



Chapitre 104

Les patients privés de libertés au service d'Accueil des Urgences

S. DESPAS

Points essentiels

- Soigner des personnes privées de liberté : un partenariat obligé avec des professionnels dont les missions et les objectifs diffèrent et peuvent parfois s'opposer.
- Les missions du service public hospitalier sont caractérisées par l'accès aux soins de tous.
- Les personnes détenues doivent bénéficier d'une qualité et d'une continuité des soins équivalents au reste de la population.
- La prise en charge d'une personne privée de liberté dans un service d'accueil des urgences est soumise à des contraintes en termes de sécurité, et impose prudence, calme et humanité.
- Le respect des règles et des missions de chacun associés à la reconnaissance de l'humanité de la personne soignée, permettent de limiter le conflit éthique.

1. Introduction

Soigner des personnes privées de liberté peut être un choix délibéré lorsqu'il s'agit d'exercer en milieu carcéral, il n'en va pas de même lorsque le soignant est amené à prendre en charge ce type de patient aux urgences. Soigner des personnes privées de liberté c'est soigner les maux qui préexistent à l'incarcération, ceux

Correspondance : S. Despas – Cadre de Santé – 141, rue du Cortet, 38150 Vernioz.
Tél. : 06 87 43 89 85. E-mail : laraserj.d@gmail.com

qu'elle aggrave, et ceux qu'elle provoque. L'exercice exige de prendre en compte un contexte et des contraintes diverses en partie liées à la coopération nécessaire avec des professionnels dont les missions diffèrent et dont les objectifs peuvent parfois s'opposer, les équilibres sont fragiles, l'inconfort éthique n'est pas loin... C'est prendre en compte également la particularité d'une population qui peut ne pas répondre aux exigences habituelles du vivre ensemble. Ce que je souhaite vous présenter ici, c'est un aperçu de ce que, à mon sens, un soignant des urgences doit savoir pour soigner et accompagner ce patient privé de liberté sans que des *a priori* et une méconnaissance du contexte ne viennent polluer la relation et provoquer violence et souffrance inutile.

La prison c'est l'autre. C'est-à-dire que ce n'est forcément pas soi. Alors que... La prison est un lieu d'excès et de fantasmes, de souffrance et de démesure, de cristallisation et de révélation des failles sociétales, donnant à voir les conséquences de la précarité, de la marginalisation, et parfois de l'incapacité de notre société à trouver ou à laisser une place à chacun de ses membres. Le milieu carcéral c'est aussi une organisation, un système, qui possède sa propre culture, ses codes, ses règles, ses rites, sa hiérarchie propre, ses priorités, un système dans lequel les soignants doivent trouver leur place dans le respect des valeurs du soin, tout en préservant l'espace qui leur permet de soigner.

Les personnes privées de liberté en France susceptibles d'être accueillies au SAU sont des personnes placées sous main de justice, soit prévenues en garde à vue, soit prévenues ou condamnées incarcérées, soit retenues en Centre de Retention Administrative. Je n'évoquerai pas ici le cas particulier des patients psychiatriques sous contrainte.

Le service public pénitentiaire assume une double mission : il participe à l'exécution des décisions et sentences pénales et au maintien de la sécurité publique et il favorise la réinsertion sociale des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire. Soyons clair et pragmatique, cette définition est de l'ordre, au mieux du vœu pieux, au pire de la malhonnêteté politique. Pour avoir côtoyé pendant des années le personnel de l'administration pénitentiaire, j'atteste que d'une manière générale ce n'est nullement par manque de volonté mais bien de moyens, tant en terme de personnel que de formation et recrutement adéquat.

Rappelons par ailleurs que les missions du service public hospitalier sont définies par l'égalité d'accès de tous au soin, quels que soient leurs droits sociaux, et que la pratique médicale en milieu pénitentiaire, selon le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, « doit être guidée par les mêmes principes éthiques que dans le reste de la communauté, conscient que le respect des droits fondamentaux des personnes incarcérées implique que ces dernières puissent bénéficier de mesures de prévention sanitaire et de prestations de santé équivalant à celles de la communauté en général. » (Comité des ministres du Conseil de l'Europe, 1998).

2. La santé en prison pas à pas

Avant 1800, les aliénés criminels étaient emprisonnés au même titre que tout autre délinquant. Le XIX^e siècle verra le début de la prise en compte de la pathologie psychiatrique chez les criminels, grâce notamment aux travaux du D^r Etienne Esquirol. Mais il faudra attendre 1958 pour que le médecin puisse intervenir en prison.

Le début des années 60 voit la mise en place des premiers CMPR (Centre Médico-Psychologique Régional). Les soins somatiques et psychiatriques sont, à l'époque sous la double responsabilité du médecin chef et du directeur de la prison. En 1986, la création des SMPR (Service Médico-Psychologique Régional) au sein d'un certain nombre d'établissements pénitentiaires permet l'implantation d'équipes hospitalières spécifiques et réellement indépendantes.

En 1987, la fonction santé est confiée à des opérateurs privés dans les établissements du programme 13000. Cela ne durera pas longtemps, la rentabilité de cette prise en charge telle que les financiers l'entendent reste à démontrer.

En janvier 1993, paraît le rapport CHODORGE qui vise l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus, et souligne la gravité des problèmes de santé en prison. Il est donc décidé de transférer la prise en charge sanitaire des détenus, du service public pénitentiaire au Service Public Hospitalier. Cette volonté s'est concrétisée par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et ses textes d'application (décret du 27 octobre 1994, circulaire du 8 décembre 1994 et son guide méthodologique). L'objectif poursuivi est d'assurer à la population incarcérée une qualité et continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population. La réforme crée les UCSA (Unité de Consultation et de soins ambulatoires).

3. Cadre législatif

Les textes actuels posent le cadre de l'indépendance des soins dans le respect des missions de chacun. Ils permettent, théoriquement, à chaque détenu de bénéficier de la protection sociale du régime général comme un malade en liberté.

- **Décret n° 86-602 du 14 mars 1986** relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, créant une sectorisation nouvelle, les « secteurs psychiatriques en milieu pénitentiaire ».
- **Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994** relative à la santé publique et à la protection sociale qui harmonise les modalités de prise en charge sanitaires des détenus par l'attribution au secteur santé de la responsabilité et de l'organisation des soins.
- **Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994** relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

- **Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005** relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.
- **Circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/158 du 13 mai 2008** relative à la prise en charge des mineurs incarcérés.
- **Loi pénitentiaire 2009**, section 7, « De la santé », article 45 : L'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique.
- **Article D6124-23 du code de santé publique** : l'établissement de santé autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 : 2° Prévoit des modalités d'accueil adaptées, d'une part pour les personnes gardées à vue et, d'autre part, s'il est désigné pour dispenser des soins d'urgence aux détenus en application de l'article R. 6112-14, pour ces personnes, conformément aux dispositions de la section 2 du chapitre II du titre I^{er} du livre I^{er} de la présente partie.
- La prise en charge sanitaire dans les CRA est décrite par la **Circulaire DPM/CT/DH/DLPAJ/DEF/GEND n° 99-677 du 7 décembre 1999** relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention. Ce texte précise qu'il est « *de la responsabilité de l'État de mettre en place, au sein des centres de rétention, un dispositif sanitaire de nature à faire face à tout problème de santé, y compris pour des femmes accompagnées de leurs enfants.* » Le dispositif sanitaire ainsi mis en place fait l'objet d'une convention passée entre le représentant de l'État dans le département et le directeur d'un établissement de santé de proximité, public ou privé participant au service public hospitalier, lequel met à disposition du centre de rétention le personnel et les moyens nécessaires à son activité.

3.1. Extraits du Code de procédure pénale

- **Article D. 379** : Le praticien responsable de l'unité de consultations et de soins ambulatoires organise le suivi médical des détenus et coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé mises en œuvre à leur égard, conformément aux dispositions des articles R. 711-13 et R. 711-14 du code de la santé publique.
- **Article D. 380** : Le médecin responsable des structures visées aux articles D. 368 et D. 371 veille à l'observation des règles d'hygiène collective et individuelle dans l'établissement pénitentiaire.
- **Article D. 383** : Le personnel infirmier répond aux demandes de soins dans le cadre de son rôle propre, dispense les soins et administre les médicaments sur prescription médicale, en application du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes détenues, publié en septembre 2004, décrit précisément les principes et modalités d'organisation des soins nécessaires pour assurer aux personnes incarcérées une prise en charge de même qualité que pour la population générale ainsi que l'accès aux actions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé. Il précise les actions de coordination et de complémentarité de chacun des acteurs tant sanitaires que pénitentiaires, dans le respect des missions de chacun. Il a été élaboré conjointement par les services du ministère chargé de la santé et du ministère de la justice.

4. Les Centres de Rétention Administrative

Les Centres de Rétention Administrative sont destinés à recevoir les étrangers qui sont sous le coup d'une interdiction de territoire ou d'une procédure d'éloignement le temps de pouvoir les envoyer dans leur pays d'origine et leur permettre d'exercer des démarches de recours.

L'exil et l'émigration dans les conditions critiques actuelles que l'on sait, qui ne procèdent généralement pas d'un choix délibéré mais plutôt d'une nécessité aiguë, voire vitale parfois pour l'individu, pour les familles qui traversent cette épreuve, constituent une violence à l'origine de traumatismes importants, liés à l'exclusion, la précarité, la séparation, les deuils multiples, parfois liés aux séquelles de mauvais traitements, voire de torture, qui détériorent et aggravent l'état de santé des personnes retenues dans les CRA. L'histoire des personnes retenues, est le plus souvent semée de conflits, de ruptures multiples et d'abandon, de sentiment d'injustice, histoire qui génère une souffrance globale, constituant un réel cataclysme nécessitant une approche soignante et des compétences spécifiques. Les procédures de reconduite à la frontière concernent le plus souvent des personnes déjà fragilisées, socialement, économiquement, et souffrant parfois de troubles du comportement plus ou moins avérés qui décompensent dans le cadre d'un traumatisme ajouté. Ces derniers ne sont les bienvenus nulle part, ni dans les pays « d'accueil », ni dans leur pays d'origine, ni à l'hôpital, ni dans les prisons ou dans les CRA... La barrière de la langue et la grande diversité culturelle sont également sources d'incompréhension et potentiellement de souffrance.

Les personnes retenues accueillies aux urgences sont escortées par les forces de police ou de gendarmerie. Il arrive parfois que la situation soit trop difficile à gérer pour le commandement du CRA et que la personne soit libérée sur le champ. Si le patient est sortant, il s'agit alors de s'inquiéter des capacités d'hébergement pour la nuit qui vient...

5. De quoi souffrent-elles, de quoi souffrent-ils ?

La majorité des détenus accueillis dans les services des urgences sont incarcérés en maison d'arrêt, essentiellement pour de courte peine. Ils présentent le plus souvent un état de santé assez délabré en lien avec une histoire de vie en miette

sur fond de précarité. Leur corps fait les frais de leur fragilité psychique, d'une exposition récurrente aux privations de toutes sortes et de la confrontation aux tourments de la culpabilité (assumée ou déniée). Une hygiène de vie souvent négligée (alimentation, sommeil, consommation excessive de divers produits toxiques, etc.), est associée à une négligence de soins.

Les détenus cumulent le plus souvent un nombre certain de handicaps qui grèvent lourdement leur capacité à se maintenir en santé ou à la rétablir :

- Des conditions socio-économiques et psychologiques défavorables.
- Des carences affectives et éducatives, sources d'imaturité et de troubles de la personnalité.
- Un environnement familial, professionnel et culturel précaire.
- Une médicalisation antérieure insuffisante malgré une toxicomanie assez fréquente.
- Une population vieillissante et souvent atteinte de pathologies lourdes.
- Les détenus souffrant de graves troubles mentaux y sont très nombreux. Quand 3 ou 4, voire 5 personnes qui ne se sont pas choisies sont dans l'obligation de se partager un territoire de 9 m², meubles et sanitaires compris, ce qu'il leur restait d'humanité se désagrège.

Un grand nombre de détenus développent ou décompensent des épisodes pathologiques propre à la situation d'enfermement et aux conditions de détention. Des conditions de vie le plus souvent inhumaines et extrêmement dégradantes telles que le manque d'hygiène et d'intimité, une terrible promiscuité, le bruit, le froid et l'humidité, les pressions, le racket, font le lit de violences extrêmes envers les autres et contre soi, de décompensations psychiatriques, et de somatisations diverse et variées. La surpopulation carcérale conditionne l'accessibilité aux soins, la formulation et la mise en œuvre de projets de santé.

- **La vue.** Voir et être vu en prison est un exercice chargé de sens et de conséquences. Le champ de vision continuellement empêché condamne le détenu à une courte vue qui oblige l'œil à s'accommoder, et ne lui permet pas de se reposer sur l'horizon. Cette limitation du champ visuel associée à la lecture dans des conditions d'éclairage médiocre, une petite incidence de la télévision, fatigue l'organe et est responsable d'une baisse rapide de l'acuité visuelle.
- **Le toucher et les sensations.** Les sens sont pervertis en prison. Le tact est limité à l'opérationnel immédiat, défait de tout plaisir, de toute relation à l'autre, de toute reconnaissance de soi et de l'autre. Se protéger de toute incursion est une préoccupation permanente. Toucher le patient pendant les soins devient plus complexe qu'ailleurs et demande au soignant de tenir compte d'une hyperesthésie qui peut aller jusqu'à la douleur. La thermorégulation est souvent perturbée, et la sensation permanente de froid n'est pas seulement liée au défaut de chauffage et à l'humidité des lieux.

- **Les pathologies digestives.** Les pathologies antérieures à l'incarcération sont exacerbées par l'enfermement. Les gastralgies sont très fréquentes et les ulcères gastriques ne sont pas exceptionnels, liés au stress, l'état dentaire, les habitudes alimentaires... Les troubles du transit de type sont constants, les vomissements sans causes apparentes courants, les hémorroïdes fréquentes et très invalidantes. L'ingestion d'objets divers et variés est très fréquente également. Cela peut être un stratagème pour être hospitalisé, une automutilation de protestation, mais les raisons d'un tel geste sont probablement plus complexes, parfois de l'ordre de l'identification au produit ingéré.
- **La peau.** C'est un écran de protection et de projection, « *le lieu de toutes les inscriptions, de toutes les traces qui n'ont pu être gravées dans la chair.* »¹ En prison le tatouage est fréquent, mais aussi les automutilations à type de stries pratiquées à la lame de rasoir sur les membres supérieurs et inférieurs, sur la poitrine, le cou ou le visage, et parfois partout à la fois. Cela peut représenter une véritable vision d'horreur, très décourageante car très longue à soigner et... très récurrente. Les affections cutanées sont extrêmement fréquentes en détention : rougeur, suintement, éruption, mycose, acné surinfecté, allergie, eczéma, lipome... Ces affections décompensent très rapidement pour prendre des proportions inquiétantes pour le détenu, et sont souvent récidivantes. Certaines affections dermatologiques concernent particulièrement le début de la peine, et les peines courtes et réitérées.
- **Les dents.** La douleur dentaire tient le haut du pavé de la demande de soins et la consommation d'antalgiques est impressionnante tant la souffrance est parfois intolérable. Mais la bouche est le lieu de maux multiples, pas uniquement dentaires, aphtes, leucoplasies, mycoses, gingivites, glossites, ulcérations du palais... Cette demande est souvent source de conflit et de plainte étant donné l'inadéquation fréquente de l'offre et de la demande.
- **Les pathologies O.R.L.** Elles sont fréquentes et liées en partie aux mauvaises conditions de détention, le froid, l'humidité, le déficit immunitaire de stress...
- **Les MST.** La syphilis, dont le dépistage est règlementé, est actuellement en légère progression, le VIH est actuellement moins prégnant qu'il y a quelques années mais l'approche soignante en détention reste très complexe, les condylomes sont fréquents et difficiles à soigner.
- **Les conduites addictives.** Le sevrage alcoolique est par la force des choses immédiat et pose rarement de problème de DT, le travail thérapeutique est très aléatoire compte tenu du peu d'investissement des patients et de la disponibilité de thérapeutes compétents. La toxicomanie illicite (opiacé, cocaïne, crack...) touche à peu près 10 % en moyenne de la population carcérale, mais ce chiffre est très variable en fonction des établissements (plus importants dans les maisons d'arrêts). La question de la substitution est gérée par le SMPR. Certains

1. Gonin D. (2000). *La santé incarcérée*. Paris : L'Archipel.

détenus se déclarent toxicomanes sans l'être pour avoir accès à un statut qui leur paraît plus enviable, et parfois bénéficier d'une substitution au SUBUTEX® qui les entraîne ensuite dans une terrible dépendance sans leur apporter le bénéfice qu'ils en escomptaient. Par ailleurs, le SUBUTEX® est fréquemment détourné de sa prescription initiale et injecté par voie veineuse avec des conséquences désastreuses pour le réseau périphérique veineux, et également en termes de dépendance en ajoutant au produit la symbolique du geste d'injection. La substitution à la METHADONE® pose moins de problème, mais elle est moins utilisée pour diverses raisons, notamment institutionnelles. L'usage du cannabis est assez fréquent et est même l'objet de commerce à l'intérieur des établissements. Certains des injecteurs sont porteurs du VHC. Un suivi leur est alors proposé, puis un traitement si cela s'avère possible et nécessaire. Il n'est pas rare que le dépistage soit fait lors d'une incarcération. La toxicomanie « licite » est en forte progression. Il s'agit de l'addiction aux médicaments psychotropes détournés de leur usage thérapeutique, dont il est fait par ailleurs un commerce quasiment incontrôlable.

- **L'autolyse.** L'isolement, le vide relationnel, la culpabilité, la désespérance, des conditions de détention déshumanisantes, une psychopathologie préexistante sont autant d'explications possibles du geste suicidaire. Cependant il n'est pas rare d'être surpris par le suicide d'un détenu sans histoire qu'on croyait à l'abri d'une telle extrémité. La prévention dans l'état actuel de l'organisation pénitentiaire et sanitaire est un pur fantasme. 1 suicide tous les trois jours ! Le nombre de suicides en prison augmente depuis 1991 alors qu'il a plutôt tendance à diminuer en milieu libre. Entre 1980 et 1999, le nombre de suicides en détention est passé de 39 à 125, soit une augmentation de 200 %. Le chiffre officiel des suicides en détention est probablement en dessous de la réalité si l'on tient compte des détenus qui ont été transférés dans des hôpitaux avant de décéder des suites d'auto-mutilations ou de tentatives de suicide. Les taux les plus importants sont enregistrés en maison d'arrêt, où la densité de population carcérale est plus élevée. Il y a davantage de suicides dans les établissements sous-encadrés et le taux de suicides augmente avec le surpeuplement et l'ancienneté des établissements². 109 détenus se sont suicidés en prison en 2010, une légère baisse par rapport à l'année précédente, où 115 suicides avaient été relevés, selon les chiffres publiés par l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales.

6. L'urgence

6.1. Les motifs d'hospitalisation

L'urgence en milieu carcéral, si elle peut paraître similaire en termes de conséquences immédiates à tout autre urgence en milieu libre, est conditionnée par les contraintes du milieu, tant sur le plan institutionnel que sur le plan personnel et

2. Bourgoin N. (1998). *Le suicide en prison*. Paris : L'Harmattan.

subjectif. La personne privée de liberté conduite aux urgences est accompagnée de son statut de délinquant ou de retenu sans papier, et des forces de police et/ou d'agents de l'administration pénitentiaire. Ce contexte impose des règles de sécurité et un partenariat stratégique, change le regard des autres patients et celui des professionnels, et influe sur la capacité de résistance à la souffrance du malade..

Les motifs d'hospitalisation aux urgences sont divers et gradués en termes de gravité, et ce ne sont pas forcément les plus graves qui sont les plus complexes à gérer. Certaines urgences sont intrinsèquement liées à la vie en détention ou en rétention. Il peut s'agir :

- des conséquences de la violence entre détenus, également avec les surveillants, qui peuvent alors avoir besoin d'une prise en charge, ce qui complexifie l'ambiance... ;
- de blessures liées au travail en détention, à la pratique sportive, aux tentatives d'évasion ;
- d'autolyse et d'ingestion de divers objets.

D'autres motifs d'hospitalisation en urgence sont ceux de la population générale, amplifiés par les conditions de vie et l'état de santé préexistant. Il s'agit de décompensations d'états pathologiques pré-existants, dont les soignants sont coutumiers.

Le vieillissement de la population carcérale avec son cortège de pathologies liées à l'âge, et l'augmentation sensible des incarcérations de sujets très jeunes sont un sujet de préoccupation. La présence de mineurs entravés, blessés, et souvent dans un contexte de violence, de souffrance morale et psychique importante peut provoquer des réactions inadaptées et potentialisantes.

L'urgence psychiatrique est un sujet qui mérite d'être traité à part.

6.2. Une question d'attitude

Quel que soit le degré d'urgence, les maîtres mots sont la rapidité et la sécurité sans que cela ne porte atteinte ni à l'efficacité ni à la qualité des soins. Afin de limiter tension et risque de conflit, les soignants doivent adopter la plus entière neutralité et éviter les pièges de l'identification. Il est d'ailleurs vivement conseillé de se tenir à l'écart de toute information concernant le dossier pénal. Violences, agressivité physique et verbale, passages à l'acte sont possibles et doivent être pris en compte, avec prudence, discernement et humanité. Cela suppose d'être soi-même assez au clair avec son propre rapport à la violence, en capacité de réagir posément aux stimulations et provocations.

Les règles éthiques et juridiques qui régissent les activités de soins s'appliquent également quand le patient est privé de liberté, même si le soignant doit prendre en compte les exigences de sécurité. Rappelons que dans leur arrêt du 26 mai 2011, les juges de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ont considéré, à l'unanimité, que les moyens de contrainte et de sécurité imposés à un

détenu français lors de plusieurs extractions et consultations médicales aux centres hospitaliers d'Amiens et Laon entre février 2000 et septembre 2005 étaient constitutifs d'un « traitement dégradant ». Cependant, il serait dangereux et démagogue de nier que des normes de sécurité sont souvent nécessaires et bénéfiques tant pour les soignants que pour la qualité du service rendu au patient.

6.3. La sécurité

La sécurité en la matière consiste à édicter des règles et à mettre en œuvre des dispositifs propre à éviter les accidents. Ces règles et dispositifs doivent être connus, et respectés dans la mesure où ils ne mettent pas la vie du patient en danger. Règles et dispositifs doivent être appliqués dans le cadre du respect des personnes : patient, forces de l'ordre et soignants. Chaque professionnel doit connaître et reconnaître la mission de l'autre, connaître également ses propres limites et celle de sa fonction. Rien n'est plus potentiellement dangereux que de camper sur ses positions, de défendre un territoire au lieu de tout mettre en œuvre pour que le patient bénéficie des meilleurs soins possibles.

En matière pénitentiaire, on distingue deux types d'escortes :

- les escortes pénitentiaires, composées d'agents de l'administration pénitentiaire ;
- les escortes des forces de l'ordre, composées de fonctionnaires de la gendarmerie ou de la police nationale.

Le rôle de l'escorte est la prévention des évasions et la garantie de la sécurité des personnes et des biens. Dans le domaine des extractions médicales, quatre niveaux d'escortes sont définis en fonction de la personne détenue. Ces niveaux déterminent le nombre d'agents nécessaire et l'adjonction ou non de force de l'ordre, le niveau 3 étant le plus sécuritaire et rarement utilisé. Le niveau est décidé en fonction de divers éléments tels que la nature de l'infraction, la durée de la peine, les antécédents disciplinaires, ainsi que la personnalité et le soutien logistique à l'extérieur dont le détenu escorté pourrait bénéficier lors d'une tentative d'évasion.

Parallèlement aux niveaux d'escorte, il existe trois niveaux de surveillance pendant les consultations et les soins qui sont déterminés par le chef d'établissement pénitentiaire en fonction de la dangerosité de la personne détenue et du risque d'évasion :

- Niveau 1 : la consultation peut s'effectuer hors la présence du personnel de surveillance avec ou sans moyen de contrainte.
- Niveau 2 : surveillance constante mais sans moyen de contrainte.
- Niveau 3 : surveillance constante, et moyens de contrainte.

Cette réglementation est nationale, cependant son application peut varier en fonction des personnels et des us et coutumes locales. La qualité des relations entre les soignants et les personnels de surveillance et des forces de l'ordre est fondamentale pour ne pas faire déraiper une situation qui peut être tendue. Les

soignants des UCSA et des UMCRA peuvent être des partenaires précieux en termes d'information sur une conduite à tenir avec tel ou tel patient qui pose problème, ne pas hésiter à les appeler.

6.4. Continuité des soins

Il est nécessaire de rappeler l'appartenance des unités de soins en prison et dans les CRA au service public hospitalier tant il est fréquent que les intrahospitaliers en doutent lorsque les soignants se présentent au téléphone...

Le manuel de certification nous rappelle que la prise en charge du patient détenu nécessite une prise en charge globale et un travail de coopération active avec le personnel pénitentiaire. Dans le cas d'hospitalisation, en hôpital de proximité ou en services spécialisés (UHSI, UHSA), tout élément du dossier médical doit être transmis à l'équipe médicale de l'UCSA rattachée à l'établissement pénitentiaire du détenu. Toutes les mesures relatives au respect de la liberté du patient s'appliquent de plein droit au patient détenu dans la limite des contraintes liées à la sécurité. En matière de sécurité et de prévention des évasions, il est formellement interdit d'informer un patient de la date de son prochain RDV, il serait d'ailleurs automatiquement annulé.

7. Conclusion

Les personnes privées de liberté, qu'elles soient détenues, en garde à vue, ou retenues en centre de rétention administrative, dès lors qu'ils sont pris en charge au sein d'un établissement de soin doivent bénéficier de la même attention, de la même qualité de soin, de la même confidentialité que tout autre patient en liberté. Cependant il apparaît à l'usage indispensable de posséder des capacités d'adaptation et un sens certain de la diplomatie pour travailler en partenariat et savoir concilier soin et sécurité. Les soignants exercent alors dans un contexte qui peut apparaître éthiquement hostile, dans une nécessité de partenariat « improbable ». L'une des voies pour limiter le conflit éthique, réside dans la capacité du soignant à connaître et reconnaître les limites de sa fonction, et de la mission, afin de la préserver et ce, sans être outre mesure perturbé par des injonctions paradoxales.

Face à la détresse des personnes privées de liberté, le soignant doit être parmi ceux qui leurs restituent leur humanité, ce qui suppose de la part du soignant une disponibilité et une justesse de ton qui ne s'improvisent pas. Les limites de l'exercice sont essentiellement de deux types, l'un concerne la difficulté à rester dans le cadre de la mission, l'autre à rester dans le cadre de sa pratique.

Travailler dans un contexte cumulant violence, détresse, suspicion, représentations plus ou moins délétères, réclame une grande maîtrise de soi pour répondre à la diversité des situations sans s'y perdre, une ouverture d'esprit et des capacités intégratives qui permettent de comprendre rapidement des enjeux complexes, et

ne pas se laisser aller à l'indignation facile qui génère l'impuissance et cautionne l'immobilisme... Car comme l'écrit François Dubet ³ dans *Le déclin de l'institution*, « *pour tenir cette relation, il faut pouvoir "poser la blouse", séparer le "moi professionnel" et le "moi personnel". Il faut donc prendre sur soi, ne cesser de s'engager et de se dégager, sans illusions d'ailleurs, car une double réprobation pèse toujours sur celles qui s'engagent trop et sur celles qui ne s'engagent pas assez.* »

Je vous remercie de votre attention.

3. François Dubet, *Le déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil, octobre 2002.