, le Monde diplomatique

UCSA seraient pour eux le seul moyen de permettre un accès aux soins équivalant à celui de la population générale.

- Enfin un troisième profil de médecins est favorable à l'implantation et au développement des TIC. Ces praticiens considèrent les contraintes du milieu pénitentiaire comme intangibles et croient davantage dans le potentiel des TIC pour les dépasser que dans l'hypothétique investissement de l'hôpital. Ce profil se rapproche le plus de celui des médecins exerçant en milieu isolé.

2.2 Pas de télé-médecine sans réseau humain

En dépit d'indéniables succès, la télé-médecine n'est pas simple à mettre en œuvre et pose des problèmes d'organisation pratique. Certaines conditions sont des préalables indispensables pour éviter tout échec à plus ou moins long terme. Un certain nombre de questions visaient à savoir si les conditions étaient réunies pour implanter la télé-médecine en milieu pénitentiaire. Nous envisagerons l'analyse de ces résultats à la lumière de l'expérience du milieu isolé dans les Terres Australes et au Québec et à l'appui de la littérature.

La télé-médecine n'est qu'un outil qui ne peut fonctionner sans réseau. Le réseau est ce qui lie les praticiens entre eux et constitue le vrai cœur du système télé-médecine dont toute la technique n'est qu'accessoire. Toute l'efficacité du système Swinfen Charitable Trust précédemment cité repose justement sur la qualité du réseau de spécialistes créé. Ce collège de médecins comporte une soixantaine de médecins et chirurgiens spécialistes anglophones et couvre l'ensemble des spécialités médico-chirurgicales. Ces spécialistes s'engagent sur la base d'un volontariat à donner des avis spécialisés dans leur spécialité et surtout à les adapter au milieu dans lequel le médecin requérant les appliquera. [69, 79-82]

De même, l'expérience de la télé-médecine dans les Terres Australes et Antarctiques Françaises a montré que les médecins de district faisaient généralement référence pour des avis spécialisés préférentiellement à des personnes qu'ils connaissaient. Plusieurs raisons expliquent cette évidence à laquelle les praticiens interrogés souscrivent à 100%.

D'une part, la communication est plus facile lorsqu'on connaît son interlocuteur. Dans un contexte médical, la question du partage de la responsabilité oblige à une confiance mutuelle facilitée lorsque des liens personnel ou professionnel existent entre les 2 praticiens.

D'autre part, même si cela est parfois difficile à avouer, le médecin qui sollicite l'avis spécialisé d'un confrère expose à son jugement les limites de ses connaissances et de ses compétences. Non seulement il peut s'être trompé de diagnostic mais aussi avoir adopté une stratégie thérapeutique que le spécialiste contredira. Aussi, même si l'intérêt du patient domine toute considération personnelle, n'est-il pas si simple de se référer à une personne inconnue et le fait de connaître, pour le médecin requérant, le spécialiste consulté facilite grandement la communication et la prise en charge des avis spécialisés. On note à ce sujet que 44% des spécialistes avouent qu'ils auraient des réticences à demander un avis à un confrère qu'ils ne connaissent pas.

Ce dernier point est fondamental mais difficile à évaluer autrement qu'en constatant la sous-utilisation parfois surprenante de certains moyens de télé-médecine pourtant tout à fait adaptés aux besoins.

Plusieurs questions visaient ainsi à évaluer l'existence ou non d'un réseau entre le médecin de l'UCSA et les spécialistes à l'hôpital.

D'après nos résultats, plus de 20% des généralistes ne vont jamais à l'hôpital de rattachement et la plupart des médecins par manque de temps ne peuvent participer à des staffs qui pourtant les intéresseraient.

Le principal mode d'obtention d'avis spécialisés est le recours aux extractions. Les avis téléphoniques ne sont qu'épisodiques : quant aux avis par email, rappelons que seuls 35% des médecins interrogés disposent à l'UCSA d'un accès à internet ou d'une messagerie électronique.

Ainsi même si les praticiens considèrent majoritairement l'email comme un bon, voire très bon moyen d'obtenir des avis spécialisés, ils n'en ont pas la pratique et les spécialistes qui à 78% ont un accès à internet ne l'utilisent pas plus que les généralistes (39% contre 32% pour les généralistes).

La question du référent dans chaque spécialité participe à cette approche du réseau personnalisé et 68% des généralistes sont pour le principe d'un référent unique dans chaque spécialité même si les 2/3 des médecins pensent cela irréalisable dans le contexte hospitalier actuel.

Parce que le réseau est avant tout un réseau entre humains, il faut pour le construire non seulement du temps mais aussi une volonté certaine de chaque côté du mur de la prison.

Si on reconnaît que le réseau est essentiel au bon fonctionnement de la télémedecine, force est de constater que le faible investissement de l'hôpital et des spécialistes à l'UCSA ainsi que le défaut de communication dont se plaignent les soignants constitue vraisemblablement un frein majeur au développement de la télémedecine en milieu pénitentiaire.

3. LA TELEMEDECINE EN PRATIQUE

3.1 Une organisation complexe

Comme nous l'avons vu en introduction, la télémedecine met en jeu, au sein d'une même structure, l'hôpital, trois catégories professionnelles : les médecins, les techniciens et les gestionnaires [41]. La notion de culture de métier que Chevrier [67] définit comme « un ensemble complexe de savoir-faire, de connaissances, de valeurs et de représentations propres à une profession » cloisonne chaque partie dans son milieu et constitue certainement un des obstacles majeurs à l'utilisation régulière de la télémedecine.

L'étude de terrain menée par S.Froissart, confirme bien que les différences de culture et de mode de communication entre ces trois corps de métiers sont à l'origine d'importants problèmes organisationnels qui gênent le bon fonctionnement de la télémedecine.

3.2 Un bénéfice temps / efficacité discutable

La faible disponibilité des praticiens notamment spécialistes laisse également prévoir quelques difficultés d'organisation des consultations de télémedecine. Ainsi dans notre étude, 20% des spécialistes contactés ont refusé de répondre au questionnaire faute de pouvoir distraire 10 à 15 minutes de leur temps. De même, le manque d'effectif de spécialistes à l'hôpital est cité en première position par les spécialistes et en troisième position par les généralistes pour justifier le manque de spécialistes consultant à l'UCSA.

L'expérience de la télémédecine montre dans la pratique que si elle permet de réduire avantageusement le temps lié au déplacement pour le patient comme pour le médecin, sa gestion est loin d'être facile pour le spécialiste. D'une part, la ponctualité étant impérative en visioconférence, les consultations en télémédecine s'avèrent beaucoup moins souples à gérer que les consultations face-à-face dont les retards sont à l'hôpital relativement fréquents. D'autre part, les limites de l'examen clinique par visioconférence ne permettent pas au spécialiste de régler les problèmes aussi facilement que lors de consultations face à face et imposent parfois de reprogrammer le patient pour une consultation classique.

Ainsi, la télémédecine offre pour le patient un accès aux soins facilité, de qualité et même sans retard à la consultation comme le note le rapport d'évaluation du projet de télésanté aux îles de la Madeleine, mais complique d'autant l'emploi du temps du spécialiste dont la flexibilité des horaires est parfois la seule possibilité pour faire face à sa charge de travail toujours plus lourde. C'est pourquoi, certains spécialistes ont fait part de leur scepticisme quant au gain de temps réel que supposerait l'utilisation de la télémédecine.

3.3 Un manque de matériels et des problèmes techniques

Durant les entretiens, une infirmière répondait à la question sur la télémédecine que c'était pour elle de la « science-fiction ». Il est vrai que le sous-équipement des UCSA notamment d'un point de vue informatique (moins de 2 ordinateurs par UCSA) est alarmant et les UCSA qui disposent d'un peu de matériel informatique se trouvent face au problème de la maintenance qui normalement devrait être assurée par le service informatique de l'hôpital. De la même façon que le courrier et les examens médicaux peuvent arriver avec 8 jours de retard, les soucis informatiques de l'UCSA sont rarement des priorités pour les services informatiques et la distance qui sépare l'UCSA et l'hôpital semble dissuasive pour toute intervention rapide. Les praticiens furent ainsi nombreux à soulever la question du suivi technique des infrastructures de télémédecine. En Guyane, le médecin de l'UCSA résume l'expérience pourtant satisfaisante de la télémédecine à l'UCSA par : « cela fonctionne bien mais c'est souvent en panne, et moins on utilise le matériel, moins on sait l'utiliser et plus les problèmes techniques sont difficiles à gérer ».

Par ailleurs, les praticiens notent que la formation des soignants à ces nouveaux outils dont ils n'ont ni la pratique ni la culture est un obstacle supplémentaire au développement des TIC.

Ainsi au-delà des problèmes de fonctionnement intrinsèque de la télémédecine notamment lié aux cultures de métiers, les graves carences matérielles et techniques des UCSA soulèvent le plus grand scepticisme des professionnels quant au bon fonctionnement de la télémédecine au sein de ces unités qui restent par ailleurs soumises au contrôle de l'administration pénitentiaire.

3.4 Le coût de la télémédecine

Cité par les praticiens comme le premier frein à l'implantation de la télémédecine, le coût financier de la télémédecine est loin d'être une question accessoire. Qui va payer ? l'hôpital ou l'administration pénitentiaire ? Le problème s'est déjà posé concrètement lorsque la DHOS a proposé aux UCSA d'Île de France un projet pilote de télémédecine financé à 50% par le ministère, le restant devant être supporté par l'hôpital de rattachement. Même si d'autres raisons expliquent la non-adhésion des professionnels de santé à ce projet, la question financière a largement contribué à ce refus d'après les différents échos émis par les médecins d'UCSA.

Comme le note le Dr V Hazebroucq¹³⁰, il existe un conflit d'intérêts entre l'hôpital et la prison dans la gestion financière des avis spécialisés. Ainsi, lorsqu'un détenu consulte un spécialiste à l'hôpital, l'extraction est à la charge de l'administration pénitentiaire qui dispose d'un budget spécifique pour cela, et l'hôpital facture la consultation spécialisée. L'utilisation de la télémédecine pour les consultations spécialisées devrait à terme diminuer le nombre d'extractions, au bénéfice de l'administration pénitentiaire, mais aussi diminuer les recettes des consultations spécialisées à l'hôpital même si la dernière loi de finance pour 2005 prévoit enfin « la reconnaissance et la rémunération des actes de télémédecine »¹³¹.

Dans la répartition actuelle des coûts, il apparaît que l'administration pénitentiaire serait le principal bénéficiaire du développement de la télémédecine et devrait par conséquent participer à son investissement. En Guyane où la visioconférence a pu être installée grâce à des fonds européens et à l'appui du CNES, le problème du paiement des factures de communication de télémédecine par l'administration pénitentiaire se pose déjà.

3.5 Quelques « échecs » et un certaine fragilité pérenne

Beaucoup des projets de télémédecine à la fin des années 90 furent le fruit d'initiatives personnelles, portés par des médecins engagés et décidés à améliorer certaines prises en charge médicales déficientes et à permettre ainsi une meilleure équité dans l'accès aux soins. Le Dr Alain Cloutier décédé l'année passée en fut un illustre exemple : cardiologue pédiatre et pionnier de la télémédecine au Québec, il lança entre autres, le Réseau Québécois de Télésanté de l'Enfant.¹³²

La télémédecine « clef en main » n'existe pas. Parce que les projets sont complexes à gérer et doivent s'inscrire impérativement dans la durée, il est nécessaire que les acteurs, au premier rang desquels les médecins, y **adhèrent pleinement** pour assurer la pérennité et le succès à long terme. Or pour être motivé et s'investir dans ce type de projet, le médecin doit non seulement y trouver la possibilité de répondre efficacement à un réel besoin qu'il a lui-même constaté, mais aussi avoir un bénéfice concret dans l'utilisation de ce nouveau moyen qui sera pour lui synonyme d'un nouvel apprentissage et d'une pratique différente de celle dont il a l'habitude.

Les succès et les échecs des projets de télémédecine ont déjà fait l'objet de nombreuses analyses, et il semble intéressant, à travers quelques exemples, de comprendre quelques-unes des raisons pour lesquelles certains projets ont été arrêtés.

Ainsi, la téléradiologie entre la prison de la Santé et l'hôpital Cochin dont le Dr Hazebroucq fut l'instigateur, ne fonctionne plus après quelques années alors même que l'expérience avait donné une complète satisfaction. Le matériel est pourtant toujours fonctionnel, les locaux disponibles et l'équipe UCSA demandeuse mais en aval à l'hôpital Cochin il n'y a plus de radiologue pour répondre. Parmi les raisons invoquées, le manque de motivation et le manque de temps de l'équipe hospitalière semblent une fois de plus déterminants. A travers la non utilisation de cette structure de télémédecine, les radiologues font le choix d'un fonctionnement « traditionnel » avec transfert et interprétation des résultats sur place.

¹³⁰ Entretien du 17/01/05 avec Dr V.Hazebroucq

¹³¹ Avis, loi de finance pour 2005, N°1864, Tome XI, santé, famille, personnes âgées et personnes handicapées présentée par Mme Bérengère Poletti

¹³² « La télésanté au CHUM et au CUSM : problématiques et solutions », Talbot J.F., Saint-Gelais M. Desrochers, mars 2004

Certes la télémédecine facilite l'accès à des soins mais souvent au prix d'une organisation plus lourde pour les praticiens notamment en terme de disponibilité. Ils se montrent prêts à l'accepter si cela répond à **un réel besoin voire une nécessité** et il est probable alors que la télé-radiologie entre la prison de la Santé et l'hôpital Cochin, distants de 200 mètres, n'en est pas une.

Un autre problème est soulevé par l'expérience de télépsychiatrie au Québec. Ce programme entre l'hôpital de Montréal (CHUM) et le Nunavut initié par le chef de Service de psychiatrie s'est interrompu dès lors que celui-ci a été muté¹³³. Cela montre d'une part la nécessité pour tout projet de télémédecine de s'inscrire dans une **démarche collective**, soutenue par tous et non pas seulement par son enthousiaste initiateur. D'autre part, cela rappelle la nécessaire étape d'**appropriation** du projet par le médecin s'il n'en est pas l'initiateur.

En reconnaissant cette appropriation par le professionnel comme fondamentale, on peut émettre les plus grandes réserves sur l'application à long terme par les praticiens, de projets de télémédecine même très bien pensés qui émaneraient directement d'une structure institutionnelle.

A l'initiative d'une mère dont l'enfant bégayait et qui vivait au Québec en région éloignée, un programme de téléorthophonie avec l'hôpital Sainte Justine fut mis en place pour permettre aux enfants vivant en région éloignée de bénéficier de séances de rééducation orthophonique. Cette télé-orthophonie dont la pratique s'est révélé être un franc succès est un exemple flagrant de l'intérêt de la télémédecine pour améliorer l'accès aux soins de populations situées à l'écart des grands centres urbains où sont concentrées la plupart des structures de soins spécialisés. Malheureusement, ce programme a été interrompu.

Compte tenu des faibles effectifs d'orthophonistes, les enfants des villes avaient paradoxalement des délais de rendez-vous plus longs et donc un accès aux soins plus difficile que les quelques enfants en région éloignée qui grâce à la télémédecine étaient suivis de façon plus régulière.¹³⁴

Aussi choquant que puisse paraître l'idée, il s'agit d'un point de vue de santé publique d'une forme de **discrimination positive**.

Or durant l'étude, plusieurs soignants, médecins ou infirmières, ont noté cette discrimination positive dans l'accès aux soins des détenus. Ainsi, une infirmière expliquait que certains détenus étaient « exigeants et dès leur arrivée en prison, ils en profitaient pour faire un check-up complet », leur statut de détenu leur permettant d'accéder à des soins plus facilement que la population générale. Ce sentiment semble bien partagé parmi les soignants puisque un quart des infirmières pensent que leur accès aux soins spécialisés est meilleur que celui de la population générale.

Enfin, nous terminerons sur une dernière expérience de télémédecine qui donne une idée de l'évaluation dans le temps d'un projet de télémédecine.

Les Îles de la Madeleine sont situées dans le golfe du Saint Laurent à plus de 1000 Km du premier centre hospitalier régional et abritent une population qui varie selon les saisons de 13000 à 50000 habitants. Il existe un centre hospitalier d'une centaine de lits et un staff médico-chirurgical permanent composé de 22 médecins généralistes et de 10 spécialistes parmi lesquels 3 chirurgiens. L'équipe médicale est complétée par des spécialistes « visiteurs » qui, à des fréquences variables selon les besoins, se rendent sur l'archipel à l'occasion de « cliniques itinérantes ».

¹³³ 64. Bonnardot, L., *La télésanté au Québec: problématiques et applications en région éloignée*, in *Laboratoire d'Éthique Médicale, IREB*. 2004, Paris 5.

¹³⁴ Entretien S.Froissart, Mai 2004, Montréal

Le projet de télésanté aux îles de la Madeleine dont l'objectif principal était « l'amélioration de l'accessibilité à des services spécialisés a permis d'évaluer durant 13 mois 14 applications en télé-médecine. Les résultats de l'étude [85] sont très positifs en termes d'accès aux soins, de qualité des soins, de satisfaction des professionnels comme des patients et démontre surtout que « la télé-médecine est d'abord un exercice de relations humaines ».

Il est intéressant de noter comment, trois ans après la fin du projet qui fut à l'origine de toute l'infrastructure de télé-médecine fournissant un accès dans 14 spécialités, l'activité s'est naturellement remodelée selon les besoins réels. Ainsi on distingue à présent 4 principales applications :

- la télé-radiologie qui en nombre de connexions est l'activité la plus importante notamment pour la transmission d'images de traumatologie
- les téléconsultations en diabétologie, hématologie, conseil génétique et anatomopathologie
- la téléformation notamment en psychiatrie, orthophonie, physiothérapie, et chirurgie (staff départemental)
- la « télé-administration » qui s'est largement développée, facilitant les réunions de direction avec la Gaspésie

Cependant les cliniques itinérantes des spécialistes restent la principale source d'avis spécialisés dont la fréquence n'a pas diminué avec la mise en place du réseau de télé-médecine.

On rapprochera de cette observation, l'utilisation de la télé-médecine dans les terres australes et antarctiques françaises qui depuis plusieurs années bénéficient de la part de son service médical d'un réel soutien et de moyens en conséquence. Mais on constate que les médecins hivernants semblent préférer les moyens traditionnels de communication (téléphone) plutôt que de mettre en pratique les applications de télé-médecine. [64]

Par ailleurs, la téléformation aux îles de la Madeleine tient toujours une place importante dans les applications de télé-médecine. Les résultats ont montré que les soignants en milieu pénitentiaire l'ont bien compris puisque 84% des médecins généralistes estiment que la visioconférence peut constituer un bon moyen de formation continue.

L'exemple du Centre Hospitalier des îles de la Madeleine dont l'organisation des soins et l'accomplissement de sa mission sanitaire en font un véritable modèle de structure de soins en situation d'éloignement géographique, permet de noter un dernier point fondamental pour la viabilité d'un projet de télé-médecine : **la juste et rigoureuse évaluation des besoins**. Ainsi, il a fallu plusieurs années à Mme Therrien Saillant, directrice des services professionnels et responsables de la télésanté sur l'archipel, pour évaluer les besoins en matière d'avis spécialisés et ainsi établir la juste fréquence des passages de médecins spécialistes. [64]

Cela permet d'imaginer un peu mieux la difficulté pour les médecins en milieu pénitentiaire d'évaluer et d'établir de façon juste les besoins en avis spécialisés d'une population qui, en maison d'arrêt, est sans cesse en mouvement et dont la durée moyenne de séjour est de 3,8 mois.¹³⁵

¹³⁵ Les chiffres clefs de l'Administration Pénitentiaire : durée moyenne de détention provisoire : 3, 8 mois pour l'année 2002 en métropole (1975 : 2,4 mois)

4. LES SPECIALISTES A L'UCSA

4.1 La seule réponse à l' « équivalence des soins »

Encourager les spécialistes à venir consulter sur place constitue certainement une des meilleures façons de donner aux détenus un accès aux soins spécialisés « équivalent » à celui de la population générale.

Curieusement, alors que la loi prône l'équivalence des soins, l'« évaluation » des besoins a conduit les autorités de tutelle à proposer en 2004, 0,4 Equivalent Temps Plein (ETP) pour une maison d'arrêt de 600 places comme temps de vacation de médecins spécialistes. De plus, ce temps est non seulement censé couvrir l'ensemble des besoins en avis spécialisés dans les 24 spécialités mais il inclut aussi « les temps d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes et les temps de présence de manipulateurs en électro-radiologie ».¹³⁶

Cette inadéquation absolue et évidente, presque grossière entre les besoins et les moyens alloués confirme, comme nous l'avons vu précédemment, que le principe d'équivalence que la loi impose au médecin, repose essentiellement sur son engagement personnel : à lui de gérer avec les moyens du bord les difficultés d'accès aux soins. De toute façon, il doit en assumer la responsabilité.

Malheureusement, comme le soulignent les praticiens interrogés, cette orientation se heurte au problème du manque d'effectifs de spécialistes, et du manque de disponibilité des praticiens hospitaliers majoré depuis le passage aux 35 heures. On note ainsi que tous les spécialistes qui ont refusé l'entretien, faute de temps, étaient hospitaliers.

Ce problème est national et touche autant la population générale que les détenus. Si la télémédecine peut aider à mieux répartir selon les régions les ressources médicales notamment spécialisées, aucune mesure ne pourra compenser les mesures politiques de restriction en matière d'accès aux spécialistes prises par les gouvernements successifs. Les chiffres et les prévisions de la démographie médicale sont connus depuis longtemps et sans surprise, nous entrons comme prévu avec le départ à la retraite des « baby-boomers » dans une période où l'accès aux soins spécialisés est de plus en plus difficile dans certaines spécialités comme en témoigne l'allongement des délais de rendez-vous [22].

Nous l'avons vu, d'un point de vue géographique, la prison reste à proximité de l'hôpital. Ne peut-on pas alors envisager que des vacations régulières dans certaines spécialités soient assurées dans les UCSA au même titre qu'elles le sont dans les hôpitaux périphériques du CHU ?

¹³⁶ Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, Ministère de la Santé, Ministère de la Justice, Septembre 2004, annexe D, « grille indicative des personnels médicaux et non médicaux en ETP, dans le cadre de la reprise par le service public hospitalier de la fonction santé des établissements pénitentiaires du programme 13 000 ».

Parmi les spécialités les plus sollicitées, quatre couvrent les 2/3 des demandes :

- la chirurgie et notamment la traumatologie mais aussi le suivi post-opératoire des patients opérés
- la dermatologie
- la cardiologie
- l'ophtalmologie

A partir de ce constat, si une étude le confirme à l'échelon national, ne serait-il pas souhaitable de proposer puisque la loi l' « impose », des vacations à l'UCSA dans ces spécialités très sollicitées et d'organiser des « cliniques itinérantes » dans les autres spécialités dont les besoins sont plus modestes ?

Par ailleurs, les spécialistes hospitaliers ne sont pas les seuls à intervenir en prison. Dans notre étude, 1/3 des spécialistes interrogés sont des médecins libéraux qui gardaient quelques vacations à l'hôpital. Cependant, les mesures encourageant la participation des médecins libéraux au réseau de la prison sont nulles. Si plus des 3/4 des praticiens spécialistes trouvent les consultations en milieu pénitentiaire enrichissantes, le « côté humain » est l'une des premières raisons pour eux de continuer à consulter en prison.

Les consultations à l'UCSA leur coûtent de l'argent dans la mesure où la faible rémunération ne couvre pas leurs charges fixes de fonctionnement. La seule solution trouvée par certaines UCSA est de déclarer 2 voire 4 vacations et de n'en faire qu'une. Ainsi une vraie politique d'ouverture sur la médecine de ville permettrait avec des mesures incitatives fortes notamment financières de pallier le problème du manque de disponibilité des praticiens hospitaliers.

Plus que jamais les besoins en matière d'avis spécialisés pour les détenus doivent faire l'objet d'une évaluation rigoureuse à un niveau national grâce au recueil des données fournies dans les rapports d'activité annuels des UCSA. C'est là un préalable incontournable à toute orientation politique des moyens d'accès aux soins spécialisés.

Cette solution permet en outre de résoudre la plupart des problèmes posés par les autres modes d'accès aux soins précédemment évoqués.

4.2 Une réponse aux problèmes posés par les autres modes d'accès aux soins spécialisés

4.2.1 Les extractions médicales

En augmentant le nombre de consultations spécialisées à l'UCSA, on diminue le nombre d'extractions pour des consultations programmées et on libère d'autant les équipes pour des extractions médicales en urgence. Cela permettrait d'alléger les problèmes de coordination entre les différentes administrations auxquels est confronté quotidiennement le personnel soignant.

Les consultations de spécialistes au sein de l'UCSA règle du même coup le problème fondamental du respect du secret médical.

Une des limites de cette orientation est le sous-équipement des UCSA en matière de locaux et de matériel de consultation médical. Cependant, l'économie réalisée par la diminution des extractions devrait permettre de mieux équiper les UCSA, même si les « silos budgétaires »¹³⁷ empêchent malheureusement cette souplesse de raisonnement.

4.2.2 La télé médecine

Comme nous l'avons vu, le réseau est la base des applications de télé médecine et le facteur humain essentiel à son bon fonctionnement. [41, 71]

Par ailleurs, pour donner toutes les chances au réseau de fonctionner efficacement, il est souhaitable que les spécialistes, qui constitueront ce réseau, connaissent non seulement le personnel et les médecins de l'UCSA mais aussi les conditions d'exercice médical à l'UCSA et ses contraintes horaires. Par exemple, l'orientation des patients en fin d'après-midi ou le week-end pose souvent de gros problèmes d'organisation à l'UCSA et nécessite d'en adapter spécifiquement la prise en charge.

Ainsi on remarquera que l'efficacité du réseau médical dans les Terres Australes et Antarctiques Françaises est en partie due au fait que la majorité des membres de ce réseau ont eux-mêmes participé à des missions dans les terres australes : ils connaissent ainsi les conditions sur place et les moyens dont disposent les soignants et sont, ainsi, plus à même de donner des avis adaptés au milieu d'exercice.

¹³⁷ Expression de Jean-Paul Fortin, congrès du Catel 2004

IV. A QUELLE DISTANCE SONT LES PRISONS ?

1. SI PROCHE, SI LOIN

La distance géographique qui sépare les prisons françaises des hôpitaux auxquels elles sont rattachées, est relativement faible puisque la médiane statistique pour les maisons d'arrêt est de 3,5Km.

L'expérience croisée de la vie en milieu isolé et de la détention en quartier d'isolement montre que paradoxalement ce n'est pas la distance géographique d'un lieu qui isole l'individu mais son lien social ou professionnel si l'on pense au médecin avec son groupe de référence.

Aussi, en dépit d'une relative proximité de l'hôpital, les soignants en prison ont-ils un sentiment d'isolement marqué, qui s'exprime différemment chez les infirmières et chez les médecins :

Les infirmières dont la présence à l'UCSA, en journée et le week-end, est continue, ont un sentiment d'isolement dans leur pratique quotidienne notamment en dehors des présences médicales, et ressentent une forme d'exclusion à travers le manque de reconnaissance et de considération de la part de l'hôpital dont l'investissement est objectivement insuffisant.

Pour les médecins, dont la présence à l'UCSA est discontinue, le sentiment d'isolement se traduit comme pour les médecins exerçant en milieu isolé, à travers les difficultés d'accès aux soins spécialisés et l'éthique de la responsabilité imposée par un milieu d'exercice difficile et mal connu.

La loi du 18 janvier 1994 fait de l'UCSA une Unité Fonctionnelle de l'hôpital à part entière. Or, tant sur un plan matériel qu'organisationnel, le défaut d'investissement de l'hôpital dans cette « annexe » un peu particulière contribue largement à créer une distance plus symbolique que géographique.

Ainsi, les médecins généralistes comme les spécialistes posent comme première difficulté dans leur pratique à l'UCSA, les problèmes de coordination avec l'hôpital et proposent alors pour améliorer l'accès aux soins des détenus de porter tous les efforts sur l'accès aux soins.

L'hôpital est « rentré dans la prison »¹³⁸, par la loi du 18 janvier 1994 ; Onze ans après, il serait temps qu'il l'investisse réellement.

Les réponses des professionnels de santé séparent clairement la question du DMP des perspectives de télémédecine en temps différé ou en temps réel. A une écrasante majorité, ils se prononcent pour la mise en place de ce dossier même si quelques divergences existent sur les questions du contenu et des personnes avec qui le partager. De même, 90% des médecins généralistes considèrent comme « indispensable ou nécessaire » la mise en réseau de l'UCSA avec l'hôpital réaffirmant ainsi l'urgence de l'investissement hospitalier en milieu carcéral.

¹³⁸ 35. Sénat, N°449, *Rapport sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires*. juin 2000.

2. LA LEGITIMITE D'UNE MEDECINE A DISTANCE

Cette notion de distance est essentielle à comprendre pour adapter les modes d'accès aux soins et assurer ainsi l'équité des soins des personnes.

L'impact de la télémédecine sur la relation médecin-patient n'a pas été abordé dans ce travail alors qu'elle est fondamentale. [86] Cette question ne se pose pas en milieu isolé où la télémédecine permet à une population de bénéficier de soins auxquels elle n'avait pas accès auparavant. Pour les prisons françaises, la question se pose parce qu'il existe d'autres moyens, peut-être plus chers mais peut-être aussi plus sûrs. L'influence de télémédecine sur la relation médecin patient est au cœur de la discussion de la télépsychiatrie. Ainsi, ces programmes de télémédecine sont largement répandus et défendus outre-atlantique notamment dans le milieu pénitentiaire où les psychiatres anglo-saxons l'intègrent dans leur approche comportementaliste. [87, 88] En France où la psychiatrie repose davantage sur une approche analytique, ce type de programme trouve encore peu d'écho.

La distance géographique est économiquement l'une des principales raisons pour envisager de recourir à la télémédecine. L'exemple des prisons états-uniennes est révélateur. En effet, il est difficilement envisageable qu'une société supporte les coûts financiers qu'imposerait le maintien d'un accès aux soins équivalent à celui proposé dans les grands centres urbains pour des milieux dont les contraintes liées à l'éloignement géographique sont majeures. La pratique alors d'une médecine à distance dont la qualité est aujourd'hui tout à fait admise [85], est une solution d'autant plus légitime que les autres moyens d'accès aux soins comme les transferts ou le maintien de spécialistes sur place ne sont économiquement acceptables que dans un contexte d'urgence.

Pour le milieu pénitentiaire français, cette légitimité perd de sa force dès lors qu'on analyse la distance qui cautionnerait le recours à une « médecine à distance ».

Cette distance évaluée par les soignants à travers leur sentiment d'isolement, apparaît plus symbolique que géographique. Mais l'évaluation de leurs difficultés dans leur pratique révèle en premier lieu le manque de présence et d'investissement de l'hôpital à l'UCSA.

Ainsi, est-on en droit de se demander si le recours à la télémédecine ne risque pas de favoriser le maintien à distance de l'UCSA alors qu'au contraire tous les soignants demandent à se rapprocher de l'hôpital en espérant un plus franc investissement de celui-ci. De même, la reconnaissance professionnelle en milieu carcéral doit passer par la sensibilisation du personnel hospitalier aux spécificités de l'exercice en milieu carcéral et susciter une plus étroite collaboration.

Aussi, on comprend à la fois la réserve des médecins travaillant à l'UCSA pour la télémédecine comme mode d'accès aux soins, mais aussi l'importance que revêt l'intervention des spécialistes au sein même de l'UCSA.

Celle-ci semble nécessaire y compris pour des perspectives futures d'utilisation des TIC car elle permettra de tisser durablement le réseau qui sous-tend toute application de télémédecine.

Enfin, il faut rappeler que le parc pénitentiaire français est très hétérogène, et notre réflexion s'est basée sur des moyennes. Il existe un certain nombre d'établissements pénitentiaires¹³⁹ situés dans des zones géographiques médicalement « désertées » et pour lesquels les applications de télémédecine sont tout à fait adaptées au même titre que pour les milieux isolés.

Par ailleurs, si nous avons davantage insisté sur les échecs de la télémédecine pour mieux comprendre l'enjeu de ce mode d'accès aux soins, il convient d'en rappeler les succès dont nous avons pu mesurer les bienfaits durant notre enquête, notamment dans la région toulousaine qui bénéficie de l'efficace Réseau de Télémédecine Régional Midi-Pyrénées.¹⁴⁰

¹³⁹ notamment les centres de détention

¹⁴⁰ Pr L. Lareng, entretien du 4/09/02 sur la télémédecine en milieu pénitentiaire avec Hervé Nabarette et Elie Lobel, www.medcost.fr

CONCLUSION

Si l'imaginaire du milieu isolé s'oppose radicalement à celui du milieu pénitentiaire, le problème de l'accès aux soins en milieu pénitentiaire rappelle celui du milieu isolé.

Les spécificités de la pratique médicale en milieu isolé éclairent alors un peu mieux celles du milieu pénitentiaire souvent méconnues et à tort peu valorisantes.

En effet, l'exercice en milieu isolé ramène le médecin aux sources d'une médecine générale aussi exigeante que passionnante. Basée essentiellement sur la clinique et marquée par une forte implication sociale du soignant, elle va à contre-courant de l'évolution actuelle de cette médecine moderne qui tend à réduire l'être humain à une série d'organes en dérivant vers une hyperspécialisation technicienne, renforçant par là même la séparation entre le médical et le social.

Mais le rapprochement avec le milieu isolé permet aussi une autre lecture du principe d'« équivalence des soins » affirmé par la circulaire du 8 décembre 1994 et dont l'application repose injustement sur le seul engagement du soignant.

En milieu isolé, le soignant s'adapte aux contraintes du milieu et cherche davantage à assurer l'équité d'accès aux soins qu'une improbable « équivalence des soins par rapport à la population générale ». D'une part, les inégalités au sein même de la « population générale » (riche et pauvre, rurale et urbaine) empêchent tout référentiel fiable, et d'autre part, les contraintes majeures du milieu justifieraient un déploiement de moyens considérables qui en terme de politique de santé publique s'effectuerait aux dépens de la satisfaction d'autres besoins.

Les médecins aujourd'hui n'ont pas les moyens d'assurer cette équivalence et doivent pourtant en assumer la responsabilité.

Aussi ce principe d'équivalence tend-il à renforcer la pression procédurale à laquelle les praticiens en milieu pénitentiaire sont soumis dans leur exercice¹⁴¹ et risque à terme d'affecter la relation médecin patient déjà complexe et fragile en prison.

L'expérience croisée du milieu isolé et du milieu pénitentiaire met en évidence que le sentiment d'isolement est plus souvent corrélé à un état d'exclusion par rapport à un groupe de référence ou un mode de fonctionnement qu'à l'éloignement géographique.

Si le milieu isolé géographiquement est un modèle d'inclusion sociale, les contraintes de ce milieu ne permettant aucun exclu, le modèle pénitentiaire, créé uniquement par l'homme pour d'autres hommes souvent déjà exclus, offre un modèle d'exclusion remarquable dont nous avons tous la charge et la responsabilité.

¹⁴¹ Le nombre de patients suivis par médecin et par an est beaucoup plus élevé à l'UCSA qu'en milieu libre. De plus, chaque patient est potentiellement assisté d'un avocat.

Plutôt que l'équivalence des soins, qui n'est en rien un gage d'équité, ne devrions-nous pas surdévelopper la prise en charge du volet social de la santé des détenus ? 1 travailleur social pour 40 surveillants¹⁴², c'est certes plus que pour la « population générale » mais ne faudrait-il pas, pour assurer l'équité des soins en milieu carcéral, compte tenu du degré extrême d'exclusion et de précarité de la population détenue, un travailleur social pour un surveillant ? Pour certains professionnels de santé, il faut repenser et réorienter la mission de soin en milieu pénitentiaire.

Le paroxysme de l'exclusion est atteint par la détention en quartier d'isolement, dénoncée par le Dr D.Faucher¹⁴³. L'isolement « expérimental » de l'individu par rapport à son groupe social a de graves conséquences pour sa santé et pose plus que jamais la question de « la finalité de la peine » évoquée par Paul Ricoeur.¹⁴⁴

Depuis 1945, « la peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement du condamné »¹⁴⁵. La prison aujourd'hui montre que la question du « comment punir » dans le respect de la dignité de la personne est loin d'être résolue, et certainement comme l'écrit Paul Ricoeur, le jugement médical peut éclairer le jugement judiciaire...¹⁴⁶

L'accès aux soins notamment spécialisés est une des difficultés partagées par les soignants en milieu pénitentiaire et en milieu isolé.

La question de la distance entre le soignant et son centre hospitalier de référence est fondamentale dans la choix du mode d'accès aux soins.

« Si proche, si loin » résume la distance qui nous sépare des prisons et qui a été évaluée dans notre étude :

- si proche, parce que la majorité des établissements pénitentiaires français est géographiquement proche des hôpitaux de rattachement.
- si loin, parce que les murs de la prison sont toujours aussi difficiles à franchir pour les personnes et les mentalités comme en témoignent les sentiments d'exclusion et d'abandon exprimés par les soignants.

Si les médecins en milieu isolé géographiquement n'ont pas d'autre choix que de développer la télémédecine pour améliorer l'accès aux soins de leur population, les médecins en milieu pénitentiaire, par la faible distance qui les sépare de leur hôpital de rattachement, ont plusieurs modes d'accès aux soins spécialisés. L'analyse des résultats fait émerger des tendances mais la solution optimale viendra probablement de la combinaison des 3 principales modalités d'accès aux soins qu'il conviendra d'adapter à la situation de chaque établissement pénitentiaire.

¹⁴² Les chiffres-clés de l'administration pénitentiaire, Juillet 2003, Direction de l'Administration Pénitentiaire, Ministère de la Justice

¹⁴³ Ethique médicale en milieu carcéral: suivi des personnes détenues en quartier d'isolement, D.Faucher, 1999, Paris 7

¹⁴⁴ Chapitre « Justice et médecine, la problématique de la personne y est également posée », Paul Ricoeur, Visions éthiques de la personne, 2001, L'Harmattan, Ed Hervé

¹⁴⁵ Premier principe de la réforme Amor, 1945

¹⁴⁶ Ibidem, Paul Ricoeur, Visions éthiques de la personne, 2001

L'évaluation des difficultés pratiques des soignants en milieu pénitentiaire montre que la priorité est à l'investissement humain et matériel de l'hôpital dans son unité fonctionnelle de consultation pénitentiaire, ce qui supposerait une considération nouvelle pour cette activité.

A l'heure de la transversalité, l'hôpital devrait trouver en l'UCSA un terrain privilégié pour développer une vraie et cohérente politique de soins ambulatoires.

Cette politique est aujourd'hui urgente pour la prise en charge de patients atteints de troubles psychiatriques.

Parmi les modalités d'accès aux soins spécialisés :

- la venue des spécialistes sur place est une solution de choix qui permet de résoudre la plupart des problèmes posés par les autres modes d'accès aux soins tout en préparant le lit de l'utilisation de la télé-médecine. Certaines consultations apparaissent indispensables comme la gynécologie dans les prisons pour femmes ou d'autres spécialités très sollicitées. Mais l'organisation des consultations spécialisées sur place suppose en amont une évaluation rigoureuse des besoins en matière d'avis spécialisés que l'importance des mouvements de détenus notamment en maisons d'arrêt rend difficile. Dès lors, une mission d'évaluation de ces besoins à l'échelle nationale semble incontournable.
- les extractions médicales par les problèmes organisationnel, éthique et financier doivent être les plus limitées possibles, même si des aménagements et des solutions sont envisageables à tous les niveaux de difficultés.
- s'il ressort que le DMP est un préalable incontournable et prioritaire à toute application de télé-médecine, les professionnels sont favorables au développement des TIC même s'ils n'en font pas une priorité pour l'accès aux soins. En utilisant ces technologies, ils attendent plus de l'investissement de l'hôpital dans la mise en œuvre d'un réseau de télé-médecine avec l'UCSA que du réel potentiel de ce mode d'accès aux avis médicaux dont beaucoup mettent en doute les bénéfices.

Aussi, avec une juste prudence, les soignants rappellent-ils que l'utilisation des TIC ne doit pas « isoler » la prison, en renforçant une distance qui, bien que géographiquement faible, est humainement considérable.

Pas plus que l'île n'est une prison, la prison n'est une île¹⁴⁷, et nous devons veiller à tout faire pour qu'elle n'en devienne pas une et investir, comme le font déjà diverses associations¹⁴⁸, le terrain carcéral.

Je finirai sur les paroles d'un confrère hépatologue qui après 2 ans d'exercice en milieu pénitentiaire concluait notre entretien en notant qu'« en prison, c'est pareil que dehors, les patients sont les mêmes ». Ce simple et honnête constat est certainement un des points essentiels à intégrer pour faire évoluer durablement l'accès aux soins des détenus.

¹⁴⁷ En dehors de Cayenne, Alcatraz et autres « îles-prisons », http://jacbayle.club.fr/livres/ile_prison/liste13.html

¹⁴⁸ parmi lesquels, GENEPI (groupement étudiant national d'enseignement aux personnes incarcérées), l'ANVP (association nationale des visiteurs de prison), le Secours catholique...

ANNEXE 1

LA PRISON : quelques repères chronologiques

Document établi à partir des sources suivantes:

- Chronologie de la politique pénitentiaire disponible sur le site www.vie-publique.fr
- Rapport du Sénat, N°449, juin 2000 (« repères chronologiques : des galères du roi à l'expérimentation du bracelet électronique »)
- Rapport d'évaluation sur « l'organisation des soins au détenu », IGAS-IGSJ, juin 2001
- Surveiller et punir, Michel Foucault, Gallimard
- Soigner en prison, Bruno Milly, Puf
- Traité de droit criminel, Merle, Vitu, 4^{ème} édition, Ed Cujas
- « La déontologie médicale à l'épreuve des contraintes pénitentiaires », N.Franchitto, DEA d'éthique médicale, 2004

A. EVOLUTION DES PEINES

I. DE L'ANCIEN REGIME À LA RÉVOLUTION FRANCAISE

Des galères du roi aux supplices : logique afflictive du châtement

2 mars 1757 : supplice de Robert-François Damiens [89]

▪ **1670**

La Grande Ordonnance criminelle de Louis XIV, rédigée par Colbert, accorde une place secondaire à la prison dans l'arsenal des châtements.

• **1690**

Le moine Mabillon dénonce dans « Réflexions sur les prisons des Ordres religieux » les conditions d'enfermement et propose d'adapter la peine » aux forces du corps et de l'esprit ».

• **1748**

Les grands bagnes portuaires de Brest, Rochefort et Toulon sont créés pour l'exécution des travaux forcés (assèchement des marais) en remplacement de la peine des galères.

• **1777**

John Howard prône dans « l'Etat des prisons » un traitement plus humain des prisonniers.

• **1788**

Abolition de la torture.

• **1789**

Suppression du pilori.

La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen proclame que « nul homme ne peut être accusé, arrêté ou détenu que dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrites. »

II. DE LA FIN DES SUPPLICES A LA DEUXIÈME GUERRE MONDIALE

Naissance de la conception moderne de la prison : la privation de liberté est reconnue comme peine à part entière

- **Fin XVIII et début XIX :**
Fin des supplices, acquise en 1830-48 [89].
- **1791**
Adoption du premier code pénal qui place l'enfermement au centre du dispositif judiciaire, généralise la peine privative de liberté mais conserve la peine de mort et les travaux forcés. La prison est un lieu de punition et d'amendement du condamné par le travail et l'éducation. Après 1791, 2 types de prisons existent :
 - les départementales : maisons d'arrêt pour les prévenus et les courtes peines
 - les maisons centrales : pour les longues peines
- **1795**
L'administration des prisons est créée au sein du Ministère de l'Intérieur.
- **1810**
Le deuxième code pénal privilégie le principe de prison châtiment et renforce les châtiments corporels (boulets au pied et flétrissure au fer rouge) et le travail obligatoire.
- **1837**
La voiture cellulaire remplace la chaîne des forçats et sa parade.
- **1842**
Le prétoire est créé et le cachot devient la principale sanction disciplinaire.
- **1854**
Promulgation de la loi sur la transportation Guyane et en Nouvelle-Calédonie pour l'exécution de la peine des travaux forcés. Fermeture des derniers bagnes portuaires.
- **1875**
La loi Bérenger généralise l'emprisonnement cellulaire pour les détenus qui sont astreints au silence et au port d'une cagoule lors des déplacements en dehors de la cellule. Elle prévoit une remise d'un quart de peine en contrepartie d'un isolement total.
- **1885**
Le sénateur Bérenger fait voter la liberté conditionnelle et le sursis.
- **1911**
L'administration pénitentiaire est rattachée au Ministère de la Justice.
- **1912**
Instauration de la liberté surveillée. Création des tribunaux pour enfants.
- **1938**
Suppression des derniers bagnes coloniaux en Guyane.

- **1945**
Abolition des travaux forcés.

III. **DE LA RÉFORME AMOR AU BRACELET ÉLECTRONIQUE**

La prison doit permettre la réinsertion sociale des condamnés.

- **Mai 1945**
La réforme Amor énonce 14 principes dont le premier se résume la philosophie: « la peine privative de liberté a pour but essentiel **l'amendement et le reclassement social du condamné** ». Le traitement infligé au détenu doit être humain, exempt de vexations et tendre principalement à son instruction générale et professionnelle
- **1958**
Le juge d'application des peines est institué. Création du sursis avec mise à l'épreuve.
- **1972**
Institution des réductions de peine. L'obligation du port du béret est abolie.
- **1975**
Réforme pénitentiaire aboutissant à une nouvelle classification des établissements pénitentiaires : maison d'arrêt, maison centrale, et centre de détention orienté vers la réinsertion sociale. Création des Quartiers de Haute Sécurité (QHS) et développement des peines de substitution.
- **1977**
Les 2 derniers condamnés à mort sont guillotins à la prison de la Santé à Paris.
- **9 octobre 1981**
La peine de mort est abrogée (Loi 81- 908). La peine privative de liberté devient la peine maximale de référence (Déclaration de Robert Badinter le 17 septembre 1981).
- **1983**
La peine de travail d'intérêt général est créée et R Badinter humanise la vie quotidienne des détenus et renforce leurs droits. Les hygiaphones sont retirés des parloirs : détenus et visiteurs peuvent se toucher.
- **1987**
L'obligation de travail du condamné est supprimée.
- **1992**
Le troisième code pénal est adopté.
Conventions expérimentales entre 3 établissements pénitentiaires et leur hôpital de proximité.
- **1997**
La loi du 19 décembre 1997 prévoit le placement sous surveillance électronique de détenus purgeant une peine de moins d'un an ou reliquat de peine inférieur à un an.

- **1999**
Création des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) visant à la réinsertion des détenus.
- **Février 2004**
Inauguration de la première Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) à Nancy.
- **Avril 2005**
Rapport sur « le placement sous surveillance électronique mobile » préconisant le recours au bracelet électronique mobile comme alternative à l'incarcération.

B. EVOLUTION DES SOINS AUX DETENUS

I. DE L'ANCIEN RÉGIME À LA RÉVOLUTION FRANÇAISE

Des galères du roi aux supplices : logique afflictive du châtement

2 mars 1757 : supplice de Robert-François Damiens [89]

- **XVIème**

François 1^{er} créé les « petites maisons » pour y enfermer les « marauds, vagabonds, incorrigibles, belistres, ruffians, caymans et caymandeuses ».

- **1656**

Louis XIV crée l'hôpital général de Paris avec des quartiers de force pour les condamnés qu'ils soient femmes, âgés ou vagabonds.

- **1662**

Edit de Louis XIV qui créé dans chaque cité importante du royaume de France, un Hôtel-Dieu et un hospice pour les pauvres, les vieillards, les vagabonds et les orphelins.

- **1670**

La Grande Ordonnance criminelle de 1670 rédigée par Colbert permet la création des premières infirmeries et instaure des visites régulières de médecins en prison.

- **1777**

John Howard prône dans « l'Etat des prisons » un traitement plus humain des prisonniers.

- **1788**

Abolition de la torture.

- **1789**

la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen proclame que « nul homme ne peut être accusé, arrêté ou détenu que dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrites. »

II. DE LA FIN DES SUPPLICES À LA DEUXIÈME GUERRE MONDIALE

Naissance de la conception moderne de la prison : la privation de liberté est reconnue comme peine à part entière

- **Fin XVIII et début XIX :**

Fin des supplices, acquise en 1830-48 [89]

- **1791**

Adoption du premier code pénal qui place l'enfermement au centre du dispositif judiciaire, généralise la peine privative de liberté mais conserve la peine de mort et les travaux forcés.

La prison est un lieu de punition et d'amendement du condamné par le travail et l'éducation.

- **1810**
Le deuxième code pénal privilégie le principe de prison châtimement et renforce les châtimements corporels (boulet au pied et flétrissure au fer rouge) et le travail obligatoire.
- **1819**
Louis XVIII crée la Société Royale des Prisons avec les premiers postes de médecins de prison. Les médecins dénoncent alors les conditions misérables de détention.
- **1860**
Le service de santé des prisons est créé définissant pour la première fois la mission des médecins et chirurgiens intervenant en prison.
- **1877**
La création de la société générale des prisons s'accompagne du début de spécialisation des médecins notamment en psychiatrie.

III. **DE LA RÉFORME AMOR À LA LOI DU 18 JANVIER 1994**

- **Mai 1945**
La réforme Amor énonce 14 principes dont le premier se résume la philosophie: « la peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné ». Le traitement infligé au détenu doit être humain, exempt de vexations et tendre principalement à son instruction générale et professionnelle.
- **1945 :**
Le corps des infirmiers de prison et celui des assistantes sociales sont créés.
- **Années 50**
Création d'hôpitaux pénitentiaires (Fresnes, les Baumettes) et plusieurs centres spécialisés dans le dépistage et le traitement de certaines pathologies (troubles psychiatriques, tuberculoses).
- **1958**
Le juge d'application des peines est institué. Création du sursis avec mise à l'épreuve.
- **1967**
Les premiers CMPR (centres médico-psychologiques régionaux) sont créés mais les psychiatres devront attendre 10 ans (décret 1977) pour être libérés de la « subordination hiérarchique » au directeur d'établissement.
- **1979**
Le docteur S Troisier énoncera pour la première fois à Athènes en 1979 un serment professionnel propre aux médecins exerçant en milieu pénitentiaire :
« Nous, membres des professions de santé exerçant en prison, réunis à Athènes le 11 septembre 1979, prenons l'engagement, dans l'esprit du serment d'Hippocrate, de prodiguer les meilleurs soins possibles à ceux qui sont incarcérés à quelque titre que ce soit, sans porter atteinte aux principes de nos éthiques professionnelles respectives. »

Publication dans le code de déontologie de 1979 d'un article spécifique à la médecine en milieu pénitentiaire qui constitue la première reconnaissance d'une spécificité de la médecine en milieu pénitentiaire.

- **1983**

La peine de travail d'intérêt général est créée et R Badinter humanise la vie quotidienne des détenus et renforce leurs droits. Les hygiaphones sont retirés des parloirs : détenus et visiteurs peuvent se toucher.

- **1984**

Le contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires est confié à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).

- **1986**

Création des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) avec rattachement aux établissements hospitaliers.

- **1987**

Création du Programme 13 000 qui confie la fonction santé à des opérateurs privés dans les établissements faisant partie du programme.

- **1989**

Conventions signées entre établissements pénitentiaires et services hospitaliers spécialisés pour la prise en charge des patients atteints du VIH (CISIH).

- **1992**

Conventions expérimentales entre 3 établissements pénitentiaires et leur hôpital de proximité.

- **1993**

Rapport alarmant du Haut Comité en Santé Publique sur la santé en milieu carcéral.

- **18 Janvier 1994**

Loi 94-43 qui confie l'organisation des soins en milieu pénitentiaire aux hôpitaux publics.

- **2000**

Publication du livre « Médecin-chef à la prison de la Santé » de V. Vasseur entraînant la création de 2 commissions d'enquête, celle du Sénat centrée sur les maisons d'arrêt et celle de l'Assemblée Nationale dont les rapports sont remis en juin 2000.

- **2001**

Rapport d'évaluation de l'IGAS /IGSJ intitulé « l'organisation des soins aux détenus ».

Etude de faisabilité sur « Télémédecine et établissement pénitentiaire » par la Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins (DHOS) et les ministères de la Justice et de l'emploi et de la solidarité.

- **Février 2004**

Inauguration de la première Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) à Nancy.

ANNEXE 2

LA TELEMEDECINE : LA RÉUNION DE 3 DISCIPLINES

A partir du travail de S.Froissart [41] et du cours de G. Moutel[90]

I. LA MEDECINE

- **Vème siècle avant JC**

HIPPOCRATE marque le début de la médecine moderne, rationnelle et de la nosologie. Il est à l'origine des fondements de la médecine occidentale.¹⁴⁹ Il introduit les préceptes de la clinique, définie comme : « l'art d'observer au lit du malade, d'interpréter et de conclure »¹⁵⁰

- **IIème siècle après JC**

GALIEN a la volonté de libérer la pensée scientifique du dogme religieux et revendique le droit à l'expérimentation. Les premières planches anatomiques sont réalisées.

- **Vème siècle après JC**

L'Eglise se déclare officiellement dépositaire du savoir scientifique et médical.

- **XIème au XIIIème siècle**

Renaissance de la médecine en Italie avec l'école de Salerne tenue par des clercs
En Orient, les travaux d'Avicene font progresser la médecine.

- **XVIIème siècle et XVIIIème siècle**

Emergence des premiers cabinets médicaux et des hôpitaux qui sont plus des lieux de charité.

- **XIXème siècle**

- CLAUDE BERNARD (1813-1878) révolutionne la médecine par ses travaux de physiologie expérimentale : le patient ne devient plus porteur d'une maladie mais a seulement un organe déficient.
- PASTEUR découvre la fermentation et les techniques de vaccination (1880). Passage de l'organe à l'univers cellulaire.
- Le début de l'INDUSTRIE MEDICALE amène la production de médicaments, vaccins, développements des hôpitaux : la santé devient un marché. Beaucoup d'historiens place le début de la médecine au moment de l'industrialisation.¹⁵¹

¹⁴⁹ Cours du Dr G Moutel, 27 mars 2003, « La naissance de la profession médicale dans l'histoire occidentale » www.inserm.fr/ethique

¹⁵⁰ 41. Froissart, S., *La rencontre entre la médecine et les nouvelles technologies de l'information et des communications: implications pour le management*, in *Thèse HEC Montréal*. 1999., p 20

¹⁵¹ 41. Ibid., p 22

II. **LES TECHNOLOGIES MEDICALES**

AVANT 1940

- **1610**

Galilée invente la lunette astronomique puis le microscope est mis au point en 1660. Avant l'examen clinique reposait sur la description du mal par le patient, l'observation visuelle, et l'examen physique grâce au toucher

- **1819**

Laennec invente le stéthoscope

- **1895**

Röntgen découvre les rayons X

- **Fin XIXème siècle**

Méthodes de calculs permettent des mesures objectives des constantes corporelles (respiration, température, circulation sanguine)

- **Mi XX ème siècle**

Passage de la cellule au gène avec le développement de la génétique

APRES 1940

- **Après 1945**

Naissance de la radioscopie et des appareils à ultrasons

- **1970 à fin des années 80**

Scanner, échographie, endoscopie, résonance magnétique, coeliochirurgie

Création de nouvelles professions pour la manipulation et l'interprétation de ces technologies comme les radiologistes

III. **LES TECHNOLOGIES DE LA TELECOMMUNICATION**

- **Renaissance**

Invention de l'imprimerie : les livres deviennent support de la connaissance et facilitent la diffusion du savoir.

- **1843**

Invention du morse : Samuel Morse envoie son premier message entre Baltimore et Washington

- **1876**

Invention du téléphone par Graham Bell

- **XX ème siècle**

Invention des fibres optiques, satellite, modem

Le secteur des Télécommunications devient celui des TIC avec le développement de l'informatique et du multimédia

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE TELEPHONE INFIRMIER

Question 1

- A quelle distance (approximativement), en km et en temps, êtes-vous situés de l'hôpital de rattachement ?

Question 2

- Combien avez-vous de vacations, par semaine (1/2 journée) de médecine générale ?
- En psychiatrie ?
- Pour les soins dentaires ?

Question 3

- Avez-vous des médecins spécialistes qui consultent sur place ?
- Si oui, lesquels et à quelle fréquence ?

Question 4

- Je sais que cela est extrêmement variable, mais pourriez-vous me donner une idée du nombre d'extractions par semaine ? par jour, 5, 10 par semaine, ou par an?

Question 5

- Pourriez-vous me dire combien de détenus vous avez dans le centre ? Pour combien de places théoriques ?

Question 6

- Pensez-vous qu'il existe des difficultés / problèmes d'accès aux soins spécialisés pour les détenus, ou que l'accès aux soins spécialisés est globalement équivalent à celui de la population générale ? exemple d'accès soins spécialisés : consultation dermatologie, rhumatologie...

Question 7

- Est-ce que comme vos collègues, vous assurez la permanence / continuité des soins toute la semaine ? et le week-end ?

Question 8

- Une question plus personnelle maintenant; je ne sais pas si vous avez déjà exercé à l'hôpital, mais j'aimerais savoir si dans votre pratique à l'UCSA vous vous sentez isolé, et si vous pouvez dans ce cas-là me donner un chiffre compris entre 1 et 10, sachant que 1 correspond à pas isolé du tout (comme à l'hôpital) et 10 très isolé.
- S'il y a demande d'explication sur le mot isolé : isolé par rapport à l'hôpital, absence de médecin sur place (infirmière en première ligne)

Question 9

- Lorsque vous n'avez pas de médecin sur place, par quel moyen obtenez-vous un avis médical ?

Question 10

- A quel service êtes-vous rattaché ?

Question 11

- Quelle est pour vous, la principale difficulté dans votre pratique à l'UCSA, celle la plus notable s'il en existe une ?
- Eléments suggérés si il n'y a pas de réponse : rapport avec la pénitencier, les conditions carcérales, les détenus, absence de reconnaissance ou de considération de votre travail, isolement par rapport à l'hôpital ou l'accès aux avis médicaux

QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES

Question 12

- Un des volets de l'étude concerne la télémédecine et notamment la visio conférence. Cela permettrait d'avoir en direct, de visu, le médecin sollicité qui aurait alors la possibilité de vous voir avec le patient.
- Pensez-vous que cela serait intéressant de mettre en place la visio dans L'UCSA ?

Question 13

- Avez-vous accès à internet ?
- Êtes-vous reliés à l'intranet de l'hôpital ?

Question 14

- Recevez-vous souvent des prescriptions téléphoniques ?
- Avez-vous des protocoles thérapeutiques établis par les médecins ?

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRE MEDECIN UCSA

DESCRIPTION

PRISON

1. Quel est dans votre établissement ?
 - le nombre d'entrants / an
 - le nombre de détenus ce jour
 - le nombre de places
2. A quelle distance (approximativement), en km et en temps, êtes-vous situé de l'hôpital de rattachement ?
 - en Km
 - en temps
3. Combien de fois en moyenne vous rendez-vous à l'hôpital de rattachement ?
 - par semaine ?
4. A quel service êtes-vous rattaché ?
5. Quel est le nombre de consultation à l'UCSA par an ?
 - médecine générale
 - médecine spécialisée
6. Combien avez-vous de vacances en médecine générale (1/2 journée par semaine ou ETP)
 - médecine générale
 - en psychiatrie
 - pour les soins dentaires
7. Avez-vous des spécialistes qui consultent sur place (1/2 journée par semaine) ?
 - dermato pneumo gyneco
 - oph cardio uro
 - HGE chir endoc
 - Minf ORL Add
 - Mint Rhumato reeduc
8. Les nombres de vacation de généraliste et de spécialiste consultant sur place sont-ils ?
 - Très insuffisant
 - Insuffisant
 - Suffisant
 - Largement suffisant
9. Quel est l'intervenant médical appelé la nuit et les jours fériés en première intention ?
 - Garde sur place
 - Astreinte sur place
 - Garde libérale / SOS médecin
 - régulation 15 / Pompier
 - Transfert service urgence de l'hôpital de rattachement
10. Tous les postes prévus à l'UCSA sont-ils pourvus ?
 - Oui
 - si non, lesquels ne le sont pas ?
11. Les effectifs répondent-ils à vos besoins ?
 - Psychiatre oui / non
 - Dentiste oui / non
 - IDE oui / non
 - Pharmacien oui / non
 - Préparatrice oui / non
 - Kiné oui / non
 - Manip oui / non
 - Psychologue oui / non
 - Secrétaire oui / non
12. L'UCSA est-elle équipée d'ordinateurs ?
 - Non
 - Si oui combien ?
13. Existe-t-il un réseau intranet ou internet ?
 - non
 - si oui, avec qui êtes-vous en réseau ?

- au sein de l'UCSA
- avec l'hôpital de proximité

14. Comment jugez-vous l'accès aux soins des détenus ?

- très satisfaisant
- satisfaisant
- insuffisant
- très insuffisant

DIFFICULTES et ISOLEMENT de la médecine en milieu pénitentiaire

15. En général, quelles sont les principales difficultés rencontrées dans votre pratique médicale? Citez par ordre d'importance les 3 principales?

- 1
- 2
- 3

16. Parmi les items suivants, quels sont ceux qui sont susceptibles de décrire vos difficultés à l'UCSA (de 1 à 4)?

- 1= pas du tout
- 4= beaucoup

- être à l'écart de l'hôpital, à part
- travail non reconnu, dévalorisé par rapport à l'hôpital
- Manque de soutien de l'hôpital
- difficulté à obtenir escorte ou extraction
- gestion des urgences notamment psychiatriques
- sentiment d'enfermement lié au milieu carcéral
- relation conflictuelle avec l'administration pénitentiaire
- le manque d'effectifs médical / paramédical
- la gestion de la pharmacie
- les difficultés pour assurer la permanence des soins
- l'agressivité des détenus
- les difficultés d'accès aux détenus

17. Est-ce que dans votre pratique à l'UCSA, vous vous sentez ISOLE, et pourriez-vous alors me donner un chiffre entre 1 et 10, en sachant que 1 correspond à « pas isolé du tout » (comme à l'hôpital) et 10 « très isolé ».

- 1--- 10
- En quoi vous sentez-vous isolé?

18. Pensez-vous que l'activité de l'UCSA reçoive le soutien de l'hôpital?

- Pas du tout
- Un peu
- Suffisamment
- Largement

19. Avez-vous à l'UCSA, un sentiment d'exclusion par rapport à l'hôpital ? (l'UCSA, une unité fonctionnelle de l'hôpital à part entière ?)

- Pas du tout
- Un peu
- Souvent
- Toujours

20. Pensez-vous que les contraintes du milieu pénitentiaire ont une influence sur la pratique médicale ?

- Non
- si oui sous quel forme se traduit elle ?

21. Considérez-vous les détenus comme des patients comme les autres ?

- Oui
- si non, quelle(s) différence(s) faites-vous ?

22. Vous sentez-vous indépendant par rapport à l'administration pénitentiaire dans votre pratique professionnelle?

- Pas du tout
- Un peu
- Assez
- Tout à fait

AVIS SPECIALISES (du conseil téléphonique à la consultation en prison)

23. Pensez-vous qu'il existe des difficultés d'accès aux soins spécialisés pour les détenus, ou que globalement, leur accès aux soins spécialisés est équivalent à celui de la population générale ?

- oui
- non
- non au contraire, meilleur accès

24. Dans votre activité médicale, vous sentez-vous démuné dans les possibilités d'accès aux soins spécialisés ?

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

25. Quelles sont les 3 principales spécialités pour lesquelles les avis spécialisés sont le plus souvent nécessaires ?

- 1
- 2
- 3

26. Avez-vous des difficultés à obtenir des avis spécialisés ?

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

27. Le délai moyen de consultation d'un spécialiste est-il en moyenne ?

- comme à l'hôpital
- moins long
- plus long

28. Parmi les facteurs suivants, lesquels par ordre d'importance expliquent les délais de consultation de spécialistes ?

- Délai de prise de rendez-vous à l'hôpital
- Accompagnement pénitentiaire / police
- Détenus

29. Avez-vous recours aux avis téléphoniques ?

- jamais
- parfois
- souvent
- très fréquemment

_____ dans quelles spécialités ?

30. Pensez-vous que de connaître personnellement et / ou professionnellement les spécialistes que vous consultez, cela permette une meilleure gestion des avis spécialisés ?

- non
- si oui, pourquoi ?

31. A moyen d'investigation égal, pensez-vous préférable pour le patient qu'il soit examiné par le spécialiste à l'hôpital ou à l'UCSA ?

- UCSA
- Hôpital

_____ pourquoi ?

32. Avez-vous les possibilités d'extraction médicale suffisantes pour assurer un accès aux soins équivalent à celui de la population générale ? (ou êtes-vous amené à effectuer un tri ?)

- Oui
- Si non, pourquoi ?

33. A votre avis quelles sont les raisons principales qui expliquent le manque de spécialistes intervenant en prison ?

- le volume de consultations trop peu important
- la prison / les détenus font peur, milieu carcéral
- financières
- accueil en prison (rôle des surveillants contraintes de passage...)
- Surcharge de travail, manque effectif
- autres...

34. Quelles seraient alors les mesures qui permettraient de faire venir davantage les spécialistes à l'UCSA ?

- accès aux malades facilité
- financières (prime multisite / pénibilité...)
- collaboration plus étroite avec l'hôpital
- revalorisation de statut...

Dossier Médical Partagé et Télé médecine

Les Nouvelles Technologies de l'Information et de Communication (NTIC) offrent des outils utiles pour améliorer la prise en charge et l'accès aux soins des patients.

On peut distinguer schématiquement 3 types d'application des NTIC en milieu pénitentiaire:

- le Dossier Médical Partagé correspond à la constitution d'un dossier informatique regroupant les comptes-rendus médicaux, les examens complémentaires et permettant de « partager » le dossier avec d'autres intervenants (UCSA, hôpital) qui bénéficieront alors d'un accès privilégié.
- la Télé médecine peut être définie par toute utilisation des NTIC dans le domaine de la santé. On peut distinguer 2 types de télé médecine :
 - o la télé médecine en temps réel avec l'utilisation de la visioconférence
 - o la télé médecine en temps différé par envoi d'email avec des pièces jointées. (réseau intranet ou liaison internet sécurisée)

35. Avez-vous déjà pensé utiliser ces technologies pour demander des avis spécialisés ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

Laquelle ?

DMP

36. Pensez-vous qu'il réponde à un réel besoin ?

- non
- si oui, quel est il ?

37. Avec qui pensez vous qu'il soit nécessaire de le partager ?

- autres UCSA (transfert, deuxième avis)
- hôpital de rattachement (avis spécialisé)
- médecin traitant
- services sociaux

38. Quels éléments doivent y figurer à votre avis ?

- observation médicale
- examens complémentaires (biologiques, radio, echo...)
- lettre et avis spécialisés, CRO, CRH
- Avis psychiatre/ SMPR
- Dossier médico-social

Télé médecine en temps différé (email dans réseau sécurisé)

39. Avez-vous accès facilement à internet / messagerie au sein de l'UCSA ?

- Oui
- non

40. Jugez-vous utile d'avoir accès aux recueils de bonnes pratiques cliniques par internet ?

- oui
- si non, pourquoi ?

41. Vous arrive-t-il de demander des avis par messagerie ?

- non
- si oui, à quelle fréquence ? dans quelle spécialité ?

42. Pensez-vous que cela puisse être un bon moyen d'obtenir l'avis d'un confrère ?

- très mauvais
- mauvais
- bon
- très bon

43. Auriez-vous des réticences à demander un avis spécialisé à un confrère que vous ne connaissez pas ?

- non
- si oui, pourquoi ?

44. Quel délai de réponse vous semble acceptable (hors situation aiguë) ?

- <24h
- 24-48h
- >48h < 1 semaine
- > 1 semaine

45. Pensez-vous souhaitable d'avoir dans chaque spécialité un référent unique ?

- non
- si oui, pensez-vous cela réalisable ?

46. Par rapport au téléphone, l'email est-il selon vous?
- Plus sûr, moins sûr ou équivalent
 - Plus rapide, moins rapide ou équivalent
 - Plus contraignant, moins contraignant ou équivalent

47. Par rapport au téléphone, l'email ou la visioconférence engagent-ils?
- Plus la responsabilité du spécialiste
 - Moins la responsabilité du spécialiste
 - équivalent

Télémédecine en temps réel (visioconférence)

48. Pensez-vous que la visioconférence avec l'hôpital (service des urgences ou spécialité) puissent être utiles
- au médecin de l'UCSA ?
 - Oui
 - Non

- A l'infirmière, en dehors de la présence du médecin ?
 - Oui
 - Non

49. Seriez-vous prêt à consulter un spécialiste en présence du patient par visioconférence ?
- Oui
 - Si non, pourquoi ?

50. Pensez-vous que dans certaines spécialités, la visioconférence puisse diminuer significativement le nombre de consultations face à face ?
- Non
 - Si oui, ? dans quel(les) spécialité(s) ?
 - de quel ordre (%)
 - 0 – 25%
 - 25 – 50%
 - 50 – 75%
 - 75 – 100%

51. Trouvez-vous préférable pour les avis spécialisés? (par ordre d'importance)
- d'envoyer les patients à l'hôpital
 - de développer la visioconférence (et ainsi diminuer ainsi le nombre d'extractions)
 - d'augmenter les consultations de spécialiste à l'UCSA

52. Comment pensez-vous que le patient acceptera ce mode de consultation ?
- bien
 - sans plus
 - mal
 - refus

53. La visioconférence permettrait d'assister à des présentations scientifiques et différents staffs (traumato, médecine interne...)
- Pensez-vous que cela vous serait profitable ?
- oui
 - si non, pourquoi ?

54. Pensez-vous que cela représente un bon moyen de formation continue ?
- oui
 - si non, pourquoi ?

synthèse

55. Pensez-vous que le recours aux Technologies de l'Information et communication (dossier informatisé et télémédecine) peut être utile pour la prise en charge des détenus ?
- pas du tout
 - un peu
 - assez
 - beaucoup

56. Pensez-vous que l'utilisation du dossier informatisé améliorera la qualité de prise en charge des détenus ?
- oui
 - si non, pourquoi ?

57. Pensez-vous que la télémédecine (visio+email) permettra de diminuer le nombre d'extractions médicales?
- Oui
 - Non

58. Pensez-vous que la télémédecine (visio+email) permettra d'améliorer l'accès aux soins notamment spécialisés en milieu pénitentiaire ?

- oui
- si non, pourquoi ?

59. Pensez-vous que la télé-médecine permettra de diminuer l'isolement de la pratique médicale en milieu pénitentiaire ?

- pas du tout
- un peu
- assez
- beaucoup

60. Quels sont pour vous aujourd'hui les freins au développement des Technologies IC en milieu pénitentiaire ?

- financier
- correspondant
- manque désir patient
- contrainte sécuritaire

61. Pensez-vous que le développement des Technologies IC fasse partie des priorités pour améliorer l'accès aux soins des détenus ?

- oui
- si non, quelle(s)serai(en)t ces priorités ?

62. Etes-vous favorable à la création d'un réseau de spécialistes inter-UCSA ?

- oui
- non

63. Concernant la mise en réseau de l'UCSA avec l'hôpital de rattachement, pensez-vous qu'elle soit ?

- Accessoire
- Utile
- Nécessaire
- indispensable

PROFIL MEDECIN

64. Quel âge avez-vous ?

65. Quelle est votre formation ?

- médecine générale
- spécialité : laquelle ?

66. Avez-vous suivi une formation spécifique pour exercer en milieu pénitentiaire ?

- non
- si oui, laquelle ?

67. Suivez-vous une formation continue ?

- non
- si oui, laquelle ? (staff...)

68. Avez-vous déjà eu une activité en milieu hospitalier ?

- non
- si oui, combien de temps
- dans quel service ?

69. Depuis quand exercez-vous en milieu pénitentiaire ? nb années?

- < 2 ans
- entre 2 et 5 ans
- entre 5 et 10 ans
- >10 ans

70. Quel est votre statut ?

- PH temps plein
- PH temps partiel
- Vacataire
- Attaché`

71. Combien de consultations en moyenne effectuez-vous par semaine ?

- par demi-journée ?

72. Possédez-vous un ordinateur à titre personnel ?

- non
- si oui, depuis combien d'année?

73. Avez-vous une adresse email à titre personnel?

- non
- si oui, à quelle fréquence l'utilisez-vous ?
 - o plusieurs fois par jour

- 1/jour
- quelques fois par semaine
- quelques fois par mois

CONCLUSION

74. Enfin, souhaiteriez-vous exprimer un autre idée que nous n'aurions pas abordée ?

- non
- si oui, laquelle ?

75. Pourriez-vous m'indiquer le nom de 1 ou 2 spécialistes qui consultent régulièrement en prison ?(pour questionnaire / comment les joindre N°/email)

Sexe

- homme
- femme

ANNEXE 5

QUESTIONNAIRE SPECIALISTE HÔPITAL

DESCRIPTION

1. A quelle distance (approximativement), en km et en temps, êtes-vous situé de l'hôpital de rattachement ?

- en Km
- en temps

2. Combien en moyenne effectuez-vous à l'UCSA ?

- de vacances (1/2 journée) par semaine ?
- de consultations / vacances ?

3. Comment jugez-vous l'accès aux soins des détenus ? (en général)

- très satisfaisant
- satisfaisant
- insuffisant
- très insuffisant

DIFFICULTES et ISOLEMENT de la médecine en milieu pénitentiaire

4. En général, quelles sont les principales difficultés rencontrées dans votre pratique médicale à l'UCSA ? Citez par ordre d'importance les 3 principales ?

- 1
- 2
- 3

Suggestions :

- les détenus, des patients particuliers (prise en charge psycho-sociale / vulnérabilité / demande ressentie, accès aux patients)
- l'administration pénitentiaire
- les contraintes du milieu carcéral
- l'isolement du praticien

5. Est-ce que dans votre pratique à l'UCSA, vous vous sentez ISOLE, et pourriez-vous alors me donner un chiffre entre 1 et 10, en sachant que 1 correspond à « pas isolé du tout » (comme à l'hôpital) et 10 « très isolé ».

- 1---- 10
- En quoi vous sentez-vous isolé ?

6. Pensez-vous que l'activité de l'UCSA reçoive le soutien de l'hôpital ?

- Pas du tout
- Un peu
- Suffisamment
- Largement

7. Avez-vous à l'UCSA, un sentiment d'exclusion par rapport à l'hôpital ? (ou pensez-vous que l'hôpital considère l'UCSA comme une unité fonctionnelle à part entière ?)

- Pas du tout
- Un peu
- Souvent
- Toujours

8. Pensez-vous que les contraintes du milieu pénitentiaire ont une influence sur la pratique médicale ?

- Non
- si oui sous quel forme se traduit elle ?

AVIS SPECIALISES du consultant à l'UCSA (du conseil par téléphone à la consultation)

9. Pensez-vous qu'il existe des difficultés d'accès aux soins spécialisés pour les détenus, ou que globalement, leur accès aux soins spécialisés est équivalent à celui de la population générale ?

- oui
- non
- non au contraire, meilleur accès

10. Est-ce un choix personnel de consulter en milieu pénitentiaire ?

- non (imposé ?)
- si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

11. La consultation est-elle différente de votre consultation hospitalière ?

- non
- si oui, en quoi ?

12. Qu'est-ce qui vous pèse le plus lorsque vous consultez en milieu pénitentiaire ?

- l'ambiance sécuritaire
- l'isolement
- le matériel
- le personnel
- l'attente des détenus
- autre

13. Considérez-vous les détenus comme des patients comme les autres ?

- oui
- si non, quelle(s) différence(s) faites vous ?

14. Quel est à votre avis le délai de consultation d'un spécialiste, en moyenne ou par spécialité ?

- comme à l'hôpital
- moins long
- plus long

15. Êtes-vous sollicité pour avis par téléphone ?

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

16. Pensez-vous que de connaître personnellement et/ou professionnellement le médecin de l'UCSA cela permette une meilleure gestion des avis spécialisés ?

- oui
- non

17. A moyen d'investigation égal, pensez-vous préférable pour le patient qu'il soit examiné par le spécialiste à l'hôpital ou à l'UCSA ?

- UCSA
 - Hôpital
- pourquoi ?

18. A votre avis quelles sont les raisons qui expliquent le manque de spécialistes intervenant en prison ?

- le volume de consultations trop peu important
- la prison / les détenus font peur
- financières
- accueil en prison (rôle des surveillants contraintes de passage...)
- Surcharge de travail, manque effectifs
- autres

19. Quelles seraient alors les mesures qui permettraient de faire venir davantage les spécialistes à l'UCSA ?

- accès aux malades facilité
- financières (prime multisite / pénibilité...)
- collaboration plus étroite avec l'hôpital
- revalorisation de statut...

Dossier Médical Partagé et Télé médecine

Les Nouvelles Technologies de l'Information et de Communication (NTIC) offrent des outils utiles pour améliorer la prise en charge et l'accès aux soins des patients.

On peut distinguer schématiquement 3 types d'application des NTIC en milieu pénitentiaire:

- le Dossier Médical Partagé correspond à la constitution d'un dossier informatique regroupant les comptes-rendus médicaux, les examens complémentaires et permettant de « partager » le dossier avec d'autres intervenants (UCSA, hôpital) qui bénéficieront alors d'un accès privilégié.
- la télé médecine peut être définie par toute utilisation des NTIC dans le domaine de la santé. Elle regroupe essentiellement 5 domaines : la téléexpertise, Téléassistance, Télésurveillance, la téléformation et les réseaux informatisés. On peut distinguer 2 types de télé médecine :
 - o la télé médecine en temps réel avec l'utilisation de la visioconférence
 - o la télé médecine en temps différé par envoi d'email avec des pièces attachées. (réseau intranet ou liaison internet sécurisée)

20. Avez-vous déjà pensé utiliser ces technologies pour donner des avis spécialisés ?

- Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
- Laquelle ?

DMP

21. Pensez-vous qu'il réponde à un réel besoin ?

- non
- si oui, quel est il ?

22. Avec qui pensez-vous qu'il soit nécessaire de le partager ?

- autres UCSA (transfert, deuxième avis)
- hôpital de rattachement (avis spécialisé)
- médecin traitant
- services sociaux

23. Quels éléments doivent y figurer à votre avis ?

- observation médicale
- lettre et avis spécialisés
- examens complémentaires (biologiques, radio, echo...)
- CRO, CRH
- Avis psychiatre/ SMPR
- Dossier médico-social

Télémédecine en temps différé (email dans réseau sécurisé)

24. Avez-vous accès facilement à internet / messagerie dans votre service à l'hôpital ?

- oui
- non

25. Jugez-vous utile d'avoir accès aux recueils de bonnes pratiques cliniques par internet ?

- oui
- si non, pourquoi ?

26. Vous arrive-t-il de demander des avis par messagerie ?

- non
- si oui, à quelle fréquence ? dans quelle spécialité ?

27. Pensez-vous que cela puisse être un bon moyen pour donner votre avis ?

- très mauvais
- mauvais
- bon
- très bon

28. Auriez-vous des réticences à donner un avis spécialisé à un confrère que vous ne connaissez pas ?

- non
- si oui, pourquoi ?

29. Dans quel délai pourriez-vous fournir un avis par internet (hors situation aiguë) ?

- <24h
- 24-48h
- >48h < 1 semaine
- >1 semaine

30. Pensez-vous souhaitable d'avoir dans chaque spécialité un référent unique ?

- non
- si oui, pensez-vous cela réalisable ?

31. Par rapport au téléphone, l'email est-il selon vous ?

- Plus sûr, moins sûr ou équivalent
- Plus rapide, moins rapide ou équivalent
- Plus contraignant, moins contraignant ou équivalent

32. Par rapport au téléphone, l'email ou la visioconférence engagent-ils ?

- Plus la responsabilité du spécialiste
- Moins la responsabilité du spécialiste
- équivalent

Télémédecine en temps réel (visioconférence)

33. Pensez-vous que la visioconférence avec l'hôpital (service des urgences ou spécialité) puissent être utiles

- au médecin de l'UCSA ?
 - Oui
 - Non
- A l'infirmière, en dehors de la présence du médecin ?
 - Oui
 - Non

34. Seriez-vous prêt à faire une consultation en présence du médecin de l'UCSA par visioconférence ?

- Oui
- Si non, pourquoi ?

35. Pensez-vous que dans votre spécialité, la visioconférence puisse diminuer significativement les consultations face à face ?

- Non

- Si oui, de quel ordre (%) ?
 - 0 – 25%
 - 25 – 50%
 - 50 – 75%
 - 75 – 100%

36. Pensez-vous qu'une vacation de consultation par visioconférence pourrait remplacer une vacation de consultation classique?

- oui
- si non, pourquoi ?

37. Trouvez-vous préférable en milieu pénitentiaire? (par ordre d'importance)

- d'envoyer les patients à l'hôpital
- de développer la visioconférence (et ainsi diminuer ainsi le nombre d'extractions)
- d'augmenter les consultations de spécialiste à l'UCSA

38. Comment pensez-vous que le patient acceptera ce mode de consultation ?

- bien
- sans plus
- mal
- refus

39. La visioconférence permettrait d'assister à des présentations scientifiques et différents staffs (traumato, médecine interne...)

Pensez-vous que cela serait profitable au médecin de l'UCSA?

- oui
- si non, pourquoi ?

40. Pensez-vous que cela représente un bon moyen de formation continue ?

- oui
- si non, pourquoi ?

synthèse

41. Pensez-vous que le recours aux Technologies de l'Information et Communication (dossier informatisé et télémédecine) peut être utile pour la prise en charge des détenus ?

- pas du tout
- un peu
- assez
- beaucoup

42. Pensez-vous que l'utilisation du dossier informatisé améliorera la qualité de prise en charge des détenus ?

- oui
- si non, pourquoi ?

43. Pensez-vous que la télémédecine (visio+email) permettra de diminuer le nombre d'extractions médicales?

- Oui
- Non

44. Pensez-vous que la télémédecine (visio+email) permettra d'améliorer l'accès aux soins notamment spécialisés en milieu pénitentiaire ?

- oui
- si non, pourquoi ?

45. Pensez-vous que la télémédecine permettra de diminuer l'isolement de la pratique médicale en milieu pénitentiaire ?

- pas du tout
- un peu
- assez
- beaucoup

46. Quels sont pour vous aujourd'hui les freins au développement des Technologies IC en milieu pénitentiaire ?

- financier
- correspondant
- manque désir patient
- contrainte sécuritaire

47. Pensez-vous que le développement des Technologies IC fasse partie des priorités pour améliorer l'accès aux soins des détenus ?

- oui
- si non, quelle(s)serai(en)t ces priorités ?

48. Etes-vous favorable à la création d'un réseau de spécialistes inter UCSA ?

- si oui, seriez-vous prêt à y participer ?
- si non, pourquoi ?

49. Concernant la mise en réseau de l'UCSA avec l'hôpital de rattachement, pensez-vous qu'elle soit ?

- Accessoire
- Utile
- Nécessaire

- indispensable

PROFIL

Médecin

50. Quel âge avez-vous ?

51. Quelle est votre formation ?

- quelle spécialité?
 Ancienneté ?

52. Depuis quand exercez vous en milieu hospitalier ?

- Date
 Nombre d'années

53. Quel est votre statut ?

- PH temps plein
 PH temps partiel
 Vacataire

54. Combien de consultations en moyenne effectuez vous par semaine dans votre service hospitalier?

- par 1.2 journée
 combien de 1/2 journée par semaine

55. Depuis quand exercez-vous en milieu pénitentiaire ?

- nombre d'années

56. Possédez-vous un ordinateur personnel ?

- non
 si oui, depuis combien d'année?

57. Avez-vous une adresse email ?

- non
 si oui, à quelle fréquence l'utilisez-vous ?
 - plusieurs fois par jour
 - 1/jour
 - quelques fois par semaine
 - quelques fois par mois

CONCLUSION

58. Trouvez-vous les consultations en prison enrichissantes?

- Non
 Si oui, à quel point de vue ?

59. Enfin, souhaitez-vous exprimer un autre idée que nous n'aurions pas abordée ?

- non
 si oui, laquelle ?

Sexe

- Homme
 Femme

BIBLIOGRAPHIE

1. Lebas, J., *Ethique et accès aux soins*. Institut de l'Humanitaire, Paris.
2. OMS, *Santé 21, la politique-cadre de la Santé pour tous*. 1999.
3. *Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire du détenus et à leur protection sociale*, in *J.O n°29 du 3 février 1995*, p1859.
4. "DROIT A LA SANTE EST INALIENABLE", *Information auprès de la population pénale*, Direction Administration Pénitentiaire, Ministère de la Justice, in *prison.eu.org*. juin 2003.
5. Vella, M., *Les systèmes de prises en charge de la santé en milieu pénitentiaire dans les pays d'Europe. Une institution d'institution?* www.sante-prison.com.
6. Hervé, C., *Médecine et humanité*, in *Ethique, politique et santé*. 2000, puf. p. p7.
7. Hervé, C., *D'une lente évolution de l'information sociale vers la prise en charge médico-sociale du patient*. La presse médicale, 2003. **32**(28): p. 1299-1300.
8. Versini, D. *L'alliance du soin et du social, premier impératif de la lutte contre la précarité et l'exclusion*. in *Conférence inaugurale du DEA d'Ethique Médicale*. 2003. Faculté de médecine de Necker, Paris 5.
9. SFEZ, I., *La santé parfaite, critique d'une nouvelle utopie*: Seuil.
10. Hervé, C., *Responsabilités médicales des médecins du service public et du secteur privé*. Revue Médecins des Hôpitaux Publics, Août 2000. **176**: p. 15.
11. Moutel, G., Hervé Christian, *Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé: Enjeux de la prise en charge globale des patients*. La presse médicale, 2001. **30**(15): p. 740-4.
12. Stengers, I., *La guerre des sciences*, in *Cosmopolitiques I*. 1993, La découverte Ed. p. 48.
13. Comte-sponville, A., *Petit traité des grandes vertus*. 1995: Puf. pp 89-90.
14. RogerFrance, F., *Equité des soins: une perspective de santé publique à l'aide des systèmes d'information*. Informatique et santé, 1996. **8**: p. 121-130.
15. Ricoeur, P., *Soi-même comme un autre*. 1990: Points. pp 304-305.
16. Ricoeur, P., *Soi-même comme un autre*. 1990: Points. p 202.
17. Ricoeur, P., *Soi-même comme un autre*. 1990: Points. p 226.
18. Ricoeur, P., *Soi-même comme un autre*. 1990: Points. p 227.

19. Ricoeur, P., *Ethique et morale*. Revue de l'Institut catholique de Paris, 1990.
20. Ricoeur, P., *Soi-même comme un autre*. 1990: Seuil. 305.
21. Ricoeur, P., *Soi-même comme un autre*. 1990: Points. p 212.
22. Chabot, J.-m., *Démographie médicale: les mécanismes de la crise*. La revue du praticien, 2001. **15**(N°553).
23. Hervé C., M.G., *Mise en place d'un réseau d'accès aux soins, aux droits et à la prévention de facteurs de risques médicaux et sociaux*. Médecine Légale et Société, 2001. **4**(1): p. 29-31.
24. Grémy, F., *On a encore oublié la santé. Propositions pour une médecine de qualité et de solidarité*. 2004: Editions Frison-Roche.
25. Hervé-Hirsh-Moutel-Guerrier, *Manifeste*, in *Résister à l'idéologie de l'éthique des professionnels de santé*. 2004: internet.
26. Ricoeur, P., *Justice et médecine, la problématique de la personne y est également posé*, in *Visions éthiques de la personne*, T. Hervé Christian, Weisstub, Editor. 2001, L'Harmattan. p. 62.
27. Merle, R., Vitu Andre, *Traité de droit criminel. Problèmes généraux de la science criminelle. Droit pénal général*: Ed Cujas.
28. Foucault, M., *Surveiller et punir*. 1975: Gallimard. op.cit. p 21.
29. Foucault, M., *Surveiller et punir*. 1975: Gallimard. op.cit.p 17.
30. Foucault, M., *Surveiller et punir*. 1975. op.cit. p 267.
31. Foucault, M., *Surveiller et punir*. 1975. op.cit. p 275.
32. Vasseur, V., *Médecin-chef à la prison de la Santé*. 2000: Le Cherche midi éditeur.
33. HCSP, *Santé en milieu carcéral. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*. 1993.
34. IGAS-IGSJ, *Rapport d'évaluation sur l'organisation des soins au détenu*. juin 2001.
35. Sénat, N°449, *Rapport sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires*. juin 2000.
36. Merle, R., Vitu, Andre, *Traité de droit criminel*: ed cujas. op.cit. p 808.
37. Merle Roger, V.A., *Traité de droit criminel*: ed Cujas. op.cit.p 822.
38. Merle, R., Vitu Andre, *Traité de droit criminel*: Ed Cujas. op.cit. p 817.
39. SENAT, N°171. *Rapport sur la proposition de loi, relative au traitement de la récidive des infractions pénales*. 2005.
40. Foucault, M., *Surveiller et punir*. Vol. Gallimard. 1972. op.cit. p 18.
41. Froissart, S., *La rencontre entre la médecine et les nouvelles technologies de*

- l'information et des communications: implications pour le management*, in *Thèse HEC Montréal*. 1999.
42. Franchitto, N., *La déontologie médicale à l'épreuve des contraintes pénitentiaires*, in *DEA Ethique médicale*. 2004, Paris 5.
 43. Alavinia, S., *Etat des prisons, des hôpitaux et des maisons de forces en Europe au XVIIIème siècle de John Howard*, in *DEA Histoire et anthropologie juridique*. 2002.
 44. Lhuilier, D., *Santé et soins en prison: perspective psycho-sociologique*, in *La santé en prison*. 2003.
 45. Milly, B., *Soigner en prison*. 2001: Puf. op.cit. p 81.
 46. Milly, B., *Soigner en prison*. 2001: Puf.
 47. Milly, B., *Soigner en prison*. 2001: Puf. op.cit. p 87.
 48. Faucher, D., *Ethique médicale en milieu carcéral: suivi des personnes détenues en quartier d'isolement*, in *DU Ethique Médicale, Espace Ethique AP-HP*. 1999, Université Denis Diderot, Paris 7.
 49. DHOS, *Télé médecine et Etablissements pénitentiaires. Etude de faisabilité*. 2001, Ministère de la Justice. Ministère de l'emploi et de la solidarité.
 50. Farges, E., *La gouvernance de l'ingérable. Quelle politique de santé publique en milieu carcéral? Analyse du dispositif sanitaire des prisons de Lyon et perspectives italiennes*, in *DEA Politiques Publiques et gouvernements comparés*. 2003, Lyon 2.
 51. Chauvin, I., *La santé en prison*. 2000: ESF éditeur.
 52. *Colloque "Santé en prison". Dix ans après la loi: quelle évolution dans la prise*. 2004.
 53. Migué, J.-L., *Egalitarisme, gage d'équité?* Le Québécois Libre, 2004(145): p. sommaire.
 54. Sicard, D., Haddad, Gerard, *Hippocrate et le scanner. Réflexions sur la médecine contemporaine*: Desclée de Brouwer.
 55. Niauxsat, M., *Prison, ma colère. Le scandale des maisons d'arrêt en France*. 2004: Edition Ouest France.
 56. Hoerni, B., *Aspects déontologiques de la médecine pénitentiaire*. juillet 2001, Conseil National de l'Ordre des Médecins.
 57. Prieur, C., *La majorité des détenus souffrent de troubles psychiques*, in *Le monde*, 8 décembre 2004. 2004.
 58. Olié, J.-P., Loê Henri, *La décision de justice face à la maladie mentale*, in *Le Monde* 10 Août 2005. 2005.
 59. Marcel, G., *La Dignité humaine et ses assises existentielles*. 1964, Paris: Aubier. p

- 171.
60. Ndjana, Y., *Le langage dans la relation médecin-patient: Pour une interprétation de l'interhumain*, in *Master d'Ethique Médicale*. 2005, Université René Descartes, Paris 5: Paris. p. p 44.
 61. Foucault, M., *Surveiller et punir*. 1975: Gallimard.
 62. Naufragés, *Trois naufrages pour trois îles*: Edition de la Dyle.
 63. Moser, P.L., et al., *Publication output in telemedicine during the period January 1964 to July 2003*. J Telemed Telecare, 2004. **10**(2): p. 72-7.
 64. Bonnardot, L., *La télésanté au Québec: problématiques et applications en région éloignée*, in *Laboratoire d'Ethique Médicale, IREB*. 2004, Paris 5.
 65. Singh, M., et al., *Telemedicine links between developing and developed nations*. Indian Heart J, 2003. **55**(2): p. 188-92.
 66. Reiser, S.J., *Medicine and the Reign of Technology*. 1978: Cambridge University Press. p 317.
 67. Chevrier, *Les équipes interculturelles de travail*, in *Université de Québec, Montréal*. 1995. p. 292.
 68. Wootton, R., *Telemedicine: a cautious welcome*. Bmj, 1996. **313**(7069): p. 1375-7.
 69. Swinfen, R. and P. Swinfen, *Low-cost telemedicine in the developing world*. J Telemed Telecare, 2002. **8 Suppl 3**(6): p. 63-65.
 70. Mairinger, T., et al., *What do physicians think of telemedicine? A survey in different European regions*. J Telemed Telecare, 1996. **2**(1): p. 50-6.
 71. Hazebroucq, V., *Imagerie Médico-légale. Télémagerie*. SRH info Radio-vigilance, 2003: p. 20.
 72. Hervé, C., *La médecine de catastrophe: un exemple où la santé publique prévaut sur la santé individuelle*. Ethique et médecine de catastrophe, 1998.
 73. Richter Hervé, B., Gaillard,, *Pouvoirs prédictifs comparés de "l'Injury Severity Score" et du "Triage Index" en traumatologie*. Conv.Med., 1986. **5**(3): p. 243-246.
 74. Vella, M. *Le CPP et la non compatibilité du maintien en détention*. 2002. Colmar: www.sant-prison.com.
 75. Kesler, C. and D. Balch, *Development of a telemedicine and distance learning network in rural eastern North Carolina*. J Telemed Telecare, 1995. **1**(3): p. 178-82.
 76. Brecht, R.M., et al., *The University of Texas Medical Branch--Texas Department of Criminal Justice Telemedicine Project: findings from the first year of operation*. Telemed J, 1996. **2**(1): p. 25-35.

77. McCue, M.J., et al., *Cost-minimization analysis: A follow-up study of a telemedicine program*. *Telemed J*, 1998. **4**(4): p. 323-7.
78. Aoki, N., et al., *Cost-effectiveness analysis of telemedicine to evaluate diabetic retinopathy in a prison population*. *Diabetes Care*, 2004. **27**(5): p. 1095-101.
79. Wootton, R., *Design and implementation of an automatic message-routing system for low-cost telemedicine*. *J Telemed Telecare*, 2003. **9 Suppl 1**: p. S44-7.
80. Vassallo, D.J., et al., *An evaluation of the first year's experience with a low-cost telemedicine link in Bangladesh*. *J Telemed Telecare*, 2001. **7**(3): p. 125-38.
81. Vassallo, D.J., et al., *Experience with a low-cost telemedicine system in three developing countries*. *J Telemed Telecare*, 2001. **7 Suppl 1**: p. 56-8.
82. Graham, L.E., et al., *Telemedicine--the way ahead for medicine in the developing world*. *Trop Doct*, 2003. **33**(1): p. 36-8.
83. Saint-Gelais, G., *Les télécommunications au centre de la vie professionnelle des infirmières en Basse-Côte-Nord, Québec, Canada*. 2001.
84. Hazebroucq, V., *Fiabilité et acceptabilité de la téléradiologie*, ed. C. Hervé. 2000: L'harmattan.
85. Cloutier A., F.J.P., *Rapport sur les résultats du projet de démonstration aux îles de la Madeleine*. 2001: Québec, Canada.
86. Mekhjian, H., et al., *Patient satisfaction with telemedicine in a prison environment*. *J Telemed Telecare*, 1999. **5**(1): p. 55-61.
87. Zaylor, C., P. Whitten, and C. Kingsley, *Telemedicine services to a county jail*. *J Telemed Telecare*, 2000. **6 Suppl 1**: p. S93-5.
88. Brodey, B.B., et al., *Satisfaction of forensic psychiatric patients with remote telepsychiatric evaluation*. *Psychiatr Serv*, 2000. **51**(10): p. 1305-7.
89. Foucault, M., *Surveiller et punir, Naissance de la prison*. 1975: Gallimard.
90. Moutel, G. *La naissance de la profession médicale dans l'histoire occidentale*. in *Ethique médicale*. 2003. Université Necker, Paris 5.