

UNIVERSITÉ DE NANTES

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2018

N°

THÈSE

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Pauline THOMAS

née le 26 mai 1990 à Orsay (91)

---

Présentée et soutenue publiquement le mardi 9 janvier 2018

---

**SATISFACTION DES PATIENTS-DÉTENUS DANS L'UTILISATION DE LA  
TÉLÉMÉDECINE EN MILIEU CARCÉRAL**

Président du jury : Monsieur le Professeur Gilles Potel

Directrice de thèse : Madame le Docteur Solenne Petitclerc-Roche

# **Remerciements**

En préambule de ma thèse, je voudrais remercier ma directrice de thèse, Madame le Docteur Petitclerc-Roche, grâce à qui cette thèse a vu le jour, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, merci pour tout le temps que tu y as consacré, tes conseils avisés, et ton soutien.

Je voudrais également remercier les membres de mon jury de soutenance : tout d'abord Monsieur le Professeur Potel qui a aimablement accepté de présider ce jury, merci pour votre rôle au sein des UCSA de Nantes, puis Monsieur le Professeur Goronflot, merci d'avoir accepté d'être membre du jury de ma thèse, et merci pour votre dévouement et votre implication auprès des étudiants en médecine générale, et Monsieur le Professeur Desal pour avoir accepté d'être membre du jury de ma thèse.

Je remercie toute l'équipe de l'UCSA pour son accompagnement, son accueil chaleureux, sa bonne humeur, sa gentillesse et son professionnalisme.

J'adresse également des remerciements à tous mes maîtres de stages, hospitaliers ou en ville pour leurs enseignements et la confiance qu'ils m'ont accordée.

À Raphaël, pour sa présence au quotidien, sa patience à toutes épreuves, son humour, sa bonne humeur même dans les moments de stress. Merci pour tes relectures pertinentes et bénévoles ! À tous nos projets futurs

Aux Thothos et aux Thothotes pour votre soutien : rédactionnel, orthographique, linguistique, statistique, informatique, humoristique, moral et culinaire depuis toujours. Merci tout particulièrement à Camille pour ta relecture minutieuse et ta disponibilité.

À B-M pour m'avoir soutenue, et accueillie pour les révisions et même jusqu'aux veilles des jours fatidiques de mes études.

À Mimi pour ton aide précieuse pour la relecture, et ton soutien depuis la P1.

À mes sous-colleuses préférées pour ces soirées de travail et de débat ! Merci à Gaby, Loulou et Cissou.

À Clacla pour ces séances de révisions il y a bien longtemps sur ta terrasse ensoleillée.

À Hélo pour... tout !

À mes cointernes et tout particulièrement à Caro pour sa collaboration dans nos fins de CRH.

À la vélo-team pour ses BU night.

À tous ceux que j'ai oubliés, et qu'ils m'en excusent !

# **Table des matières**

<b>Remerciements .....</b>	<b>4</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>6</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>9</b>
<b>I – La santé en milieu pénitentiaire .....</b>	<b>10</b>
<b>1- Le milieu pénitentiaire .....</b>	<b>10</b>
1.1 Historique .....	10
1.2 La prison, un lieu isolé.....	16
1.3 Conditions de vie en milieu pénitentiaire .....	17
<b>2- La santé des détenus .....</b>	<b>21</b>
2.1 État de santé des patients-détenus .....	21
2.2 Création des UCSA : la loi du 18 janvier 1994 et le droit d'accès aux soins .....	23
2.3 Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) .....	27
2.3.1. Historique .....	27
2.3.2 Les missions du SMPR .....	28
2.3.3. Pathologies psychiatriques en détention .....	29
2.4 L'UHSI .....	31
2.5 L'UHSA .....	32
2.6 L'EPSNF : établissement public de santé nationale de Fresnes .....	33
<b>3 – La difficulté des soins en prisons .....</b>	<b>34</b>
3.1 Spécificité des soins en prison.....	34
3.1.1 La spécificité du milieu carcéral .....	34
3.1.2 La spécificité des patients-détenus .....	38

3.1.3 La relation de soins traversée par le soupçon.....	43
3.2 Extractions médicales .....	46
3.3 Accès aux soins spécialisés .....	49
<b>4- La télémédecine.....</b>	<b>50</b>
4.1 Définition .....	50
4.2 Le plan national de la télémédecine en France .....	52
4.3 Cadre légal .....	53
4.4 Les enjeux de la télémédecine en détention.....	56
4.5 Les limites de la télémédecine.....	58
<b>II- Matériel et méthode.....</b>	<b>60</b>
<b>1- Étude.....</b>	<b>60</b>
1.1 Objectif .....	60
1.2 Méthode .....	60
1.2.1 Schéma d'étude.....	60
1.2.2 Outils d'évaluation : le questionnaire .....	61
1.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	65
1.2.4 Recueil des données.....	65
1.2.5 Saisie des données .....	67
1.2.6 Aspects éthiques et réglementaires.....	67
<b>2- Analyse statistique.....</b>	<b>67</b>
<b>III – Résultats .....</b>	<b>69</b>
<b>1 – Descriptif de la population.....</b>	<b>69</b>
<b>2 – Résultats du questionnaire .....</b>	<b>69</b>
<b>IV – Discussion .....</b>	<b>80</b>
<b>1- Satisfaction globale des patients.....</b>	<b>80</b>
<b>2- Expression d'une insatisfaction.....</b>	<b>83</b>

<b>3- Hypothèses explicatives .....</b>	<b>86</b>
<b>4- Les limites de l'étude.....</b>	<b>89</b>
<b>5- Comparaisons avec les autres publications sur le sujet .....</b>	<b>91</b>
<b>6 – Applications pratiques .....</b>	<b>92</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>97</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>98</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>107</b>
<b>Annexe 1. Consentement des patients à l'utilisation de la télémédecine.....</b>	<b>103</b>
<b>Annexe 2. Questionnaire de satisfaction de l'utilisation de la télémédecine.....</b>	<b>104</b>
<b>Annexe 3. Résultats des questions.....</b>	<b>105</b>
<b>Abréviations.....</b>	<b>114</b>
<b>Table des illustrations.....</b>	<b>115</b>
<b>Résumé .....</b>	<b>117</b>

## **Introduction**

La loi du 18 janvier 1994(1) constitue une étape historique dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Elle vise à « assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population »(1).

Cette loi promeut, entre autres choses, un accès aux soins spécialisés identique à celui du milieu ouvert, malgré le fait que ces patients-détenus vivent en situation d'isolement. L'objectif est de limiter, dans la prise en charge sanitaire, les contraintes imposées par ce milieu fermé.

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 », y compris dans les lieux isolés(2).

Ces technologies se développent donc de plus en plus dans les unités sanitaires des prisons, qui sont par définition des lieux isolés, pour permettre aux détenus un meilleur accès aux soins.

Selon une étude(2), les praticiens spécialistes et généralistes pensent respectivement à 56% et 63% que ce mode de consultation sera bien accepté par le patient-détenu. Mais qu'en est-il réellement ?

Cette étude a donc pour objectif d'évaluer la satisfaction des patients détenus dans l'utilisation des consultations de télémédecine en milieu carcéral.

# **I – La santé en milieu pénitentiaire**

## **1- Le milieu pénitentiaire**

### **1.1 Historique**

L'histoire de l'enfermement commence en France en 1656, quand Louis XIV crée l'Hôpital général pour rassembler les vieillards, les enfants orphelins et les malades.

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 pas être en position de soigner un homme pour qui la souffrance physique et la douleur du corps faisaient partie de la peine (2).

À la fin du règne de Louis XIV, la plupart de ces prisons d'État sont gérées par un ordre religieux. Les prisonniers pauvres, « les pailleux », sont regroupés dans le quartier du Commun, dorment sur la paille et sont nourris par la charité chrétienne puis par le « pain du Roi » à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. Les riches sont « à la pistole », c'est-à-dire logés et nourris à leurs frais dans des chambres meublées. Les dépôts de mendicité sont créés en 1764, et il s'agit d'ateliers où les mendiants sont mis aux travaux forcés(3).

La Révolution française marque le véritable point de départ du système pénitentiaire. La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen affirme 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 »(4).

En 1791, la France adopte le premier Code pénal. L'enfermement est le principal dispositif judiciaire et remplace les châtiments corporels, mutilations et autres supplices. Mais la peine de mort et les travaux forcés sont toujours présents. L'isolement est alors le

premier fondement de la prison qui doit séparer le condamné du monde extérieur et conduire à la solitude, afin qu'il puisse réfléchir à ses actes(3).

La deuxième version Code pénal en 1810 annonce un retour en arrière en privilégiant le châtement, en plus de l'incarcération : les détenus ont des boulets aux pieds et sont marqués au fer rouge. Le travail obligatoire prend alors une place importante. En effet, le deuxième Code pénal associe l'isolement et le travail comme « agent de transformation carcérale »(5).

Même si le siècle des Lumières est traversé par un fort courant de pensée dénonçant les châtements corporels et l'arbitraire des peines, c'est grâce aux épidémies du XIX<sup>e</sup> siècle (typhus, scorbut, dysenterie, tuberculose et autres) qu'apparaît la nécessité de soigner les détenus pour éviter de propager les maladies en dehors de la prison. La mortalité carcérale au XIX<sup>e</sup> siècle était 4 à 5 fois supérieure à la mortalité générale. En effet, les prisons supprimaient ainsi beaucoup plus de vies humaines que ne le faisaient les supplices de l'Ancien Régime(3)(5).

En 1839, les maisons centrales interdisent de parler, fumer, boire du vin et rendent obligatoire le travail et le port du costume pénal. Les détenus sont cagoulés dès qu'ils sortent de la cellule. Ce règlement sera par la suite également appliqué aux maisons d'arrêt, il sera en vigueur jusqu'à la Seconde Guerre mondiale(2).

L'histoire des bagnes commence en 1748 avec l'apparition des bagnes métropolitains (Toulon, Brest, Rochefort) qui remplacent la galère par des travaux forcés dans les arsenaux. Puis, suite à l'abolition de l'esclavage en 1848, l'idée de substituer les bagnards aux esclaves apparaît : des pénitenciers sont ouverts à partir de 1854 dans des conditions climatiques très dures, à Cayenne, aux îles du Salut et à Saint-Laurent-du-

Maroni, mais aussi en Nouvelle-Calédonie. Les conditions de vie dans ces bagnes sont extrêmes. Les bagnes métropolitains sont peu à peu fermés. Puis finalement, les bagnes de Guyane ferment progressivement, et les derniers forçats regagnent la métropole en 1953(5).

Sous le Second Empire, différents types de prisons sont mis en place et ce sera finalement le modèle de la prison cellulaire, seul, qui sera adopté à partir de 1893. Ce modèle fut jamais respecté en raison du manque de place(2).

Suite à la Seconde Guerre mondiale, le but de la prison est repensé : la prison doit permettre la réinsertion sociale des condamnés. En 1946, la réforme Amor (6) place l'amendement et le reclassement social du condamné au centre de la peine privative de liberté. Le traitement infligé aux détenus doit être humain, et doit encourager son instruction générale et professionnelle. Les travaux forcés sont abolis. Des éducateurs et des assistantes sociales font leur entrée dans les prisons. La réforme Armor prône pour la première fois la création d'un service social et médico-psychologique au sein des établissements pénitentiaires(2)(3)(6).

En 1958, le poste de juge d'application des peines est créé. Le sursis avec mise à l'épreuve est mis en place.

En 1959, un décret interdit 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 » (Article D. 220 du Code de procédure pénale)(7).

En 1975, la réforme pénitentiaire opère une nouvelle classification des établissements pénitentiaires en trois catégories principales : maisons d'arrêt (MA) (pour les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à un an),

centres de détention (CD) (pour les condamnés considérés comme présentant les meilleures perspectives de réinsertion, ces centres comportent donc un régime principalement orienté vers la resocialisation des détenus) et les maisons centrales (condamnés à de longues peines et considérés comme les plus difficiles, le régime de détention y est essentiellement axé sur la sécurité). Elle développe d'autre part des peines de substitution(5).

L'attention croissante portée à l'exercice médical 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(2)(8).

Le 9 octobre 1981 est abolie la peine de mort. La peine privative de liberté devient donc la peine maximale de référence(5).

La suite de l'histoire des prisons est marquée par l'intégration de dispositifs de réinsertion de droit commun et le développement du milieu ouvert.

C'est en 1981 qu'entre en vigueur en France le Pacte international relatif aux droits civils et politiques affirmant que « toute personne privée de sa liberté est traitée avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine »(9).

De 1981 à 1985, le garde des Sceaux Robert Badinter promulgue un décret améliorant la condition quotidienne des détenus (installation de la télévision en 1985, aménagement des parloirs sans dispositif de séparation, suppression du costume pénal)(5).

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 l'indépendance de ce type de mission(2).

En 1986, les services médico-psychologiques régionaux (SPMR) sont créés suite à un décret relatif à la lutte contre les maladies mentales(5).

Entre 1988 et 1989, l'afflux des patients atteints du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en prison contribue à réévaluer l'organisation des soins pour les détenus. Comme au XIX<sup>e</sup> siècle, le contexte épidémique d'une maladie dont on savait encore peu de choses, a aidé à prendre en compte l'enjeu de santé publique que représente la santé des détenus. L'État décide alors, dans une politique de réduction des risques, de réformer le système de soins en prison. Les autorités établissent alors des conventions entre les établissements pénitentiaires et des structures hospitalières spécialisées dans la prise en charge des patients atteints du VIH que sont les centres d'information et de soin de l'immunodéficience humaine. Il s'agit alors de la première manifestation d'une autonomie du secteur somatique(2).

Les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) sont créées le 18 janvier 1994 : la loi 94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale confie l'organisation des soins en milieu pénitentiaire aux hôpitaux publics(1).

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 par son guide méthodologique(10). L'objectif de la réforme, détaillée 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 ».

En 1999 sont créés les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) visant à la réinsertion des détenus.

En 2000, le D<sup>r</sup> Véronique Vasseur publie *Médecin chef à la prison de la Santé*(11), livre dans lequel elle décrit les conditions de détention en France, ce qui relance le débat sur ce sujet. Deux commissions d'enquête parlementaire sont créées : celle de l'Assemblée nationale, visant l'ensemble des établissements pénitentiaires de France, celle du Sénat, examinant plus particulièrement les maisons d'arrêt. Par la suite, l'humanisation des prisons s'est poursuivie avec notamment l'ouverture de la première unité expérimentale de visite familiale où les condamnés à de longues peines ne bénéficiant pas de permission de sortie pouvaient recevoir leur famille pour une durée variant de 6 à 72 h, et en favorisant des mesures alternatives à l'enfermement (bracelets électroniques, etc.)(2).

Par la suite, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article 10, permet, selon une procédure particulière, de suspendre la peine d'une personne dont l'état de santé est incompatible avec la détention(12).

Devant les besoins croissants de prise en charge médicale, la première unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) est inaugurée en 2004 à Nancy afin de réaliser des hospitalisations prolongées pour des soins somatiques pour des détenus.

La première unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), pour des hospitalisations psychiatriques, ouvre ses portes à Lyon en 2010 (2).

## 1.2 La prison, un lieu isolé

Le terme isolé définit ce qui est séparé de choses de même nature ou d'une autre nature et renvoie à son étymologie latine « façonné comme une île ».

Il existe un rapport étroit entre l'isolement et l'exclusion. L'exclusion c'est à la fois l'isolement et la solitude. Ainsi, l'isolement social est un facteur d'exclusion, comme l'exclusion provoque l'isolement de l'individu(2).

La prison est un lieu d'isolement « artificiel » dans le sens où elle a été créée pour l'application d'une peine de privation de liberté. L'isolement instauré par les prisons est réalisé dans le but de mettre les détenus « hors d'état de nuire à la société »(2).

Certes, les détenus sont isolés du milieu extérieur, mais comme tout groupe humain en situation d'isolement, ils s'organisent ensemble. Un ordre social émerge alors à partir des valeurs qui sont les leurs, aboutissant à des règles et à la création d'une forme de « société » interne à la prison (2).

Les personnes vivant en situation d'isolement subissent des contraintes imposées par leur milieu de vie et ont le plus souvent des difficultés d'accès aux soins, notamment spécialisés(2).

Si l'état de santé du patient-détenu demande des soins urgents ou nécessitant des structures non présentes à l'UCSA, il est alors transféré à l'hôpital, escorté par des surveillants, c'est ce qu'on appelle une extraction médicale. Ces extractions médicales sont, en détention, en nombre insuffisant, et entraînent une augmentation du délai de prise en charge médicale. Les médecins travaillant en milieu pénitentiaire prennent parfois la responsabilité d'annuler une consultation médicale prévue pour pouvoir libérer une escorte nécessaire à l'extraction médicale urgente d'un patient vers l'hôpital. Il en résulte donc parfois une forme de « tri ».

Mais la problématique du milieu pénitentiaire est plus complexe que celle du milieu isolé. Lorsque la justice condamne un être humain, elle le prive de sa liberté et elle le contraint à une vie dont les conditions sont dénoncées comme « étant incompatibles avec la dignité humaine »(2)(13). Ces conditions de détention difficiles se traduisent par une répercussion sur la santé des détenus. Dans ce contexte, le principe d'équivalence des soins aurait plutôt pour objectif de restaurer, au moins partiellement, les dégâts causés par les conditions de vie et d'isolement parfois en contradiction avec les principes des droits de l'homme(2).

En milieu isolé, l'éloignement géographique est évident et les contraintes associées sont acceptées par tout le monde. En milieu pénitentiaire, la notion d'isolement est plus complexe, et ce, d'autant plus que la distance avec l'hôpital de rattachement est faible (la distance entre les UCSA et l'hôpital de rattachement est de 8,6 km en moyenne avec une médiane à 3,5 km. Les deux-tiers des UCSA sont situées à moins de 5 km de leur hôpital de référence)(2).

### **1.3 Conditions de vie en milieu pénitentiaire**

La France compte en 2017 près de 78 800 détenus, soit un millième (0,001%) de la population française(14).

Parmi les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires, il y a un quart de prévenus et trois quarts de condamnés (statistiques trimestrielles en milieu fermé du ministère de la Justice, janvier 2017)(14). Contrairement aux condamnés qui sont des personnes détenues dans un établissement pénitentiaire suite à une condamnation judiciaire définitive, les prévenus sont des personnes qui n'ont pas encore été jugées ou

dont la condamnation n'est pas définitive (appel, cassation, etc.). Ces personnes sont donc « présumées innocentes », mais ce statut est loin d'être respecté(2).

Un rapport réalisé par le Sénat en 2000 a mis en évidence les conditions de détention déplorables en France(15).Ce rapport souligne l'importance de la surpopulation carcérale qui est expliquée par l'allongement de la durée des peines.

Ce rapport souligne également la vétusté du parc pénitentiaire. En 2000, sur les 187 établissements pénitentiaires, on en dénombrait 109 construits avant 1920 et 23 construits avant 1830(15). Les conditions de vie et d'hygiène y sont grandement délétères pour la santé des détenus.

Actuellement de nombreux établissements ne répondent pas aux normes imposées par le Code de procédure pour les conditions de détention. Cela concerne notamment l'encellulement individuel des prévenus, l'hygiène, le cubage de l'air, l'éclairage, le chauffage, l'aération, les fenêtres trop petites pour permettre de lire et de travailler à la lumière naturelle et de faire entrer l'air frais, etc.(15).

Les bâtiments pénitentiaires sont très dégradés faute d'entretien (souvent par manque de moyens financiers). Beaucoup de travaux sont à envisager dans les anciennes prisons. De fait, l'électricité n'est pas aux normes, les peintures sont défraîchies, les murs sont humides à cause des infiltrations d'eau, les grilles sont rouillées, le matériel dégradé n'est pas remplacé et il n'y pas d'espace vert(15).Certaines maisons d'arrêt à gestion déléguée, c'est-à-dire dont la gestion a été confiée à une entreprise privée, sont comparativement en nettement meilleur état (plus récentes, crédits de maintenance suffisants et gérés par des professionnels en nombre suffisant).

La surpopulation carcérale, aggrave les problèmes préexistants (16):

- dans certains centres pénitentiaires, les détenus n'ont pas accès à une douche individuelle. Ils ont donc droit à une douche collective, deux à trois fois par semaine. Ces douches sont souvent très dégradées (moisissures, carrelage abîmé, présence de cafards etc.) ;
- dans les cellules, les toilettes sont isolées par une cloison d'une hauteur d'à peine un mètre (pour des raisons sécuritaires, le détenu doit pouvoir être vu à tout moment par le personnel de surveillance à travers les œillets). Dans le cadre d'un encellulement collectif, le détenu ne dispose d'aucune intimité et est contraint de faire ses besoins devant les autres;
- les draps sont normalement lavés tous les quinze jours par l'administration pénitentiaire. En réalité, ces normes varient fortement d'un établissement à l'autre ;
- la qualité de la nourriture diffère d'un établissement à l'autre. De nombreuses cuisines sont dans un état d'hygiène peu satisfaisant et ne répondent pas aux normes fixées par la réglementation. Les portions alimentaires sont souvent insuffisantes ;
- les parloirs sont souvent mal nettoyés, et mal éclairés, peu accueillants pour les familles qui viennent rendre visite aux détenus ;
- les rats sont présents dans les alentours de la prison, souvent attirés par les débris alimentaires jetés par les fenêtres. L'Observatoire international des prisons a d'ailleurs rappelé à l'ordre la France plusieurs fois, notamment après la déclaration d'un cas de leptospirose à la prison de Fresnes(17).

Par ailleurs les activités proposées aux détenus restent très insuffisantes :

- les cours de promenades sont minuscules, et souvent sans aucune verdure ;

- la plupart des locaux ne permettent pas l'exercice du sport dans de bonnes conditions(18).

Les situations de travail en détention restent très disparates d'un centre pénitentiaire à l'autre. Il existe deux types de travaux :

- le travail délégué à un concessionnaire privé : le nombre de postes dépend de la demande des entreprises et du nombre de concessionnaires,
- les postes de travail liés au fonctionnement des établissements et appelés « service général » : la cuisine, la cantine, le ménage des parties communes etc.

Les salaires sont misérables (1,56 €par heure en moyenne), et le code du travail n'est pas respecté (pas de congé payé, pas d'indemnité journalière en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle, d'arrêt de travail).

Devant les problématiques liées aux conditions de détention en France et en Europe, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants a été créé en 1987 par une convention du Conseil de l'Europe. Il a pour objectif d'exercer un contrôle sur les établissements pénitentiaires pour prévenir la torture ainsi que les peines ou traitements inhumains ou dégradants(19). Le but était également de rappeler que le système pénitentiaire ne doit pas aggraver les souffrances inhérentes à la situation de privation de liberté.

Ce comité a rapidement acquis une autorité incontestable, même si ses recommandations ne sont pas toujours mises en application. Le Règlement de la

commission européenne pour la prévention de la torture a été ratifié en 1989 par chacun des quarante-sept États-membres du Conseil de l'Europe(19).

Ce comité peut effectuer des visites à tout moment et sans préavis, dans tous les lieux dans lesquels des personnes sont détenues par l'autorité publique (détention, centres de police, centres de rétention administrative, hôpitaux psychiatriques, foyers sociaux). Après l'inspection, le comité remet à l'État concerné un rapport confidentiel qui contient des recommandations pour l'amélioration de la situation dans les établissements visités. Normalement les États autorisent la publication du rapport. Lorsqu'un État refuse de suivre les recommandations du rapport, le comité peut publier ce rapport ou faire une déclaration publique (20).

Le règlement de la commission européenne pour la prévention de la torture mentionne l'obligation de réaliser un examen médical sans délai à l'arrivée dans la prison. Il ajoute que le détenu doit pouvoir faire appel au service de santé de l'établissement de façon confidentielle. L'équivalence des soins avec le milieu extérieur ainsi que le consentement et la confidentialité sont également rappelés dans ce règlement. De même, ces règles insistent sur la nécessité d'indépendance des médecins par rapport à l'administration pénitentiaire.

## **2- La santé des détenus**

### **2.1 État de santé des patients-détenus**

Le concept de santé possède de nombreuses interprétations selon la définition donnée au mot santé. Ainsi l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas

seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité »(21). Cette définition donne à la santé une dimension mentale et relationnelle en plus de la dimension physique. Concernant la santé en détention, on comprend alors que tous les agents pénitentiaires au même titre que le médecin sont responsables de la santé des détenus. En effet, ces derniers sont souvent victimes d'exclusions, notamment sociales(2).

Lors de l'étude sur l'état de santé des détenus réalisée en 2006 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)(22), il a été mis en évidence que les populations carcérales ont des risques augmentés vis-à-vis de certaines pathologies.

Dans cette étude, l'état général à l'admission est jugé bon dans 77% des cas, mais franchement mauvais pour 1,6%. Plus de la moitié des entrants avaient besoin de soins dentaires, dont 2,6% de soins urgents. En effet, les personnes détenues présentent souvent à leur incarcération un état bucco-dentaire médiocre en raison de la consommation fréquente d'opiacés et des conditions de vie précaires(22).

La santé des détenus affiche une surreprésentation de certaines maladies infectieuses comme le VIH (prévalence trois fois supérieure à celle dans le milieu libre) et l'hépatite C (quatre à cinq fois supérieure). Ces prévalences sont liées à la forte proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse ou intranasale en détention(22).

Sur le plan psychiatrique, les détenus qui avaient un passé carcéral déclaraient plus fréquemment un traitement à l'entrée. Ils étaient plus nombreux que les autres à avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, et avaient un suivi psychiatrique plus fréquent. Après la consultation des arrivants, il est conclu qu'un peu moins de la moitié des détenus nécessite un suivi psychologique ou psychiatrique(22).

## **2.2 Création des UCSA : la loi du 18 janvier 1994 et le droit d'accès aux soins**

Avant 1994, la médecine en prison s'appelait la "médecine pénitentiaire" : terme résultant de la contraction de " médecine en milieu pénitentiaire ". Jusqu'alors, l'article D.380 du Code de procédure pénale prévoyait que les détenus recevaient gratuitement en prison les soins qui leur étaient nécessaires. L'administration pénitentiaire assurait leur prise en charge médicale au même titre que le gîte, le couvert, le chauffage. Une infirmerie était installée à l'intérieur de la prison. Les médicaments étaient distribués par les surveillants pénitentiaires dans des fioles. À la date d'incarcération, les détenus et leurs ayants droit perdaient le bénéfice de la Sécurité sociale.

À la suite de l'épidémie de VIH et devant l'état préoccupant de la situation sanitaire des détenus, les prisons se sont trouvées dans un véritable « état d'urgence sanitaire »(2). La réforme du 18 janvier 1994 est adoptée(1). En effet, le Haut Conseil de la santé publique considère que cette réforme doit s'inscrire dans un objectif de préservation de la santé de la population générale, puisque les détenus sont majoritairement incarcérés pour des périodes de courte durée et présentent ainsi un certain nombre de risques pour eux-mêmes et pour le milieu libre qu'ils vont retrouver(23).

La réforme du 18 janvier 1994 (1) confie ainsi la prise en charge médicale des patients-détenus à l'hôpital. Cette réforme apporte un progrès considérable sur le plan sanitaire(15).

Cette législation a permis d'accorder au détenu une couverture sociale et de lui permettre d'accéder à des soins comparables à ceux dispensés en milieu libre. Depuis le

1<sup>er</sup> janvier 1994, l'affiliation à l'assurance maladie et maternité du régime général de la Sécurité sociale est obligatoire pour toute personne détenue, française ou étrangère (article L.381-30 du Code de la Sécurité sociale)(24). L'État acquitte les cotisations sociales et finance également la part qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie.

Chaque établissement pénitentiaire est alors couplé avec l'établissement public de santé de proximité. Ce dernier a la responsabilité de la prise en charge de l'ensemble des soins, à la fois au sein de la prison par l'institution d'une permanence médicale, et à l'hôpital par l'accueil en consultation spécialisée ou en hospitalisation. Selon le décret du 27 octobre 1994(10), l'hospitalisation d'urgence est orientée en première intention sur l'hôpital de rattachement.

Au 1<sup>er</sup> janvier 1994, près de 250 médecins et 313 infirmiers sont recrutés pour prendre en charge la santé des détenus. L'accès aux soins est assuré par une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). Les UCSA sont des unités d'établissements hospitaliers. Une convention est signée par le directeur de la prison et le directeur de l'hôpital.

L'indépendance du personnel soignant a permis l'instauration de droits qui étaient jusqu'alors refusés aux personnes détenues, parmi lesquels le libre accès aux soins, le secret médical et la non-discrimination en raison du motif d'incarcération(23).

Malgré cette indépendance totale, la collaboration des professionnels de santé et des surveillants au quotidien apparaît incontournable dans la mesure où ces derniers ont un rôle important en termes d'accès des patients au médecin, de surveillance au sein du service médical, de repérage des problèmes de santé des détenus. Les surveillants peuvent contribuer efficacement à l'amélioration de l'organisation des soins en détention(2).

Dans les UCSA, les règles d'éthique sont les mêmes qu'ailleurs : les détenus sont des patients comme les autres et les médecins exerçant en milieu pénitentiaire sont soumis aux mêmes règles déontologiques que les autres, notamment en termes de respect du secret médical.

Les principales missions de l'UCSA s'articulent autour de quatre axes :

- les soins en milieu pénitentiaire qui comprennent l'ensemble des prestations de médecine générale, la fourniture des produits à usage médical ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques, l'activité de soins infirmiers incluant la distribution de médicaments, les soins dentaires, les consultations spécialisées, les examens de laboratoire et la permanence des soins en dehors des heures de présence du personnel soignant ;
- l'organisation de l'accueil et de la prise en charge par l'établissement de proximité des consultations ou examens nécessitant le recours à un plateau technique, ainsi que les hospitalisations urgentes ;
- la préparation du suivi sanitaire à la sortie, en liaison avec le service socio-éducatif de l'établissement pénitentiaire (faire le bilan de l'état de santé du patient au terme de sa détention et assurer la continuité des soins) ;
- la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé et l'élaboration d'un programme annuel et pluriannuel de prévention et d'éducation pour la santé(2)(13).Elles sont prioritairement orientées vers les problèmes de santé liés aux comportements à risque : addictions et maladies sexuellement transmissibles. Elles sont menées en relation avec des intervenants extérieurs, notamment les centres gratuits d'information de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales

et les infections sexuellement transmissibles, les Conseils généraux et avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).

L'UCSA organise, en liaison avec l'établissement de santé de proximité de référence, les consultations qui requièrent un plateau technique absent en milieu pénitentiaire ainsi que les hospitalisations urgentes ou programmées de moins de 48h(23).

La visite médicale d'entrée est prévue par l'article D.285 du Code de procédure pénale. Elle doit être effectuée dans les délais les plus brefs après l'arrivée du patient en détention et a pour objectif principal de déceler toute affection contagieuse ou évolutive qui nécessiterait des mesures d'isolement ou des soins urgents. C'est une visite obligatoire au cours de la détention, tout comme le sont les visites bihebdomadaires en quartier disciplinaire et en quartier d'isolement, et les visites pour le suivi des grévistes de la faim. Elle permet également de réaliser un premier bilan de l'état de la santé, et des risques somatiques et psychologiques potentiels du patient. Un dépistage de la tuberculose est prévu. Le dépistage du VIH, des hépatites et la vaccination contre l'hépatite B sont proposés et une information est donnée sur les modes de transmission des virus, les moyens de prévention et les traitements possibles en cas de pathologies déclarées.

L'accès aux soins dentaires représente un des motifs de requête les plus fréquents au sein des UCSA. Les soins dentaires représentent un soin esthétique symbolique pour les personnes détenues.

## **2.3 Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR)**

### **2.3.1. Historique**

La prison a toujours abrité des personnes souffrant de pathologies psychiatriques. Mais l'entrée de la psychiatrie dans l'univers carcéral date de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle(3). C'est à cette période que Pinel déclare que les aliénés « loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante »(3)(23). Pinel et Esquirol révolutionnent le concept de maladie mentale, le « fou » devient un malade susceptible de recevoir des soins. L'isolement devient un moyen thérapeutique et non plus un moyen de répression. En 1876, la maison centrale de Gaillon est créée pour accueillir les condamnés aliénés et épileptiques. Les déments irresponsables peuvent alors être orientés vers les asiles psychiatriques(23).

La Charte de la réforme pénitentiaire de P. Amor de 1945 préconise la mise en place dans chaque établissement pénitentiaire d'un service social et médico-psychologique afin « d'éclairer la justice par le dépistage et le traitement des délinquants mentalement anormaux »(3). Initialement, les psychiatres n'avaient qu'un rôle d'expertise.

Mais en 1977, les centres médico-psychologiques régionaux sont institués. Pour la première fois, un texte législatif incite à un travail thérapeutique. La circulaire interministérielle Santé-Justice du 28 mars 1977 autorise le transfert en hôpital psychiatrique sous le régime du placement d'office des détenus présentant des troubles mentaux rendant impossible leur maintien dans un cadre carcéral(23)(25).

En 1986 les SMPR ont été créés dans les établissements pénitentiaires. Ces secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire constituent des services hospitaliers à part

entière, dépendant de l'établissement de santé auquel ils sont rattachés(15). Ils ne sont pas sous la tutelle du ministère de la Justice.

### **2.3.2 Les missions du SMPR**

Leurs missions sont d'organiser l'accueil des arrivants afin de dépister les pathologies mentales, d'assurer les soins psychiatriques et d'organiser un suivi psychiatrique à la sortie de prison. Les SMPR assurent également une mission de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme. Ils coordonnent également les soins psychiatriques au sein des établissements pénitentiaires alentour.

Les soins psychiatriques doivent être assurés comme s'il s'agissait d'un cabinet de psychiatre ou d'un centre médico-psychologique en milieu carcéral : par des suivis ambulatoires.

Les SMPR jouent également un rôle dans le repérage et la prise en charge du risque suicidaire.

Les SMPR sont impliqués dans la prise en charge psychiatrique des auteurs d'agression sexuelle. Cette prise en charge se situe à l'intersection de plusieurs champs : le social, le pénal et le médical. Tous les auteurs de violences à caractère sexuel ne relèvent pas d'une prise en charge psychiatrique, mais nombre d'entre eux présentent une pathologie mentale en lien avec l'agression commise.

Les SMPR réalisent des soins avec le consentement du patient-détenu.

Seuls les soins psychiatriques sur la demande d'un représentant de l'État ou pour péril imminent ont lieu en milieu hospitalier, dans les établissements habilités à recevoir les malades hospitalisés sous contrainte.

Il y a une grande disparité en France concernant la présence des SMPR et certains établissements pénitentiaires n'ont pas la possibilité de faire appel à des psychiatres. Les prisons qui ne sont pas dotées de SMPR dépendent du secteur psychiatrique sur lequel elles sont implantées. Le chef de service du secteur a alors la responsabilité d'organiser les consultations dans l'établissement concerné. De ce fait, le temps médical est moindre et les prises en charge sont souvent plus ponctuelles(23).

### **2.3.3. Pathologies psychiatriques en détention**

La vie en prison peut entraîner des pathologies psychiatriques et plus particulièrement deux catégories de troubles mentaux. Geneviève Guérin le décrit dans son rapport *La santé en prison* « D'une part les troubles qualifiés de réactionnels regroupent : dépression, anxiété, insomnie, voire agitation ou épisodes délirants qui sont consécutifs soit à l'enfermement en lui-même, soit à la rupture qu'il occasionne, soit encore à l'acte qui est à l'origine de l'incarcération. D'autre part, des troubles qui relèvent du défaut d'interaction avec l'environnement »(23). L'incarcération peut également faire décompenser des pathologies jusque-là inexprimées : schizophrénie, psychoses, etc.

La vie en prison, par le cadre de vie rigide qu'elle impose, peut également faire décompenser un certain nombre d'états pré-pathologiques. Le quartier disciplinaire est aussi fortement pourvoyeur de décompensation de pathologies psychiatriques.

Il y a une augmentation du nombre de personnes arrivées en détention qui devraient bénéficier davantage d'une hospitalisation en psychiatrie que d'une

incarcération. En effet, certaines condamnations ont lieu pour que les victimes puissent faire leur deuil, alors que les malades non responsables auraient dû bénéficier d'un non-lieu. Par ailleurs, de plus en plus d'experts pensent que la condamnation et l'incarcération du malade mental ont des vertus thérapeutiques. Ils concluent alors à une altération et non à une abolition du discernement au moment des faits(23). Ainsi, le nombre de non-lieux prononcés en dix ans a été divisé par cent. Geneviève Guérin, dans *Santé en prison*(23), ajoute que « la constatation d'une atténuation du discernement devrait entraîner une plus grande clémence de la part des juges ; or on assiste généralement à une peine prononcée plus sévère que si l'individu avait été considéré sain d'esprit. En effet, les attentes sécuritaires de la société ainsi que l'idée que les hôpitaux psychiatriques ne remplissent plus leurs missions aboutissent à la condamnation plus lourde des malades atteints de pathologies psychiatriques. Ensuite, les procédures de comparution immédiate, dont le champ d'application a été récemment étendu, entraînent également l'incarcération de bon nombre de malades mentaux, soit parce que leur trouble n'est pas apparu au tribunal, soit parce que les juges ont de plus en plus le sentiment que l'on peut être soigné en prison de la même façon qu'à l'extérieur ».

Les agents pénitentiaires ne sont pas formés pour prendre en charge une telle population. Ainsi, face aux problèmes engendrés par certaines pathologies psychiatriques, le quartier disciplinaire ou le quartier d'isolement est le seul recours utilisable tant pour protéger les malades que leurs codétenus et le personnel de surveillance(23).

## 2.4 L'UHSI

L'UHSI est l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale. Il s'agit d'une unité au sein d'un établissement de santé, qui gère la prise en charge des hospitalisations programmées de plus de 48 heures des personnes détenues.

Pour les autres hospitalisations (urgentes ou moins de 48h), les personnes détenues sont accueillies dans les établissements de santé affiliés à leur établissement pénitentiaire. Les UHSI sont sécurisées par les forces de l'ordre et l'administration pénitentiaire. Ces unités permettent aux détenus de bénéficier de tous les soins nécessaires en ayant accès à l'ensemble du plateau technique de l'hôpital où elles sont implantées. Les durées de séjour y sont toutefois plus longues que dans les autres services hospitaliers, en raison notamment de l'état de santé souvent dégradé des personnes détenues et des conditions de détention qui ne permettent pas d'assurer la suite des soins dans des conditions satisfaisantes(26).

Les objectifs de l'UHSI sont :

- d'améliorer les conditions d'hospitalisation des détenus par rapport à une hospitalisation en service standard ;
- de permettre une sécurité renforcée autour des personnes détenues ;
- de permettre une meilleure prise en charge médicale des patients nécessitant des soins ou des explorations prolongés(27).

Les conditions de vie en UHSI sont considérées par les patients comme “plus dures” que celles en détention simple. En effet, les patients n'ont pas le droit de fumer, il n'y a pas de cours de promenade, pas d'activité organisée, pas d'accès au téléphone et les conditions nécessaires à la mise en place parloirs et de visites sont complexes. Par

ailleurs, la liste de produits cantinables est restreinte par rapport aux établissements pénitentiaires. C'est pour cela que plusieurs hospitalisations se soldent par une sortie contre avis médical, les patients ne pouvant pas supporter ces conditions de détention.

L'accès au droit peut être réalisé de la même façon qu'en détention, les parloirs avocats sont autorisés, l'assistance sociale du service fait le lien avec les SPIP(28).

## **2.5L'UHSA**

Les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), accueillent les personnes détenues atteintes de pathologies psychiatriques.

Les modalités de fonctionnement des UHSA ont été définies conjointement par le ministère de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur.

L'UHSA est une unité hospitalière implantée au sein d'un établissement de santé, elle est sécurisée par l'administration pénitentiaire. Celle-ci assure les transferts, le contrôle des entrées et des sorties, mais n'est pas présente au sein de l'unité de soins, sauf en cas de demande du personnel soignant.

Ces unités permettent l'hospitalisation complète en psychiatrie des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, qu'il n'est pas possible de maintenir dans une structure pénitentiaire classique(27). Les hospitalisations en UHSA peuvent être libres ou sous contrainte(29).

Les détenus sont écroués dans l'UHSA. Le délai d'attente moyen étant de onze jours, cette structure n'est pas adaptée aux hospitalisations d'urgence(16). Les durées des séjours en UHSA sont en moyenne d'un à trois mois(16).

L'UHSA peut accueillir des femmes et des personnes mineures, par exception aux principes pénitentiaires de séparation des détenus majeurs et mineurs, femmes et hommes.

Les communications et les visites sont réalisées dans les limites de la réglementation pénitentiaire. Les familles et proches sont informés dans le respect des règles de sécurité.

La sortie d'UHSA peut se faire vers l'établissement pénitentiaire d'origine, vers un établissement comprenant un SMPR, ou vers une unité pour malades difficiles(30).

## **2.6 L'EPSNF : établissement public de santé nationale de Fresnes**

Dans l'attente d'un nouveau dispositif national pour l'hospitalisation de longue durée, c'est l'hôpital public de santé nationale de Fresnes qui demeure le lieu privilégié de l'administration pénitentiaire. Il s'agit d'un hôpital d'une capacité de 80 lits d'hospitalisation. L'établissement possède un service de médecine, un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) avec une orientation en médecine physique et de réadaptation, disposant d'un plateau technique (appareillage, podologie, ergothérapie, kinésithérapie, neuropsychologie, orthophonie), et un service de SSR polyvalent ainsi qu'un service de consultation, d'endoscopie et d'imagerie(31).

Le maintien des liens familiaux sont possibles, notamment grâce à l'unité de vie familiale.

Cette destination est souvent rejetée à cause de la distance avec la famille et les conditions de vie et de convalescence extrêmement difficiles. Les refus de soins sont la conséquence directe de cela (13).

### **3 – La difficulté des soins en prisons**

#### **3.1 Spécificité des soins en prison**

##### **3.1.1 La spécificité du milieu carcéral**

La pratique de la médecine en milieu carcéral est soumise à plusieurs contraintes. Les contraintes sont autant liées au milieu carcéral lui-même qu'à la population particulière que sont les détenus.

Le milieu impose des contraintes organisationnelles et des contraintes sécuritaires qui sont établies par l'administration pénitentiaire. Les gardiens veillent au bon déroulement des procédures de mouvements et à la sécurité. L'accès à la santé en milieu pénitentiaire résulte donc d'une collaboration entre le personnel médical, le personnel pénitentiaire et le détenu.

L'intermédiaire du surveillant reste nécessaire pour l'accès aux soins. Les surveillants ne connaissent pas les pathologies des détenus en raison du secret médical. Ils ne sont pas formés spécifiquement à l'évaluation des besoins des patients-détenus en matière de soin. Il est donc parfois difficile pour eux, lorsqu'ils sont sollicités par les patients qui souhaitent une consultation médicale, de prioriser les demandes. On ne peut donc pas dire de façon générale que les patients-détenus ont un libre accès aux soins, du fait de cette médiation obligatoire. Cette procédure passe, en général, par une demande

écrite (hors urgence) et peut également être source de délais et un frein pour les personnes illettrées.

Un autre problème rencontré concerne le libre choix du praticien. Ce choix n'existe pas pour les personnes détenues. Elles sont tenues d'être soignées par les médecins présents dans l'établissement pénitentiaire qui les héberge. Les établissements disposant de plusieurs médecins peuvent néanmoins organiser une manière de choix pour les détenus mais celui-ci reste de toute façon très formel entre deux ou trois personnes(23).

Les parloirs, les audiences chez un magistrat, le transfert vers un autre établissement pénitentiaire, etc. interfèrent avec la prise en charge sanitaire. L'emploi du temps des détenus leur reste souvent largement inconnu, ce qui a pour conséquence l'annulation de consultations de généralistes, mais aussi de consultations des autres spécialistes qui ne viennent que ponctuellement à l'UCSA. Il en va de même pour des consultations hospitalières parfois fixées plusieurs semaines à l'avance.

En termes d'environnement, l'insalubrité et la vétusté d'un grand nombre d'établissements sont des facteurs défavorables au maintien des normes d'hygiène(15)(23).

Il existe une importante surpopulation dans le milieu carcéral, notamment en maison d'arrêt où la promiscuité est importante. Cette promiscuité facilite la propagation de maladies infectieuses (gale, tuberculose, etc.)(23).

Les conditions de détention favorisent les comportements à risque : tabagisme, surconsommation médicamenteuse, prises de drogues illicites, etc.(23).

La convalescence des patients-détenus est particulièrement précaire. L'absence de droit du travail et de congés de maladie oblige les détenus les plus pauvres à ne pas respecter les prescriptions médicales d'arrêt de travail. Les médecins sont quant à eux réduits à une intervention très limitée sur ces conditions de vie et de travail.

Toutes ces mauvaises conditions de vie sont, en elles-mêmes, pathogènes pour le patient-détenu.

La permanence d'accès aux soins doit être organisée par le médecin responsable de l'UCSA, ainsi que les modalités de recours à un médecin en cas d'urgence. Pendant la période de présence de l'équipe hospitalière, les urgences sont assurées par les médecins et les infirmières. En dehors de ces périodes, c'est-à-dire la nuit, les week-ends et jours fériés, seuls les plus grands établissements bénéficient d'une garde médicale sur place ou d'une astreinte spécifique. La réponse aux demandes d'interventions de l'établissement pénitentiaire doit alors être assurée par le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) de l'hôpital pour les urgences vitales. Les urgences de médecine générale relèvent d'autres systèmes prévus localement par une convention : système de garde libérale ou urgentistes libéraux de type SOS Médecins.

Dans tous les cas, la permanence des soins en urgence présente deux difficultés majeures. Pour le personnel pénitentiaire, premier interlocuteur de la personne détenue, il s'agit de savoir s'il faut donner l'alerte ou non. Le médecin de garde, tout comme le surveillant, n'a pas accès au dossier médical de la personne concernée.

L'UCSA doit organiser le suivi médical à la sortie de la détention, en collaboration avec les SPIP. La visite médicale de sortie n'est actuellement pas obligatoire. Dans les maisons d'arrêt en particulier, la libération peut intervenir à tout moment sans information préalable de la personne détenue. Dans tous les cas, les personnes détenues ont deux heures pour quitter la prison après leur libération et l'administration pénitentiaire, qui au-delà serait responsable de détention abusive, veille à ce que ce soit appliqué. Ainsi, seuls 2% des patients environ passent par le service médical avant leur libération (chiffre datant de l'année 2001)(23).

Pour les patients-détenus qui sont atteints de pathologies graves et surtout stigmatisantes, comme l'infection par le VIH, l'ensemble des relations carcérales exerce une pression constante pour divulgation de ces maladies. La préservation de l'intimité médicale est alors compliquée pour les patients.

Avec l'évolution de la population carcérale, les prisons françaises seront de plus en plus confrontées à la prise en charge du handicap, des incapacités et de la dépendance, notamment des personnes âgées. C'est ce que M.-H. Lechien et M. Bessin rapportent dans leur rapport *Soignants et malades incarcérés, conditions, pratiques et usage des soins en détention*. « Pour l'instant, presque aucune mesure n'est prévue à cet effet. C'est aux personnels pénitentiaires de répondre ponctuellement à certaines situations, avec des aménagements souvent insuffisants. La prise en charge des prisonniers dépendants revient donc largement aux codétenus. Ceux qui sont atteints de maladies incurables ou de troubles psychiatriques incarnent surtout, aux yeux des autres prisonniers, l'abandon de soi et parfois la mort, ce qui donne parfois la sensation que le système pénitentiaire a

remporté la victoire avec la destruction de détenus transformés en “fous“ ou en “épaves“ »(13).

Les codétenus sont souvent en position de faiblesse dans ces situations. Rien ne définit leur place dans le système carcéral. « Ils peuvent donc apporter leur aide aux malades incarcérés mais aussi monnayer leur aide ou choisir mettre ces personnes en situation de handicap à l'écart pour les “punir“ de leur handicap. De fait, ils sont indirectement mais souvent sollicités dans la prise en charge de la santé : aide à la rédaction de courriers pour les UCSA et les SMPR, soutien matériel et parfois affectif aux malades en convalescence, signalements, engagement dans des groupes de paroles autour de l'alcoolisme, etc. Certains détenus tentent d'utiliser ce “volontariat“ comme un moyen de négociation avec l'administration pénitentiaire notamment pour obtenir des réductions de peine supplémentaire. Ces détenus revendiquent l'instauration d'un « bénévolat sanitaire » en prison. Cette nécessité pose la question de l'autonomie et de la dignité des détenus, du statut des pratiques d'entraide »(13).

### **3.1.2 La spécificité des patients-détenus**

Dans le mémoire *Enjeux éthiques et mode d'accès aux soins en milieu pénitentiaire* de L. Bonnardot(2), 100 % des praticiens travaillant dans les UCSA considèrent les détenus comme des patients comme les autres, mais 25 % notent qu'ils forment un sous-groupe particulier 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.

Les praticiens considèrent également les détenus comme des patients « exigeants », « demandeurs », « méfiants » et pour lesquels la relation de confiance peut être difficile à établir.

La cohorte de patients en milieu carcéral diffère de ceux du milieu libre en plusieurs points. La Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (Drees) le met en évidence dans *État de santé des détenus*(2006) (22). Les résultats sont les suivants.

La population carcérale est à 95% masculine et il n'y a pas de mixité hommes-femmes(13). Bien que l'on note un vieillissement de la population carcérale depuis une trentaine d'année, il s'agit d'une population jeune (31,7 ans) (14).

Par ailleurs, la plupart des détenus viennent de milieux socialement et économiquement défavorisés. Ces patients sont plus à risque pour certaines pathologies puisque l'accès à des soins n'était pas forcément possible pour eux en milieu libre. En effet, 17,5% des entrants disent ne pas avoir de protection sociale à leur arrivée en prison. À l'arrivée, cette population apparaît le plus souvent sans activité professionnelle, dispose de revenus faibles et comporte une forte proportion d'étrangers. 5% se déclarent sans abri et 10% hébergés dans un domicile précaire. Les hommes des classes populaires sont surreprésentés parmi les détenus. Ils ont en général fait des études courtes : plus d'un quart ont quitté l'école avant 16 ans, et les trois quarts avant 18 ans. Un détenu sur sept n'a jamais exercé d'activité professionnelle, et un sur deux est ou a été ouvrier contre un sur trois dans l'ensemble de la population(22)(23).

En avril 2003, selon les statistiques de l'administration pénitentiaire, plus de 11% des personnes détenues se déclaraient illettrées.

L'histoire familiale des détenus est souvent compliquée : un détenu sur sept est parti du domicile familial avant 15 ans, et un sur deux avant 19 ans (soit trois ans de moins que pour l'ensemble des hommes)(23).

Les hommes nés à l'étranger sont plus nombreux en prison que sur l'ensemble de la population : 24% contre 13% (à noter qu'un séjour irrégulier en France est en soi un motif d'incarcération pour des populations récemment immigrées). Le médecin doit prendre en compte la diversité des cultures dans sa vision de la médecine et de la santé. Cela implique également des problèmes de communication lors des consultations du fait du grand nombre de langues différentes parlées par les patients-détenus. Cela peut altérer la relation médecin-malade et compromettre la compréhension des maladies, et donc l'observance des traitements et des soins(22)(23).

Le rapport de la Drees précise que « la population carcérale est fortement touchée par les différentes formes d'addiction. Sur cinq personnes vivant en prison, quatre fument, et près d'une consomme plus de vingt cigarettes par jour. Un tiers des entrants déclare une consommation excessive d'alcool. 32% déclarent une consommation prolongée et régulière de drogues illicites, 12% déclarent avoir utilisé de la drogue par voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie, 7% disent recourir à un traitement de substitution. 17% déclarent un traitement en cours par psychotrope (le plus souvent anxiolytique ou hypnotique). 28% des entrants déclarent au moins deux consommations à risque cumulées »(23).

« Concernant la santé mentale, 8,8% des entrants déclarent avoir été régulièrement suivis par un psychiatre et parmi eux près de six sur dix ont un traitement en cours par psychotrope. Le SMPR déclare qu'environ 55% des entrants présentaient au moins un trouble psychiatrique (55% de troubles anxieux, 54 % de troubles addictifs, 42% de

troubles psychosomatiques) et 20% avaient déjà été suivis en secteur de psychiatrie »(23)(32).

La violence contre les autres et contre soi-même est très présente en prison. Les suicides, sont sept fois plus fréquents que dans la population générale. D'autres gestes d'auto-agression sont retrouvés dans ces populations (grèves de la faim, automutilation, etc.) qui peuvent traduire une impossibilité à exprimer le malaise que les détenus ressentent et leur sentiment d'incapacité à régler les problèmes. Contrairement à la population générale, le fait d'avoir une famille, un conjoint ou des enfants est un facteur de risque de suicide en prison car ce sont ceux " qui ont le plus à perdre " qui se suicident(23).

De manière générale, les détenus appartiennent aux classes les plus démunies de la société, n'accordent que peu de temps à leur santé et ne consultent un médecin que dans l'urgence. En détention, le personnel soignant lutte pour éduquer ces patients sur les modes de recours au soin. Les détenus sont parfois réticents à suivre ces conseils lorsque ceux-ci entrent en concurrence avec les petites " améliorations au quotidien " qu'ils trouvent pour supporter l'enfermement.

Les détenus entrent également en conflit avec les UCSA notamment lors des grèves de la faim. Le détenu recherche la mise en danger de sa santé pour faire réagir les instances pénitentiaires. Le personnel médical, à l'inverse, essaye de " limiter les dégâts " et de préserver la santé des patients. Les détenus peuvent y voir une forme " d'affiliation " des UCSA à l'administration pénitentiaire et surtout une absence de désir de compréhension des revendications du patient de la part du personnel soignant.

Les services médicaux sont des espaces un peu en dehors de l'ordre pénitentiaire. Ils sont parfois utilisés dans un but relationnel, pour oublier l'enfermement et la solitude affective. Les services médicaux sont souvent perçus comme les seuls lieux "humains" au sein des prisons(13).

La maladie peut également contribuer à la mise à distance de la condition de détenu par l'adhésion totale à l'identité de malade, qui lui permet d'échapper à la réalité présente (la prison), mais aussi à la réalité passée (les actes commis).

Les problèmes des UCSA sont également l'absence de prise en charge médicale à cause du non-recours à l'UCSA. De manière schématique, cinq formes de non-usage peuvent être distinguées et sont expliquées par M. Bessin et M.-H. Lechien dans le rapport *Soignants et malades incarcérés, conditions, pratiques et usage des soins en détention*(13):

- « le non-recours de nombreux jeunes détenus;
- l'auto-exclusion revendiquée des prisonniers qui dénoncent l'omniprésence de l'administration pénitentiaire, y compris au sein des UCSA;
- le repli des détenus dont l'état de santé physique et/ou psychologique nécessiterait des soins, mais qui se renferment sur eux et dont on ne découvre cet état de santé qu'à l'occasion de leur suicide ou de leur décès ;

- l'auto-exclusion des “ caïds “ qui construisent une sur-virilité carcérale et qui refusent les prestations sanitaires (sauf si elles sont l’occasion de réassurance masculine et de tentatives de séduction) ;
- le non-usage ou l'usage très occasionnel des détenus qui s'estiment en bonne santé et qui font une détention “ discrète “ et évitent toute complicité avec les personnels soignants »(13).

Les jeunes détenus, non-usagers par excellence, évitent tout particulièrement le SMPR. Les injonctions sanitaires ou pédagogiques peuvent être tournées en dérision. Ces jeunes peuvent avoir l’impression d’être rabaissés au statut d'enfant ou d'élève, alors qu’ils ont plutôt tendance à vouloir mettre en avant leur virilité(13).

On peut résumer le recours aux prestations sanitaires en distinguant le non-usage, l'usage contraint des hommes malades “ trahis “ par leur corps, les usages utilitaires (médicaments à usage de “ défonce “ ou réinjectés dans les trafics) et les usages de réconfort(13).

### **3.1.3 La relation de soins traversée par le soupçon**

La relation de soins au sein des UCSA est traversée par le soupçon pour de multiples raisons.

Il existe des idées préconçues sur les services médicaux. Les obstacles à la prise en charge psychiatrique peuvent être dus à une vision erronée des SMPR qui n'accueilleraient que “ les fous “, “ les pointeurs “, et les “ toxicomanes “. Cela peut

être accentué par l'intervention de temps en temps de psychiatres experts qui induisent une confusion des rôles(13).

Il existe aussi quelques croyances qui remettent en question la légitimité des professionnels qui s'occupent des détenus : « si des professionnels sont réduits à pratiquer en prison, c'est que personne ne veut d'eux à l'extérieur »(13). Cela est basé sur le principe d'expiation sociale où le détenu refuse la possibilité de pouvoir accéder à des soins identiques à ceux administrés aux personnes libres (13).

Sur le plan matériel, des soupçons sont également présents. Certains détenus pensent qu'une gamme limitée (voire périmée) de médicaments est réservée à la prison, puisque le principe de rationnement présent en prison devrait aussi s'appliquer aux soins(13).

Concernant l'accès aux soins, il est fortement réglementé. Les prisonniers peuvent solliciter par courrier les services pour un suivi ou une visite ponctuelle. Le recours au courrier, transmis parfois pas l'intermédiaire des surveillants, constitue un frein pour certains détenus qui hésitent à consulter.

Du fait même de l'organisation des soins en milieu carcéral, la préservation du secret médical est difficile. En effet, tout détenu se rendant à l'unité de soins est connu, d'une part des surveillants, et d'autre part des codétenus. Cela génère chez certains patients une méfiance qui peut conduire à refuser des soins ou des traitements. Le problème de la confidentialité est également présent lors des consultations en milieu hospitalier. Dans ce cas, les personnels pénitentiaires ou les policiers chargés de la garde ont tendance à accompagner le détenu même pendant les consultations médicales. Le secret médical est donc mis à mal en prison. Mais selon le serment d'Hippocrate, et selon l'article 4 du Code de déontologie médicale(8) : « 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'éthique médicale européenne déclare que : « 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 »(33). La note du Conseil national de l'Ordre des médecins sur les aspects déontologiques de la médecine pénitentiaire, quant à elle, affirme que(34) : « les détenus sont des personnes comme les autres. Ils ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination en raison de leur détention ou de l'objet de leur incarcération. Au contraire, en tant que personnes privées de libertés, ils doivent être l'objet d'une attention spéciale, notamment si le médecin constate des sévices ou des mauvais traitements ».

Les services médicaux sont en situation de monopole en prison, ce qui empêche les détenus de pouvoir choisir leur praticien ou le type de soins. Le patient peut demander à changer de médecins mais il n'a le choix que parmi les médecins présents en détention(23).

Du côté des professionnels soignants, des soupçons peuvent également naître concernant l'authenticité des demandes de soins de la part des patients. En effet, la fréquence importante des usages détournés des médicaments modifie la relation soignante en prison. Il peut s'en suivre des simulations ou des tromperies de la part des patients pour obtenir des avantages. (13)Les médecins s'inquiètent également des limites à donner aux prescriptions de psychotropes qui allègent les souffrances de l'emprisonnement. S'ils contribuent à « assommer » les détenus, les médicaments demeurent cependant une source de perturbation en prison de par les risques de suicide et les usages détournés qui en sont faits(13)(34).

Certains détenus soulignent que le jugement sur les actes qu'ils ont commis conditionne en permanence ce regard mais aussi la façon de les soigner. Certains types de délits, souvent fortement stigmatisés, par exemple les délits sexuels, entraînent une forme de diabolisation des acteurs de ces faits. La neutralité affichée par la profession médicale est directement mise à l'épreuve en détention. Certains prisonniers ont parfois un sentiment d'illégitimité qui contribue à aggraver la méfiance vis-à-vis des soignants(13).

Enfin, la santé peut parfois être utilisée par les patients comme un outil de « chantage » envers le médecin/ou surtout le système pénitentiaire et judiciaire (grève de la faim, refus de prendre un traitement, y compris vital, etc.).

### **3.2 Extractions médicales**

Les UCSA sont des soins *ambulatoires*, et ne peuvent donc pas répondre à tous les besoins médicaux. Si un détenu doit être examiné par un spécialiste ou doit avoir des examens médicaux nécessitant un plateau technique non présent en détention, il devra être extrait vers l'hôpital de rattachement. Ce transfert doit être organisé entre l'établissement pénitentiaire, l'hôpital, et les forces de sécurité accompagnant le détenu.

Les extractions médicales pour des avis spécialisés durent en moyenne deux heures, mobilisant deux surveillants, un ambulancier, et deux à trois policiers selon la dangerosité évaluée du patient-détenu. On estime au total qu'il faut compter entre 18 et 20 heures par extractions(35). Le coût financier n'est pas non plus négligeable : chaque extraction coûte actuellement 800 € en moyenne en France (entre 400 et 1 200 € selon les escortes)(35).

Plusieurs problèmes relatifs aux escortes se posent :

- en dehors des urgences, les patients ne sont pas prévenus à l'avance de la date de l'extraction. Ainsi, si la consultation médicale à l'extérieur de la prison coïncide avec des parloirs famille, avocat, des entretiens avec le juge ou des activités au sein de la prison, il arrive que le détenu refuse l'extraction ;
- le nombre limité d'escortes ainsi que le manque d'harmonisation entre les plages horaires des escortes pénitentiaires et des consultations hospitalières obligent les UCSA à supprimer des rendez-vous et même des hospitalisations programmées pour accorder une priorité aux soins plus urgents, ce qui entraîne une perte de chance pour ceux dont la consultation a été annulée(2) ;
- les patients sont généralement reçus dans des services qui ont peu l'habitude de recevoir des détenus. Les mesures de sécurité ne sont pas toujours respectées (manque de chambres sécurisées, méconnaissance des règles). D'autre part, le personnel du centre hospitalier s'accommode mal des contraintes liées à la prise en charge de patients-détenus. Ils sont gênés par la présence de personnes menottées ou entravées, et part les demandes de passage prioritaire de la part des surveillants qui souhaitent regagner rapidement l'établissement pénitentiaire (23);
- les détenus peuvent apprécier les extractions médicales qui les font sortir de la prison pour “ prendre l'air “ et retrouver le cadre habituel de prise en charge. Néanmoins, les fouilles et les conditions de transport inconfortables sont mal vécues et sont également la source de refus de la prise en charge. Par ailleurs, les détenus redoutent surtout la “ mise en scène sécuritaire “ que donnent à voir en public les menottes et les entraves,

particulièrement stigmatisantes (parfois portées même pendant les interventions chirurgicales)(13) ;

- certaines visites médicales à l'hôpital peuvent parfois paraître superflues aux yeux des surveillants notamment pour des visites de contrôle qui ne durent que quelques minutes, ce qui leur paraît inadapté au vu des moyens humains mobilisés et du temps passé(13) ;

- les conditions de vie en chambre sécurisée sont plus restrictives que les conditions de détention. Le droit fondamental du maintien des liens familiaux n'y est pas respecté. C'est pourquoi de nombreuses personnes détenues renoncent aux soins en raison de ces conditions d'hospitalisation(36)(37) ;

- le respect du secret médical est un droit pour le patient et un devoir absolu pour le médecin. La présence des personnels de l'escorte lors des consultations ou des examens médicaux ne permet pas d'assurer ce droit. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) recommande que les consultations médicales se déroulent hors de la présence d'une escorte et que la surveillance soit indirecte (hors de vue et d'oreilles du patient-détenu). Ces mesures ne sont pas toujours respectées(13)(36)(37).

Les annulations des extractions médicales sont fréquentes. Les trois principales causes en sont imputables :

- à l'administration pénitentiaire en cas de révélation de la date de consultation ou de transfert intercurrent ;

- au problème d'escorte ;

- au patient lui-même, qui refuse la consultation à cause du port des entraves mains et pieds, ou à cause de la date qui coïncide avec une obligation personnelle ou judiciaire(2).

Plusieurs pistes sont envisagées par les services pour répondre aux problèmes posés par les extractions. Deux possibilités existent : l'une consiste à renforcer les moyens des services pour contenir le plus possible les malades en prison (avec l'utilisation notamment de la télé médecine) ; l'autre tend plutôt à faciliter l'accueil des détenus à l'hôpital, quitte à aménager le dispositif sécuritaire(13).

Le CGLPL rappelle la nécessité de prévoir des procédures d'accueil et des lieux spécifiques dans les établissements de santé.

D'autres mesures peuvent également être proposées : aménagement de peines pour raisons médicales, permissions pour consultations à l'hôpital, etc.

### **3.3 Accès aux soins spécialisés**

Parmi les problèmes relatifs à la santé des détenus, celui de l'accès aux soins spécialisés est une priorité(2)(37)(38).

Devant la difficulté technique et le coût des extractions pour raison médicale, les établissements les plus importants proposent des consultations spécialisées à l'intérieur de la prison. Cela est notamment le cas à l'UCSA de Nantes, avec la présence de consultations ponctuelles de dermatologie, d'ophtalmologie, de cardiologie, d'hépatologie, de gastro-entérologie, d'orthopédie et d'oto-rhino-laryngologie.

Parmi les spécialités les plus sollicitées, quatre couvrent les deux tiers des demandes : la chirurgie (notamment la traumatologie mais aussi le suivi post-opératoire), la dermatologie, la cardiologie et l'ophtalmologie(2).

Les équivalents temps plein des spécialistes en prison sont très faibles (en moyenne 0,4 équivalent temps plein pour un établissement de 600 détenus). Ce temps est censé couvrir des besoins en avis spécialisé dans les 24 spécialités mais il inclut également les interventions des masseurs kinésithérapeutes et le temps de présence des manipulateurs en radiologie(2).

Le problème de la difficulté d'accès aux soins spécialisés est national et touche autant la population générale que les détenus. Pour les détenus, à cela viennent s'ajouter les problèmes inhérents aux extractions médicales et la faible motivation des équipes spécialisées à venir consulter en prison. C'est pourquoi des solutions telles que la télé-médecine ont été proposées.

## **4- La télé-médecine**

### **4.1 Définition**

La télé-médecine est un acte médical réalisé à distance grâce à l'usage des technologies de l'information et de la communication (TIC) (définition de l'OMS). Cela peut aller du simple avis téléphonique à une consultation *via* une vidéo en très haute définition à laquelle peut s'ajouter des équipements de télé-métrie : appareils de mesure des paramètres vitaux, stéthoscope digital, caméra, otoscope(39).

La télémédecine existe depuis l'invention du télégraphe (1843), puis du téléphone (1876) qui autorisa les premières consultations téléphoniques.

La loi précise que la télémédecine « met en rapport entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant d'autres professionnels apportant leurs soins au patient »(40). Ainsi, l'acte de télémédecine doit être considéré comme un acte médical à part entière.

La télémédecine peut être déclinée en plusieurs catégories d'actes :

- la téléconsultation a pour objet de permettre à un professionnel du monde médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient au cours de la téléconsultation ;
- la télé-expertise qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge du patient ;
- la télésurveillance qui permet la transmission et l'interprétation par un médecin d'un indicateur clinique, biologique et radiologique d'une maladie, et le cas échéant de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient;
- la téléassistance qui donne la possibilité à un professionnel de santé d'assister un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte(39)(41) ;

- la régulation, par l'appel médical, notamment auprès du service d'aide médicale urgente (SAMU).

#### **4.2 Le plan national de la télémédecine en France**

Les pouvoirs publics français ont mis au point une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine dans cinq domaines jugés prioritaires pour améliorer l'accès aux soins :

- l'accès des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral ischémique au traitement thrombolytique, s'ils en relèvent, dans un délai compatible avec une efficacité thérapeutique optimale ;
- l'accès de tout citoyen à une permanence de soins en imagerie médicale 24 heures sur 24, sept jours sur sept ;
- une amélioration des soins aux détenus ;
- la continuité des soins au domicile pour les patients atteints de maladies chroniques, notamment celles liées au vieillissement, en constante progression ;
- l'accès des personnes vivant en établissements médico-sociaux à des téléconsultations/télé-expertises médicales, qu'elles soient de premier ou de second recours(42).

Ce plan national de télémédecine a été déployé à partir du second semestre 2012 dans chaque région française sous la responsabilité des Agences Régionales de Santé (ARS).(39)

### 4.3 Cadre légal

Comme tout acte médical, les actes de télémédecine doivent être encadrés par des lois. La télémédecine est une pratique médicale à distance et les règles déontologiques sont celles de la pratique médicale usuelle qui doit se conformer aux articles R. 4127-1-R. 4127-68-1 du Code de santé publique(39).

La loi française de 2009, concernant la télémédecine, a été alors précisée dans son décret d'application du 19 octobre 2010 (43) pour les cinq actes de télémédecine et les conditions de leur mise en œuvre. Elle instaure ainsi des règles permettant aux professionnels de santé de sécuriser leurs pratiques professionnelles. Ces règles s'inspirent de la déontologie médicale et du droit des patients. Pour le reste, la télémédecine s'inscrit dans le droit commun de l'exercice médical et dans le droit des patients(39).

Le décret publié au Journal officiel, du 21 octobre 2010, actif au 1<sup>er</sup> janvier 2011 autorise la télémédecine, dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires, article 78(40).

L'exercice de la télémédecine respecte le droit commun des personnes. Les actes de télémédecine doivent être réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne, sachant que tout consentement doit être précédé d'une « information claire, loyale et appropriée » donnée par le médecin et non par un professionnel de santé non médical ou un autre tiers. L'information préalable à tout acte médical est aujourd'hui une obligation légale pour tout médecin qui exerce la profession médicale. Cependant, il doit être précisé que l'information comme le recueil du consentement dans la pratique de la télémédecine se dédouble. En effet si le médecin demeure tenu d'informer et de recueillir le

consentement du patient en ce qui concerne l'acte médical envisagé, il doit en plus l'informer et recueillir son consentement quant à l'usage du procédé de télémédecine lors de sa prise en charge médicale.

L'exercice des actes de télémédecine nécessite la possibilité d'accéder au dossier médical du patient, afin d'y faire figurer les conclusions de l'acte télé-médical et les éventuels incidents techniques intervenus au cours de cet acte(39).

Le patient peut donner son consentement par voie électronique selon le décret du 19 octobre 2010(43), et peut le retirer à tout moment.

Les conditions de mise en place de la télémédecine sur les plans techniques et organisationnels sont décrites également à l'article 2 du décret(43). Le décret précise que « chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant l'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte (par la carte professionnelle de santé), l'identification du patient (par la visioconférence), l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte (c'est-à-dire l'obligation d'ajouter un système d'information au sein du dispositif de télémédecine) lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine (en particulier si la télésurveillance médicale inclut une action d'éducation thérapeutique) ». Le résumé horodaté de l'acte de télémédecine doit figurer dans le dossier médical du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant au cours de l'acte ainsi que le compte rendu de la réalisation de l'acte, les actes et les prescriptions médicamenteuses effectuées dans le cadre de l'acte de la télémédecine et l'identité des professionnels de santé participant à l'acte(39)(43).

Le médecin doit se soumettre au secret médical, y compris dans l'usage de la télémédecine. Il doit faire respecter ce secret tout en faisant circuler des informations médicales concernant le patient par voie électronique. Le respect de cette obligation est possible grâce au secret médical partagé(44).

Au cours d'un acte de télémédecine, plusieurs médecins interviennent. En cas d'erreur, le patient peut être amené à agir aussi bien à l'encontre du médecin physiquement présent, qu'à l'encontre du médecin consulté. P. Simon décrit, dans *Le décret français de télémédecine, une garantie pour les médecins*(39), que « les deux médecins exercent leur activité de manière complémentaire et autonome. En effet, celui qui examine physiquement le patient est indispensable, c'est lui qui transmet les données perçues. Il doit donc pouvoir discerner celles qui sont nécessaires pour la transmission et celles qui ne le sont pas. S'il transmet trop d'informations, il peut violer la vie privée du patient et ainsi entraver le secret médical. S'il n'en transmet pas suffisamment, il peut commettre une faute professionnelle. Celui qui est consulté pour l'avis est responsable du diagnostic qu'il rend, et dans ce sens il engage sa responsabilité. Ainsi, les différents médecins participant à l'acte de télémédecine qui ont chacun recueilli le consentement du patient sont liés par différents contrats médicaux qui conduisent à un partage de la responsabilité. En revanche, lorsque l'acte de télémédecine nécessite l'intervention d'un personnel paramédical, ce n'est pas ce personnel qui engage sa responsabilité mais bien le médecin donneur d'ordre.

« Le patient bénéficie donc des mêmes droits que lors d'un acte médical traditionnel. Leur non-respect peut engager la responsabilité du professionnel.

« Le dispositif médical utilisé dans la télésurveillance médicale dépend d'un réseau numérique dédié qui transporte les données personnelles. Le réseau numérique doit être de ce fait sécurisé pour garantir la confidentialité des données transportées. Le réseau numérique grand public d'Internet ne garantit pas cette confidentialité et ne peut donc pas être utilisé dans l'exercice de la télémedecine. Il n'existe pas encore de définition précise, légale et réglementaire, du “ dispositif médical communicant “ de télémedecine dans le Code de la santé publique. Toutefois, si un patient subit un dommage à la suite d'une défaillance d'un dispositif médical ou “ produit de santé “, c'est l'utilisateur du dispositif qui devra en répondre, et ce en application d'une obligation de sécurité de résultat liée à tout usage de matériel »(39).

« Il est souhaitable que la télémedecine soit encadrée par la loi. Toutefois, la télémedecine évolue progressivement et est en avance sur les lois. En l'absence de règlement spécifique, les règles du droit commun de la responsabilité s'appliquent(44).

#### **4.4 Les enjeux de la télémedecine en détention**

Les enjeux de la télémedecine, promus par la loi HPST(40), sont l'amélioration de la santé de personnes vivant dans des déserts médicaux, le suivi de patients souffrant de maladies chroniques ainsi que le désengorgement des urgences(40).

La télémedecine va de pair avec les technologies de l'information et de la communication (TIC). Les TIC doivent être adaptées aux exigences spécifiques des activités de soins, qu'il s'agisse d'hébergement des données, de droits d'accès à l'information médicale d'outils tels que le dossier médical partagé (45).

Les enjeux de la télémédecine en milieu pénitentiaire sont multiples :

- la confidentialité avec un meilleur respect du secret médical,
- un meilleur accès au spécialiste hospitalier,
- l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins,
- une optimisation du nombre des extractions et des coûts de transport,
- la diminution des risques liés à l'extraction,
- la sécurité des personnes détenues et des personnels pénitentiaires et soignants(46).

La réduction des coûts de transport est un des principaux moyens de rentabiliser l'investissement réalisé pour la télémédecine. Ainsi, plus les populations sont en situation d'isolement, plus le coût des transferts sanitaires est élevé, plus l'utilisation de la télémédecine est rentable et permet d'amortir les coûts d'investissement. Par exemple, la maison d'arrêt d'Évreux considère faire une économie de 24 000 € par an en évitant les frais d'extraction, et cela bien que le coût initial de la plateforme (deux stations de visioconférence, avec caméras hautes définitions, ordinateur, logiciel, etc.) soit de 14 000 €. Les frais de fonctionnement et d'entretien ont été estimés à 2 700 € par an (47).

Les avantages que permet la télémédecine en milieu carcéral ne sont pas uniquement financiers. Ils concernent également la sécurité du personnel soignant et pénitentiaire et des détenus, ainsi que, dans certains cas, l'amélioration de la " qualité de vie " des détenus (en effet, les extractions mobilisant du personnel se font au détriment

des séances de parloir, comme c'était le cas dans les petites maisons d'arrêt n'ayant que peu de personnel surveillant).

La télémédecine en détention permet donc : l'amélioration de l'accès à l'offre de soins pour les détenus, la diminution de la prévalence des tentatives de suicide en détention, la formation du personnel soignant des UCSA — acquise lors des échanges avec les spécialistes lors de la téléconsultation(35).

#### **4.5 Les limites de la télémédecine**

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 et les spécialistes (2). Les autres freins évoqués dans le mémoire de L. Bonnardot *Enjeux éthiques du mode d'accès aux soins en situation d'isolement*(2) sont la difficulté d'organisation d'un réseau de télémédecine, les problèmes techniques et notamment informatiques, l'exiguïté des locaux, et un certain désintérêt des spécialistes concernant le problème de l'accès aux soins des détenus.

Il n'y a actuellement pas de nomenclature spécifique pour la télémédecine. Le mode de rémunération des spécialistes lors des consultations de télémédecine est précisé par une convention d'établissement.

En outre, 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.

Si la télémédecine 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 en face-à-face (2). 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 en face-à-face et imposent parfois de reprogrammer le patient pour une consultation classique(2).

Certaines UCSA sont sous-dotées du point de vue informatique. 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. La distance qui sépare les UCSA de l'hôpital semble être un obstacle à la prise en charge rapide des problèmes informatiques.

Les praticiens notent par ailleurs que la formation des soignants à ces nouveaux outils de télécommunication est un obstacle supplémentaire au développement des TIC (2).

Nous avons donc vu les particularités de la pratique de la médecine en milieu carcéral ainsi que les objectifs de la télémédecine dans ce cadre. La question est maintenant : qu'en pensent les principaux utilisateurs, c'est-à-dire les patients-détenus ?

## **II- Matériel et méthode**

### **1- Étude**

#### **1.1 Objectif**

La télémédecine se développe de plus en plus en milieu carcéral. Comme nous avons pu le voir, les raisons en sont les avantages financiers et organisationnels qui permettent d'avoir des avis spécialisés en évitant les extractions vers l'hôpital. La télémédecine est d'ailleurs globalement approuvée par les patients en ville (48)(49)(50)(51). En détention, les soignants étant en situation de monopole, l'accès des patients à la télémédecine est proposé par le médecin mais le refus de cette téléconsultation engendre un délai de prise en charge plus long et une extraction pour motif médical qui est souvent associée à une attente très longue, à des conditions de transport désagréables et à un sentiment d'humiliation une fois arrivé à l'hôpital. Les patients acceptent-ils donc la télémédecine pour éviter les extractions et ses inconvénients ou parce qu'ils sont réellement satisfaits de la télémédecine ? L'objectif principal de cette étude est de connaître le degré de satisfaction des patients-détenus dans l'utilisation de la télémédecine en milieu carcéral.

L'objectif secondaire est de définir les raisons du niveau de satisfaction.

#### **1.2 Méthode**

##### **1.2.1 Schéma d'étude**

La maison d'arrêt de Nantes et le centre de détention de Nantes sont des secteurs isolés du fait de leurs contraintes sécuritaires. La télémédecine y est développée depuis

plusieurs années dans le domaine de l'anesthésie, de l'hépatologie, de l'endocrinologie, et de l'infectiologie dans le cadre du suivi du VIH. Il existe une salle de la visioconférence dans l'unité sanitaire de chaque centre.

La salle de visioconférence est une salle de consultation standard équipée d'une caméra motorisée dirigée vers le patient et le spécialiste contacté, et d'un écran. Il s'agit du matériel de visioconférence VSX 7000 de la marque Polycom®.

Les patients pour lesquels une consultation de télémédecine était indiquée en étaient informés par leur médecin. Les modalités de la consultation étaient expliquées aux patients avec une feuille d'information et de recueil de consentement écrit que le patient devait retourner signée à l'UCSA [**Annexe 1**]. Pour certaines téléconsultation (d'anesthésie par exemple), les patients devaient remplir un questionnaire d'information concernant leur état de santé, antécédents, etc.(52). Le consentement et le questionnaire d'information le cas échéant étaient envoyés en amont de la téléconsultation au spécialiste. L'absence de réception de la feuille de consentement écrit signée entraînait une annulation de la téléconsultation.

### **1.2.2 Outils d'évaluation : le questionnaire**

L'évaluation de la satisfaction des patients-détenus dans l'utilisation de la télémédecine a été réalisée à l'aide d'un questionnaire de satisfaction.

L'approche utilisée pour la rédaction du questionnaire a été celle des recherches bibliographiques (*medline*, moteurs de recherches, sites spécialisés, etc.) en prenant les mots-clefs suivants : satisfaction, télémédecine, prison, télésanté, détenu. Cela a abouti à

la sélection de plusieurs questionnaires de satisfaction validés(53)(54)(55)(56)(57), issus de plusieurs études francophones ou anglophones, et qui concernaient la satisfaction des patients dans l'usage de la télémédecine en milieu ouvert ainsi qu'en milieu carcéral. Des questions spécifiques ont été ajoutées concernant la problématique du milieu carcéral et des extractions médicales.

Le questionnaire final a été réalisé en recoupant les différentes questions posées, après adaptation au milieu carcéral. Les questions ont été simplifiées, avec notamment l'utilisation de mots du vocabulaire courant et la limitation des questions interrrogatives.

Il a été fait le choix des propositions dichotomiques de réponse « oui », « non », « je ne sais pas » ou « non pertinent » afin de simplifier le questionnaire pour le patient.

L'établissement du questionnaire a été fait en fonction des questions fréquemment posées dans les questionnaires de référence étudiés.

Bien que la médecine générale soit une spécialité à part entière depuis plusieurs années, l'usage a consacré l'emploi du mot spécialiste dans le questionnaire pour mentionner uniquement le spécialiste consulté lors des entretiens de télémédecine (ici, soit l'anesthésiste, soit l'endocrinologue, soit l'infectiologue).

Dans la littérature, tous les questionnaires contenaient une question sur la qualité technique de l'entretien (caméra, écran, microphone), ce qui a été repris dans notre questionnaire (question 2).

La question 3 est plus spécifique de la détention puisque les patients sont forcément accompagnés d'un médecin lors de la consultation. Il nous a donc semblé

intéressant d'interroger le patient sur la présence d'un tiers ainsi que sur la notion de “ face-à-face “.

Dans toutes les études, il y avait, de façon quasiment systématique, une question sur la présence physique du spécialiste dans la pièce lors de la consultation, de façon générale ou plus précisément pour la réalisation de l'examen clinique (questions 4 et 5).

Par ailleurs, une question sur la satisfaction globale était présente dans la plupart des études (question 6).

Nombreuses études reprenaient la question de la qualité du travail effectué, c'est pour cela que nous avons intégré la question 8.

Le secret médical est habituellement peu abordé dans les questionnaires de satisfaction en milieu ouvert, mais dans le contexte carcéral, où le soupçon est présent, cette question nous paraissait indispensable. Par ailleurs il s'agit d'une problématique importante en télémédecine notamment en ce qui concerne la sécurisation des réseaux et des dossiers médicaux informatisés.

Concernant la question 10, elle est également spécifique au milieu pénitentiaire. Étant donné que la télémédecine a été développée en détention, entre autres choses dans le but d'éviter les extractions, et pour éviter les annulations de consultations hospitalières dues aux conditions d'extractions, il nous paraissait important de s'interroger sur ce point. Cette question n'est pas présente dans l'étude sur la satisfaction des patients-détenus en milieu pénitentiaire (étude en Louisiane<sup>(56)</sup>) car certains patients étaient quelquefois extraits vers un autre centre de détention dans le but d'avoir la consultation de télémédecine (tous les centres pénitentiaires n'étant pas munis de matériel pour réaliser la télémédecine), cette question avait alors moins de sens.

Dans les questionnaires réalisés en milieu ouvert, des questions telles que « le recommanderiez-vous à votre famille ou à vos amis ? » faisaient partie du questionnaire de satisfaction. Ces questions n'ont pas été reprises dans la mesure où cela ne peut pas s'appliquer à la prison, d'une part parce que les patients ont un contact limité avec leur famille, et d'autre part parce qu'ils n'étaient pas à l'origine de la demande de télémedecine, mais que cela leur a été proposé dans le but de simplifier l'accès à la consultation. Néanmoins, la question 7, qui interroge sur la reproductibilité de la consultation, va dans ce sens.

Les questions sur l'assistance nécessaire pour utiliser ces moyens de télémedecine, fréquemment posées dans les questionnaires étudiés, n'ont pas été sélectionnées puisque le médecin présent à l'UCSA lors des consultations de télémedecine s'occupe de cette assistance.

Les questionnaires mentionnaient les données sociodémographiques du patient : l'âge, le sexe, le numéro d'identification et d'anonymisation qui était attribué à tour de rôle à chaque patient en fonction de la date de leur entretien. Les questions suivantes concernaient le lieu de détention, la date de réalisation de l'entretien de télémedecine et de l'entretien avec le chercheur. Il s'en suivait des questions concernant la satisfaction du patient à propos de la consultation de télémedecine.

Le questionnaire a été relu et validé par le Dr Petitclerc-Roche (médecin généraliste à l'UCSA de la maison d'arrêt et du centre de détention de Nantes).

Le questionnaire contient 12 questions : 10 questions fermées et 2 questions ouvertes [**Annexe 2**].

### **1.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les patients, majeurs, francophones, incarcérés à la maison d'arrêt et au centre de détention de Nantes, ayant bénéficié d'une consultation de télé médecine complète entre le 1<sup>er</sup> mars 2017 et le 30 novembre 2017 étaient inclus.

Le critère d'exclusion était : la non-connaissance de la langue française parlée, puisque le questionnaire a été établi et validé dans la langue française. Un patient n'était inclus qu'une seule fois, même s'il lui arrivait d'avoir deux consultations ou plus de télé médecine dans l'intervalle de temps d'inclusion, y compris s'il s'agissait de deux disciplines de téléconsultation différentes.

### **1.2.4 Recueil des données**

Il s'agit d'une étude prospective, avec une série consécutive.

Le médecin généraliste sur place était en charge des consultations. Une fois le contact établi avec le CHU, les patients étaient appelés pour réaliser la consultation. Le spécialiste contacté disposait sur le dossier médical partagé (DMP) des résultats biologiques et des comptes rendus des autres spécialistes. Si besoin, le spécialiste pouvait faire appel au médecin généraliste présent sur place lors de la téléconsultation, pour obtenir des informations telles que des informations contenues dans le dossier non-informatisé du patient, ou des données cliniques (auscultation, tension artérielle, etc.).

La réalisation des questionnaires de satisfaction était faite le jour même ou quelques jours après les visioconférences selon les disponibilités. Tous les patients ayant

bénéficié de cette consultation de télémédecine étaient convoqués par une lettre envoyée avec l'en-tête de l'unité sanitaire. Les patients étaient appelés par les surveillants à l'UCSA pour la réalisation du questionnaire. Si un patient ne se présentait pas suite à sa première convocation, il était convoqué une seconde fois. Il n'y avait pas de troisième rappel, la non-venue à deux convocations était considérée comme un refus de la participation à l'étude.

Il s'agissait d'entretiens en face-à-face avec le patient. Une rapide présentation de l'investigateur était faite, puis s'ensuivait une explication sur l'objet du travail — plus ou moins longue selon l'attention que le patient portait aux propos du chercheur —, puis le questionnaire était réalisé. Dans certains cas, les patients avaient eu l'information sur le questionnaire en amont. Les patients étaient informés de l'anonymisation des données ainsi que du droit de se retirer à tout moment.

Les patients pouvaient répondre aux questions fermées par OUI - NON - je ne sais pas (NSP) - non pertinent. Ils répondaient ensuite librement aux questions ouvertes.

Si des commentaires étaient faits sur certaines questions, ils étaient notés dans la partie « commentaires libres ».

Le questionnaire était placé sous les yeux du patient et le chercheur lisait à haute voix la question en même temps que lui. Si besoin, des informations complémentaires (définition de certains mots, reformulation de la question) étaient données.

Le chercheur notait les réponses sur le questionnaire.

Le patient pouvait relire la réponse notée et la corriger si besoin.

Le questionnaire est proposé en annexe [**Annexe 2**].

### **1.2.5 Saisie des données**

Les données des questionnaires étaient saisies de façon manuscrite et anonymisées lors des entretiens. Elles étaient ensuite retranscrites sur un dossier informatique afin d'être analysées.

### **1.2.6 Aspects éthiques et réglementaires**

Une explication orale était donnée aux patient-détenus afin d'expliquer le but de l'étude, son droit de refuser ou de rétractation et la manière dont le questionnaire allait être réalisé.

Les patients donnaient leur consentement oral pour la réalisation de cette étude.

L'identité des patients a été anonymisée dès qu'ont été recueillies les informations.

## **2- Analyse statistique**

L'analyse statistique a été réalisée à partir des questionnaires en comptabilisant les réponses des patients.

La réponse était ensuite jugée comme positive (c'est-à-dire que le patient avait apprécié la consultation de télémédecine) si le patient répondait « oui » aux questions 6-8-9-10 et « non » aux questions 2-3-4-5-7 ; et négative (n'apprécie pas les consultations de télémédecine) si les réponses à ses questions étaient contraires à celles exposées ci-dessus.



## **III – Résultats**

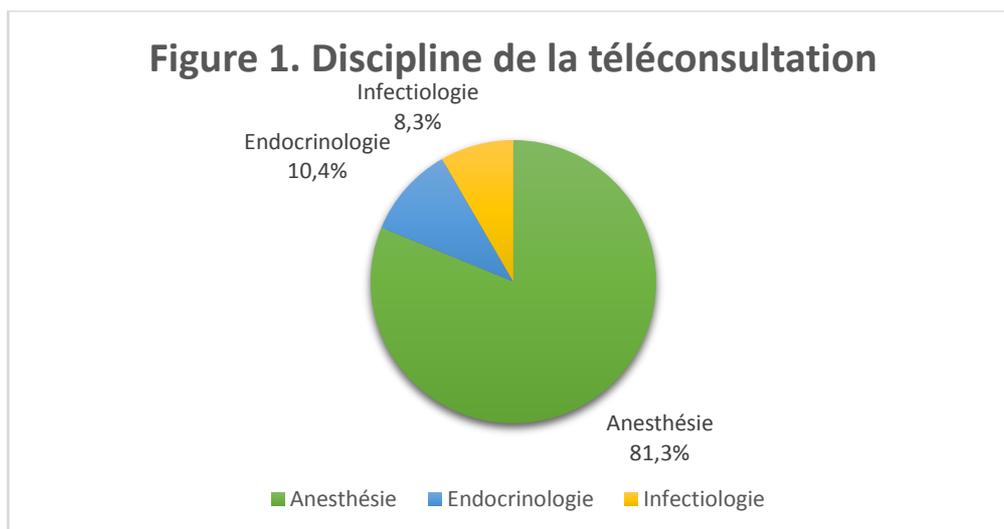
### **1 – Descriptif de la population**

Entre le 1<sup>er</sup> mars 2017 et le 30 novembre 2017, 55 consultations de télémedecine ont été réalisées au centre de détention (CD) et à la maison d'arrêt (MA) de Nantes. 48 patients ont accepté de répondre au questionnaire. Il a été nécessaire de convoquer une seconde fois trois patients. La raison de la non-venue à la première consultation n'a pas été développée, mais il ne s'agissait pas d'un refus de participation à l'étude. Un seul patient a refusé de participer à l'étude. Trois patients ont eu au moins deux consultations de télémedecine, ils n'ont été inclus que la première fois. Un patient n'a pas eu la consultation dans son intégralité. Deux patients ont été exclus de l'étude car ils n'étaient pas francophones **[Figure 2]**.

### **2 – Résultats du questionnaire**

Les patients étaient des hommes dans 97,9 % des cas (une seule femme incluse). L'âge moyen était de 38 ans avec un minimum de 18 ans et un maximum de 74 ans.

Cinq patients avaient bénéficié d'une téléconsultation d'endocrinologie (10,4 %), 39 avaient bénéficié d'une téléconsultation d'anesthésie (81,3 %) et 4 patients avaient eu une consultation d'infectiologie (8,3 %) **[Figure 1]**.

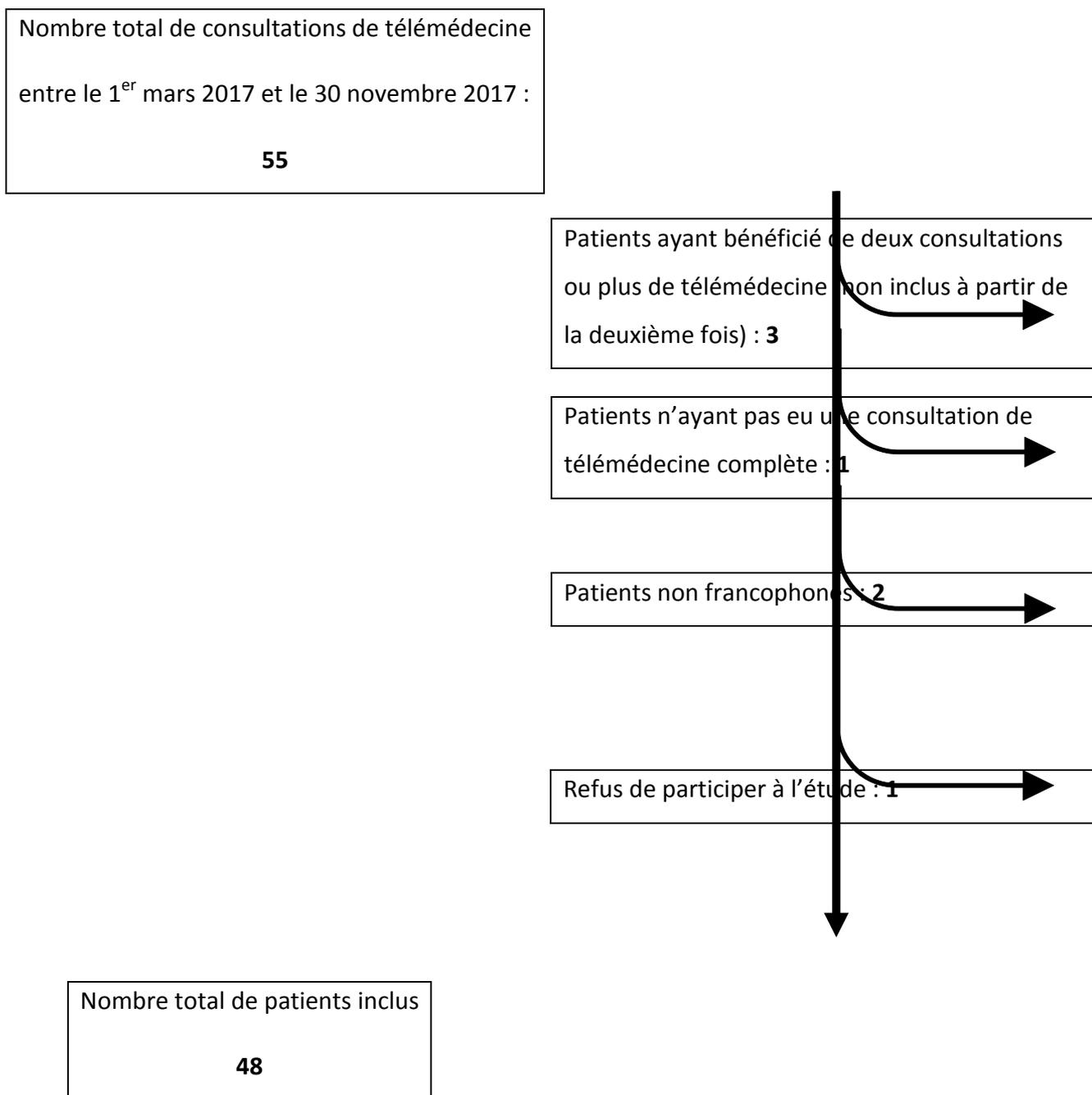


**Figure 1. Discipline de la téléconsultation**

28 patients (58,3 %) étaient en MA et 20 patients (41,7 %) étaient au CD.

Parmi les patients interrogés, douze (25 %) avaient déjà eu un entretien de télé-médecine auparavant, tandis qu'il s'agissait d'une première téléconsultation pour 36 patients (75 %).

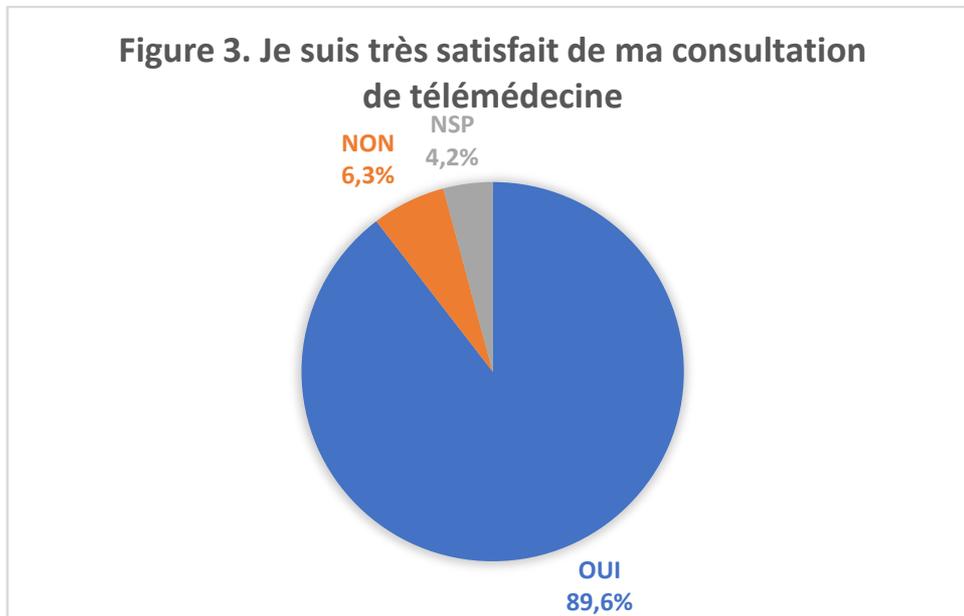
**Figure 2. Diagramme de flux**



<b>Réponses (%) au questionnaire (N=48)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NSP</b>
1°) C'est mon premier entretien de télémedecine	36 (75 %)	12 (25 %)	0 (0 %)
2°) J'ai eu des difficultés à voir ou à entendre le spécialiste lors de l'entretien en télémedecine	44 (91,7 %)	4 (8,3 %)	0 (0 %)
3°) Je me serais senti plus à l'aise dans un face-à-face seul avec le spécialiste	14 (29,2 %)	33 (68,8 %)	1 (2 %)
4°) C'est un problème pour moi de ne pas être dans la même pièce que le spécialiste	10 (20,9 %)	37 (77,1 %)	1 (2 %)
5°) Ça me dérange que le spécialiste ne puisse pas me toucher lors de l'examen clinique	12 (25 %)	35 (73 %)	1 (2 %)
6°) Je suis très satisfait de ma consultation de télémedecine d'aujourd'hui	43 (89,6 %)	3 (6,2 %)	2 (4,2 %)
7°) La prochaine fois, je préférerais me déplacer pour voir le spécialiste en personne à l'hôpital	19 (39,6 %)	26 (54,2 %)	3 (6,2 %)
8°) Je pense que le spécialiste a pu travailler correctement (bon diagnostic, prescription de bons traitements ...)	45 (93,7 %)	1 (2 %)	2 (4,2 %)
9°) Je pense que le secret médical est respecté lors des consultations de télémedecine	39 (81,3 %)	3 (6,2 %)	6 (12,5 %)
10°) J'apprécie le fait d'éviter des extractions médicales vers l'hôpital	35 (72,9 %)	11 (22,9 %)	2 (4,2 %)

**Tableau 1. Réponses au questionnaire**

43 soit 89,6 % IC<sub>95</sub> % [24,9 ; 25,1] des patients se déclaraient très satisfaits de leur consultation (question 6), 3 personnes se déclaraient non satisfaites et 2 personnes ne savaient pas [Figure 3].



**Figure 3. Je suis très satisfait de ma consultation de télémedecine**

19 patients interrogés préféreraient se déplacer à l'hôpital lors de la prochaine consultation, soit 39,6 % IC<sub>95</sub>% [24,9 ; 25,1] des patients. 26 patients ont répondu « non » à cette question et 3 « NSP ».

Concernant l'efficacité du spécialiste via la téléconsultation, 93,75 % des patients interrogés pensent que le spécialiste a pu faire correctement son travail, 1 personne pensait qu'il n'avait pas bien pu faire son travail et 2 personnes ne savaient pas.

Seulement 81,25 % IC<sub>95%</sub>[70,2 ; 92,3] des patients pensaient que le secret médical était respecté lors de ces consultations. 6,25 % des patients pensaient que le secret médical n'était pas respecté. Six patients ont répondu « je ne sais pas » (12,5 %) [Figure 4].

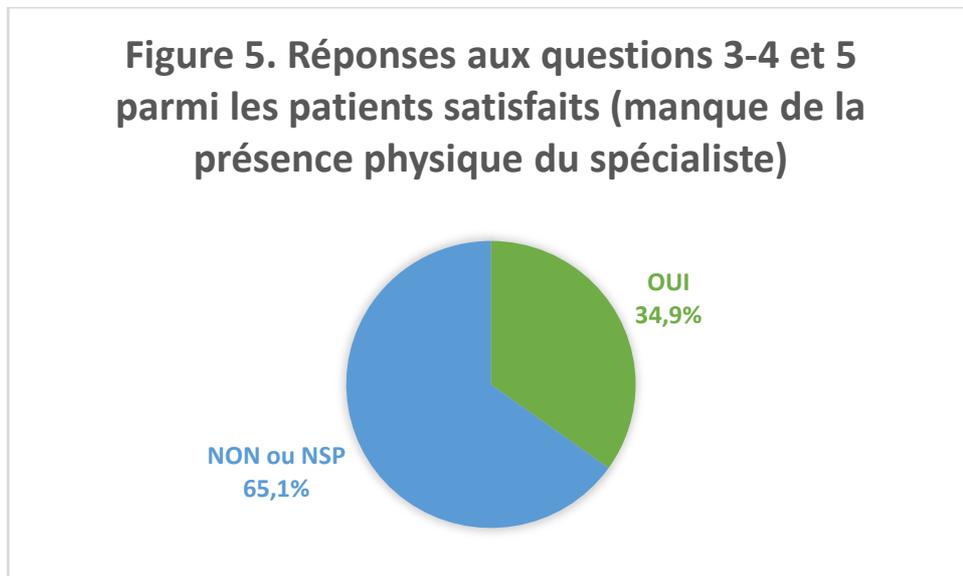


**Figure 4. Je pense que le secret médical est respecté lors des consultations de télé-médecine**

72,9 % IC<sub>95%</sub> [60,3 ; 85,5] des patients appréciaient le fait d'éviter une extraction vers l'hôpital.

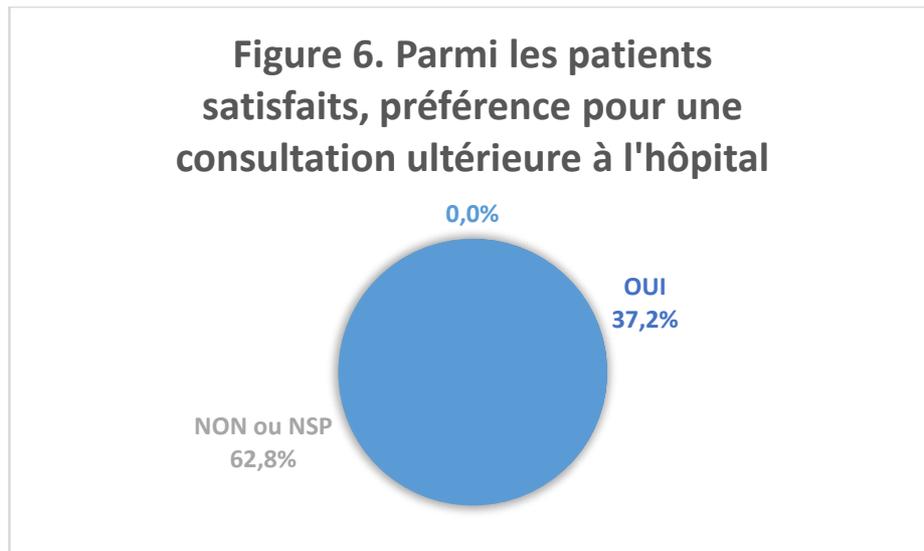
Chez les patients se déclarant satisfaits (n=43), aux questions 3-4-5 (3- « je me serais senti plus à l'aise dans un face-à-face seul avec le spécialiste », 4- « c'est un problème pour moi de ne pas être dans la même pièce que le spécialiste », 5- « ça me dérange que le spécialiste ne puisse pas me toucher lors de l'examen clinique ») concernant la présence physique du médecin spécialiste, les patients regrettaient l'absence

du spécialiste dans 34,9 % des cas  $IC_{95\%}$  [20,7 ; 49,1] (c'est-à-dire s'ils avaient répondu « oui » à une de ces trois questions) [Figure 5].



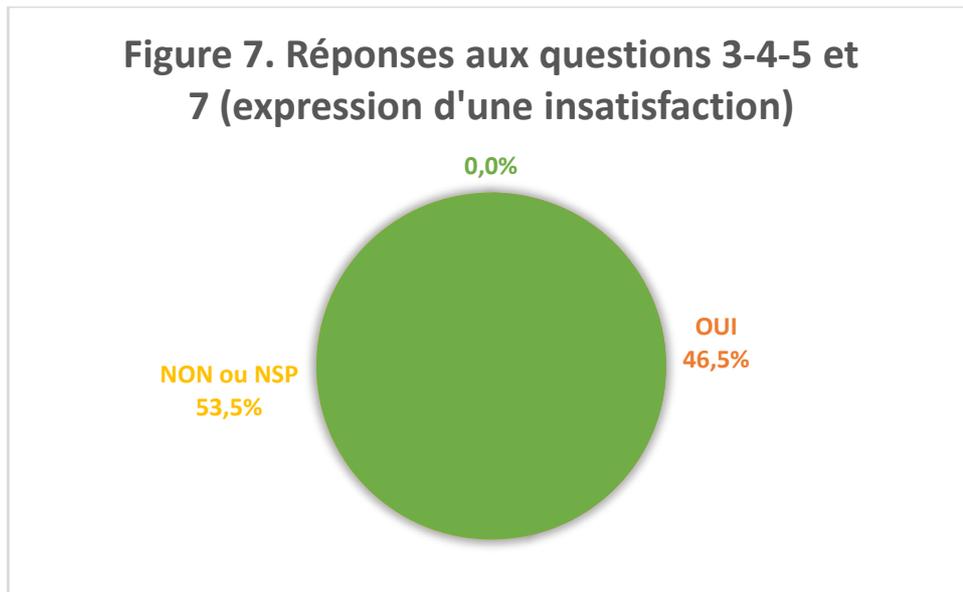
**Figure 5. Parmi les patients satisfaits, réponses aux questions 3-4 et 5 (manque de la présence physique du spécialiste)**

37,2 %  $IC_{95\%}$  [22,7 ; 51,6] des patients se déclarant satisfaits de la consultation de télémedecine souhaitaient malgré tout, si cela devait se reproduire, se déplacer à l'hôpital pour rencontrer le spécialiste. 7 % ne savaient pas et 56 % avaient répondu « non » [Figure 6].



**Figure 6. Parmi les patients satisfaits, préférence pour une consultation ultérieure à l'hôpital**

Parmi les patients se déclarant satisfaits, 46,5 %, IC<sub>95%</sub> [31,6 ; 61,4] avaient répondu oui à au moins une des questions 3-4-5 et/ou 7 (soit 20 patients sur 43). 23 patients avaient répondu « non » ou « NSP » à l'ensemble des questions 3-4-5 et 7 [Figure 7].



**Figure 7. Réponses aux questions 3-4-5 et 7 (expression d'une insatisfaction : manque de la présence physique du spécialiste et/ou absence de désir de renouveler l'expérience)**

Au total, en comptant les patients se déclarant insatisfaits (trois patients) et les patients se déclarant satisfaits mais présentant des critères d'insatisfaction, 47,9 % IC<sub>95%</sub>[33,7 ; 62,0] des patients étaient partiellement ou complètement insatisfaits de la méthode de consultation par la télémedecine.

Concernant les réponses aux interrogations sur les avantages et les inconvénients de ces méthodes, les avantages exprimés étaient (par ordre de fréquence) **[Figure 8]** :

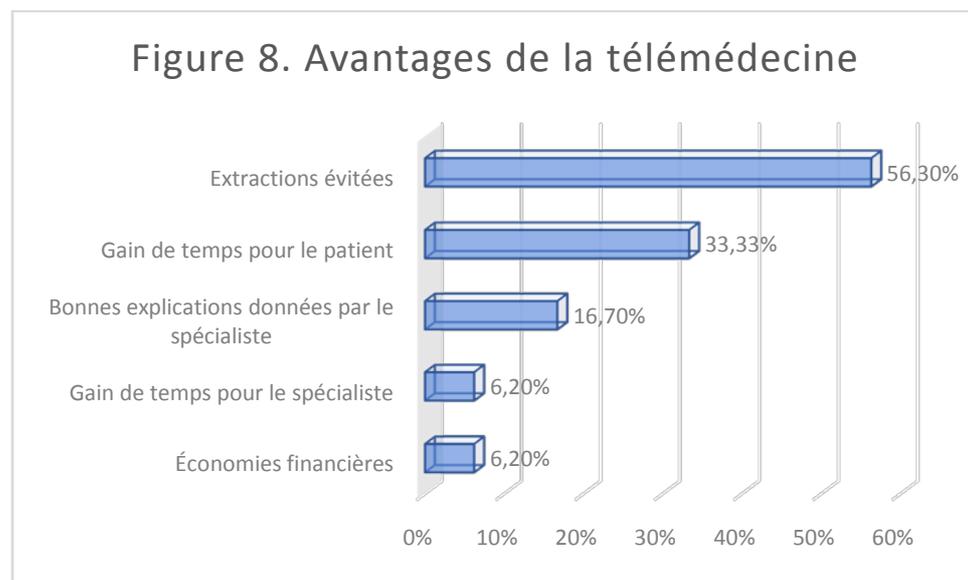
- en premier lieu, (et repris par 27 patients sur les 48 soit 56,3 %) : le fait d'éviter de subir les extractions pour raison médicale (le problème des menottes et entraves ainsi que l'humiliation ressentie du fait du regard des autres à l'hôpital, etc.),
- gain de temps/rapidité pour le patient, (repris par 16 patients sur 48 soit 33,3 %),

- la communication avec le spécialiste reste facile (16,7 %),

- les économies financières (6,2 %),

- le gain de temps pour le médecin (6,2 %).

Onze patients n'ont rien répondu à cette question (22,9 %).



**Figure 8. Avantages de la télémédecine**

Les inconvénients rapportés étaient (par ordre de fréquence) **[Figure 9]**:

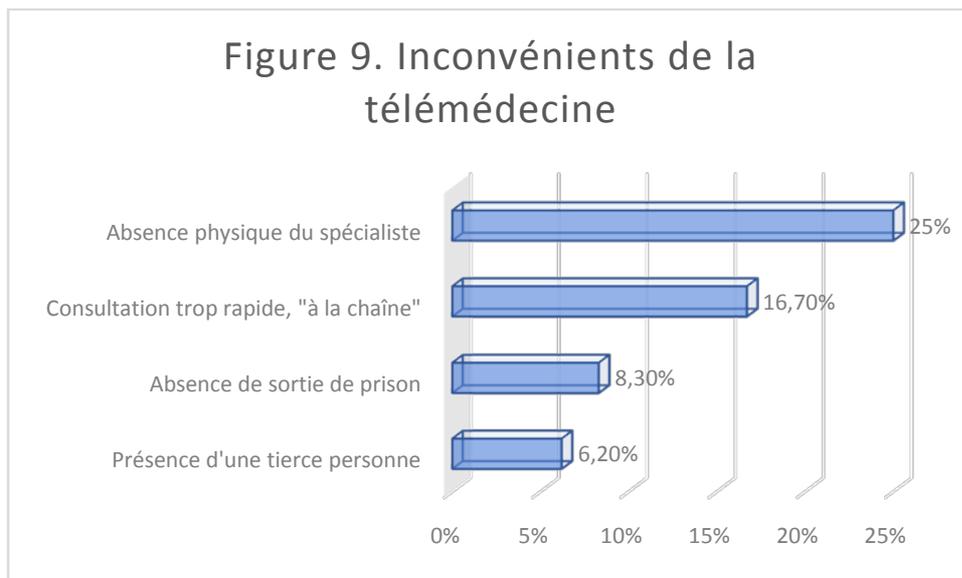
- l'absence physique du spécialiste (25 %),

- la rapidité de la consultation, durant laquelle le patient n'a pas eu le temps nécessaire pour poser les questions au médecin, avec une sensation de « consultation à la chaîne » (16,7 %),

- le fait de ne pas sortir de la prison, de ne pas « prendre l'air » (et pour deux détenus du CD, le fait qu'ils auraient eu le droit à une permission de sortie pour raison médicale s'il n'y avait pas eu les entretiens de télémedecine) (8,3 %),

- la présence de trois personnes au lieu de deux pendant la consultation (6,2 %).

Vingt-sept patients n'ont pas répondu à cette question (56,2 %).



**Figure 9. Inconvénients de la télémedecine**

## **IV – Discussion**

### **1- Satisfaction globale des patients**

Cette étude met en évidence que les patients-détenus sont globalement satisfaits par l'utilisation de la télémedecine en milieu carcéral.

Cette satisfaction semble s'expliquer par la qualité technique de la communication, jugée bonne, et le sentiment que le travail du spécialiste n'est pas entravé par la téléconsultation.

Le fait d'éviter une extraction pour raison médicale dans la prise en charge médicale est un avantage majeur décrit par les patients interrogés. En effet, ces derniers apprécient d'éviter la mise en scène sécuritaire, notamment dans l'hôpital, le transport jugé très inconfortable en fourgon pénitentiaire, et les fouilles plus ou moins invasives qui encadrent l'extraction.

Ces données sont en accord avec deux études américaines sur le sujet(56)(57). Ces études soulignaient également que le facteur escorte/extraction/sécurité jouait très probablement un rôle prépondérant dans la balance d'acceptabilité de la télémédecine en détention.

Le gain de temps que permet la consultation de télémédecine est également bien souligné par les patients-détenus. En effet, les délais d'extractions sont allongés du fait de la pénurie d'escorte. Une consultation par visioconférence permet de réduire le délai de la prise en charge médicale, en s'affranchissant des temps de transport et de la disponibilité d'une escorte.

Dans une autre mesure, le gain de temps est également apprécié par les détenus puisqu'il faut rappeler que ces patients ne bénéficient pas du droit du travail « classique » : par exemple, une consultation d'anesthésie qui a lieu dans la matinée par visioconférence prend environ 30 minutes, et permet donc au patient-détenu d'aller travailler le reste de la matinée, alors qu'une extraction pour une raison médicale

empêche le patient de travailler une demi-journée, pour laquelle il ne perçoit pas son salaire ni d'indemnités journalières.

Par ailleurs, des consultations de spécialistes à l'hôpital sont régulièrement annulées, du fait d'un manque d'escorte. L'étude de L. Bonnardot(2)le souligne, en mentionnant que 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 est justifiée dans la médecine d'urgence, elle ne l'est pas forcément dans l'accès aux soins courants des détenus. La télémédecine permet ainsi, dans certains cas, d'éviter ces annulations de dernières minutes qui engendrent l'allongement des délais de prise en charge sanitaire.

Les patients ont également dit avoir apprécié le gain financier que peut engendrer ces techniques. Nous avons vu plus haut que la maison d'arrêt d'Évreux avait estimé à 24 000 € l'économie qui pouvait être réalisée chaque année grâce à la télémédecine (47). En réalité cette économie de 24 000 € n'est pas effective actuellement, dans la mesure où les escortes étant plus que saturées, les places libérées grâce à la télémédecine sont très rapidement occupées par d'autres consultations. Les délais d'attente pour des consultations médicales sont, malgré la télémédecine, toujours rallongés du fait des indisponibilités des escortes. On peut dire alors que la télémédecine permet d'optimiser les extractions médicales avec des sorties à l'hôpital uniquement pour des consultations ou des actes qui nécessitent un plateau technique important, ou encore pour des spécialités qui ne sont pas compatibles avec la télémédecine.

Par ailleurs, il existe un conflit d'intérêt entre l'hôpital et la prison dans la gestion financière des avis spécialisés. Lorsqu'un détenu consulte un spécialiste à l'hôpital, l'extraction est à la charge de l'administration pénitentiaire (AP) qui dispose d'un budget

spécifique pour cela(2). L'utilisation de la télémédecine pour les consultations spécialisées devrait à terme diminuer le nombre d'extraction. L'AP, de par cette diminution, serait le principal bénéficiaire financier du développement de la télémédecine. On peut alors penser qu'elle devrait participer à son financement(2). Concernant les frais de fonctionnement (assurance, maintenance, lignes de télécommunication et hébergement des données sur un réseau sécurisé), ils sont à la charge de l'établissement de soins de rattachement. Par ailleurs les lignes de télécommunication reliées à l'hôpital de référence ainsi que l'hébergement des données étant nécessairement sécurisées par un système spécifique, il est obligatoire que cela soit géré, et donc financé, par l'établissement de soin de référence. L'accès au dossier médical partagé est nécessaire pour la mise en place de la télémédecine, cela ne peut pas être géré par du personnel dépendant de l'AP.

## **2- Expression d'une insatisfaction**

La satisfaction globale des entretiens de télémédecine est exprimée par le patient-détenu. Néanmoins, on note une ambivalence concernant certains aspects de la télémédecine.

Tout d'abord, les patients mettent en doute le secret médical lors de ce type de consultation. Il faut préciser que lors de l'étude, nous avons dû expliquer à certains patients ce qu'est le secret médical, car ils n'en connaissaient ni l'existence, ni l'importance. En théorie, lors des extractions médicales, les surveillants ne doivent pas pouvoir entendre ni voir ce qu'il se passe en consultation. Les menottes et/ou entraves peuvent être enlevées à la demande du médecin. Cependant, en pratique, il est fréquent

de voir en consultation des patients menottés ou entravés, même jusque dans les salles d'opération. Ce problème est majoré depuis la circulaire JUSK0440155C du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale. Cette dernière va à l'encontre du secret médical en autorisant le directeur d'établissement pénitentiaire à imposer les menottes et les entraves mais aussi la présence des surveillants pendant l'examen et l'entretien médical, seules les femmes accouchant pouvant échapper à ces mesures (13)(36)(37).

Dans le cadre de cette étude, en questionnant les patients sur les raisons de la remise en question du secret médical en téléconsultation, il est apparu que cela s'appliquait aussi pour eux aux consultations classiques. En effet, ils sont conscients, pour ceux qui ont déjà eu des extractions médicales, que les surveillants sont présents la plupart du temps lors des entretiens avec le spécialiste à l'hôpital, et que l'entretien par visioconférence, dans ces conditions, est préférable. Ils ne remettent pas en cause la sécurisation de la télémédecine, mais ils remettent en fait en cause le secret médical au sein des UCSA en général. Les surveillants étant présents dans les UCSA pour en assurer la sécurité, certains s'imaginent qu'ils peuvent écouter aux portes, ou qu'ils ont accès d'une façon ou d'une autre aux informations médicales, et que cela peut être utilisé à leur encontre, en détention ou au cours du procès. Un travail de communication sur l'indépendance des UCSA face à l'AP pourrait donc être intéressant.

Par ailleurs, en détention, la peur de la transmission du VIH et des hépatites virales est grande. Lorsque les hépatologues ou infectiologues consultent à l'UCSA, tous les patients venant les voir sont potentiellement « infectés » aux yeux des codétenus ou des surveillants, le secret médical est alors en péril. Lors des sessions de télémédecine, les patients sont convoqués à l'UCSA, exactement comme pour une consultation de médecine générale. Les surveillants et leurs codétenus ne savent pas s'il s'agit d'une consultation de

télémedecine, ni la spécialité consultée. Cela permet donc une certaine préservation du secret médical.

Un autre point important : on note malgré tout une proportion relativement importante de patients déplorant l'absence physique du spécialiste. C'est ce que l'on remarque avec les résultats aux questions 3-4 et 5 [Figure 5].

Les patients interrogés sont tout de même plus de 46 % à déclarer vouloir se déplacer à l'hôpital la prochaine fois pour une consultation de spécialiste du même type [Figure 6], malgré une satisfaction apparente. Cela dénote que pour cette proportion de patients-détenus, il s'agit plutôt d'une méthode « par défaut » et que l'idéal serait d'avoir le spécialiste physiquement présent sur place. Ces résultats sont en accord avec la conclusion du mémoire *Enjeux éthiques du mode d'accès aux soins en situation d'isolement*(2) où 74 % des généralistes et 71 % des spécialistes pensaient que l'utilisation des TIC n'était pas une priorité pour améliorer l'accès aux soins des détenus. Leur proposition était d'augmenter le nombre de spécialistes consultant à l'UCSA, augmenter les effectifs ainsi que le nombre de vacations en médecine générale.

Du fait de la proximité géographique entre le CD et l'hôpital de référence, les patients ayant le droit à une permission de sortie préféreraient se rendre en personne à l'hôpital, seuls ou accompagnés de leur famille (mais sans escorte pénitentiaire). Cela est plus confortable pour eux car ils peuvent ainsi « prendre l'air ». Mais cela a aussi son importance au niveau de la prise en charge sanitaire. Le fait de se rendre seul à son rendez-vous médical responsabilise le patient, qui n'est plus dans la prise en charge passive et qu'il doit alors faire les démarches lui-même. Il devient alors pleinement acteur de sa prise en charge médicale. Par ailleurs, le patient a le choix du médecin consulté,

contrairement aux téléconsultations. En effet, ce libre choix de son praticien est un principe fort de l'exercice de la profession médicale en France, principe qui n'est pas réalisé actuellement dans le cadre de la télémédecine. Il serait peut-être intéressant de réfléchir sur ce point pour pouvoir proposer au patient-détenu le libre choix du spécialiste consulté lors des entretiens de télémédecine, ainsi qu'éventuellement la possibilité d'avoir un deuxième avis.

On note donc qu'il y a une ambivalence dans l'expression de la satisfaction concernant la télémédecine. Les causes de cette satisfaction semblent en lien avec les contraintes des consultations à l'hôpital (conditions des extractions, délais de prise en charge). La télémédecine est acceptée car elle permet de s'affranchir de certaines de ces contraintes. On ne peut donc pas conclure à une satisfaction totale concernant la télémédecine.

### **3- Hypothèses explicatives**

La satisfaction globale des patients-détenus dans l'usage de la télémédecine en détention peut être expliquée par les conditions d'accès aux soins pour les prisonniers.

Les résultats mettent en évidence que les patients sont satisfaits de leur téléconsultation, mais qu'ils ne souhaitent pas forcément renouveler l'expérience. En effet, dans 39 % des cas ils préféreraient se déplacer la prochaine fois à l'hôpital.

Il ne s'agirait donc, en réalité, que d'une satisfaction par défaut : pour éviter les problèmes liés aux extractions. En effet, on peut imaginer que les conditions d'extraction

étant très déplaisantes — temps passé en extraction rapporté au faible temps de la consultation, mise en scène sécuritaire avec les menottes, entraves et escorte, dérogations au secret médical avec la présence du surveillant lors de la consultation, fouilles, etc.—, les détenus font tout pour les éviter.

Cette situation d'homme enchaîné est humiliante et susceptible d'encourager les mauvais traitements. Il est vrai que l'image du détenu et des prisons est globalement négative. Les affaires criminelles les plus sanglantes ou les plus dramatiques sont fortement retransmises par les médias. Cela contribue à noircir l'image du détenu. Pour le public comme pour le soignant qui ne connaît pas le milieu pénitentiaire, le détenu entravé semble forcément dangereux et son crime paraît odieux : c'est parfois le cas mais rarement (seuls 0,8 % des détenus sont condamnés à perpétuité) (14). Ainsi, le détenu, quels que soit les actes qu'il a commis, subit le regard des autres, ce qui alourdit sa peine et est une cause d'humiliation(13). M. Bessin et M.-H. Lechien, décrivent bien, dans *Soignants et malades incarcérés, conditions, pratiques et usage des soins en prisons*, que les surveillants également vivent mal cette situation. Ils ont l'impression « d'endosser le mauvais rôle dans cette mise en scène et craignent de se trouver impliqués dans ce regard, qu'ils tentent parfois de neutraliser, en cachant les menottes par exemple. Ce n'est pas forcément le cas des policiers affectés aux gardes statiques, car ils sont moins impliqués dans la relation carcérale. C'est par rapport à cela que les détenus et les services hospitaliers semblent avoir le plus de récriminations à propos des extractions »(13).

Les conditions de vie lors des hospitalisations sont également plus dures que celles en détention. L'interdiction de fumer est problématique chez des patients fortement dépendants et dont c'est le seul moyen de faire passer le temps. De plus, les patients-détenus sont privés de tous liens sociaux : l'accès au téléphone n'est pas effectif (absence de poste dans les chambres sécurisées à cause de l'impossibilité de contrôler les

conversations), les visites ne sont pas autorisées, quel que soit leur statut pénal, même si ces visiteurs sont titulaires d'un permis de visite. La grande majorité des établissements n'offre pas la possibilité de recevoir ou d'envoyer du courrier. Les patients-détenus ainsi hospitalisés ne peuvent pas recevoir de nouvelles ni même de conseils de leurs proches. Toutes ces raisons font que de nombreuses personnes détenues renoncent aux soins en raison de ces conditions d'hospitalisation(36)(37).

C'est dans ces conditions que les patients font tout pour limiter les extractions et le temps passé à l'hôpital. Néanmoins, des tentatives d'amélioration concernant les extractions sont mises en place. Le CGLPL rappelle d'ailleurs la nécessité de prévoir des procédures d'accueil et des lieux spécifiques dans les établissements de santé afin de ne pas exposer les personnes détenues sous escorte à la vue du public regroupé dans les salles d'attente et de mettre fin au sentiment d'insécurité chez les professionnels de santé, justifiant des demandes de surveillance constante, incompatibles avec le respect du secret médical(36).

Ces techniques de téléconsultation permettent également de réduire les délais de prise en charge, chose importante pour les patients-détenus qui sont souvent dans l'immédiateté et qui subissent déjà des très longues attentes concernant leur dossier judiciaire. Par ailleurs, certains profitent de la détention pour se prendre en charge sur le plan médical. Comme les peines sont généralement courtes en maison d'arrêt, ils espèrent souvent bénéficier des soins rapidement pour ne plus avoir à s'occuper de leurs problèmes de santé une fois sortis.

Les TIC s'étant grandement développées, les consultations par visioconférence sont simples à mettre en place : le patient voit le spécialiste, dans des conditions proches

de celles d'une la salle de consultation et réciproquement pour le spécialiste, la qualité de la connexion étant excellente.

Cette méthode est une méthode de routine pour certains détenus. En effet, certains d'entre eux avaient déjà bénéficié de visioconférence dans le cadre judiciaire, pour être en contact avec le juge sans être extraits. C'était donc un mode de communication qui ne leur était pas étranger.

La moyenne d'âge des détenus interrogés est de 38 ans. Il s'agit donc d'une population jeune (même si cette moyenne est relativement élevée par rapport à la moyenne d'âge en détention 31,7 ans)(14), qui a l'habitude d'utiliser les TIC, et donc qui est familière avec la visioconférence. L'extension de ces usages à la médecine va dans la suite logique de cette utilisation.

#### **4- Les limites de l'étude**

Concernant la méthodologie de cette étude, le choix de l'étude quantitative a été fait en s'inspirant des autres questionnaires de satisfaction validés pour l'évaluation de la satisfaction des patients lors de l'usage de la télémédecine que ce soit en milieu ouvert ou en milieu fermé. Des entretiens qualitatifs auraient été difficilement réalisables dans un contexte carcéral. En effet, les patients-détenus souffrent souvent de problèmes de communication et les questionnaires à réponses fermées sont souvent un moyen plus simple pour eux d'exprimer leur point de vue. Les questions ouvertes peuvent être un exercice difficile pour eux : en effet, pour les questions ouvertes 11 et 12 du questionnaire, respectivement 11 (22,9 %) et 27 (56,3 %) personnes, n'ont pas répondu).

Le mode de réponse dichotomique par « oui » ou « non » a été utilisé pour simplifier le questionnaire pour les patients-détenus. En effet, ces derniers présentent en grande majorité de problèmes de communication. Plus les questions et les possibilités de réponse sont limitées, plus il est facile pour eux de répondre. Néanmoins, les commentaires émis par les patients lors du déroulé de l'entretien étaient notés en regard de la question correspondante afin de pouvoir nuancer ou expliquer leur choix si les patients le souhaitaient.

Le choix de l'hétéro-questionnaire a été fait dans la mesure où, en prison, on estime à 11 % le taux d'illettrisme (données datant de 2003)(23). Par ailleurs, 24 % des détenus sont nés à l'étranger, ce qui peut laisser supposer qu'ils ne parlent ou lisent pas bien le français. Ainsi le choix de l'hétéro-questionnaire a une meilleure représentativité.

Ce choix diminue le biais de mesure, mais d'un autre côté aggrave le biais de désirabilité car lors des hétéro-questionnaires, les réponses peuvent parfois être plus modérées, voire positives pour « faire plaisir » à l'enquêteur.

Il peut également y avoir un biais de mémoire puisque les questionnaires ont été réalisés au plus tôt le jour même de l'entretien de télé-médecine, au plus tard 2 mois après, selon la disponibilité des patients et la disponibilité du chercheur pour réaliser les questionnaires.

Il y a par ailleurs un biais de sélection puisque cette étude n'inclut que les patients ayant bénéficié d'une consultation de télé-médecine. Or les consultations de télé-médecine nécessitent un consentement écrit en amont. On peut donc se poser la question de savoir si certaines personnes ont refusé les entretiens de télé-médecine, parce qu'ils avaient un *apriori* négatif sur la question. Si ces patients avaient été inclus, le taux global de satisfaction aurait été plus faible.

Une femme seulement a été incluse lors de l'étude. En effet, la population carcérale est composée à 96% d'hommes, la présence d'une seule femme dans cette étude est proportionnelle à la population féminine en milieu carcéral. Mais on peut se poser la question de savoir si les femmes auraient répondu différemment aux questions. En effet, dans la littérature, des analyses ont été réalisées selon le sexe des personnes questionnées. La corrélation sociodémographique a été difficile à établir car le taux de satisfaction étant élevé, il y avait peu de variations entre les groupes. On note néanmoins, dans les autres études réalisées, que les femmes ont tendance à être plus gênées lors des entretiens de télémedecine et regrettent, plus souvent que les hommes, le manque de contact physique(49)(55).

Il s'agit d'une étude de faible puissance, monocentrique : il est donc difficile d'extrapoler ces résultats à tout le parc pénitentiaire français, vu que chaque UCSA a son mode de fonctionnement intrinsèque.

## **5- Comparaisons avec les autres publications sur le sujet**

Les données de l'étude corroborent les résultats des deux études américaines qui mettaient également en évidence la satisfaction des patients-détenus dans l'utilisation de la télémedecine. On retrouve cela notamment dans l'étude *Patient satisfaction with telemedicine, in a prison environment* de Hagop Mekhjian, Jeanine Warisse Turner, *et al.*(57), où un questionnaire de satisfaction pour l'utilisation de la télémedecine avait été réalisé auprès de 229 patients-détenus à la suite de leur entretien en visioconférence. Seulement 9% des patients n'étaient pas satisfaits de l'utilisation de ces méthodes. Ils concluent également à la bonne acceptation des procédés de télémedecine comme moyen d'éviter les " mises en scène " sécuritaires lors des extractions. Cela confirme que ces

résultats ne sont pas applicables à la population générale. En effet, dans cette étude, certains patients étaient amenés à être transférés d'un centre pénitentiaire vers un autre afin d'avoir la consultation de télé-médecine (tous les centres n'étant pas pourvus du matériel de visioconférence). Il apparaissait que les patients ayant nécessité une extraction étaient moins satisfaits que les patients n'ayant pas nécessité d'extraction, ce qui confirme l'hypothèse que les conditions d'examen (à l'UCSA *versus* à l'hôpital avec les menottes et les entraves, et selon les cas, la présence des surveillants) ont un rôle déterminant dans la préférence des pratiques médicales, même si d'autres facteurs peuvent influencer sur cette préférence.

L'étude *Provider satisfaction and patients outcomes associated with statewide prison telemedicine program in Louisiana* de Michelle Glaser *et al.*, publiée en 2010(56), étudie la satisfaction de l'usage de la télé-médecine chez 737 patients. Cette étude met également en évidence le haut niveau de satisfaction des patients-détenus dans l'utilisation de la télé-médecine, en nuanciant la satisfaction chez les mineurs, qui seraient moins enclins à l'utilisation de la télé-médecine. Nous n'avons pas étudié la population des mineurs dans notre étude.

## **6 – Applications pratiques**

Cette thèse met en évidence que les détenus semblent favorables à l'utilisation de la télé-médecine en milieu carcéral, en tant qu'alternative acceptable aux extractions médicales vers la structure hospitalière. Cela devrait donc rester une technique par défaut. Cette technique pourrait permettre au patient de choisir le médecin spécialiste qu'il consulte et éventuellement offrir la possibilité de demander un deuxième avis auprès d'un autre médecin.

Par ailleurs, l'impact de la télémédecine sur la relation médecin-patient est fondamental. Pour les prisons françaises, cette question se pose parce qu'il existe d'autres moyens que la télémédecine, peut-être plus chers mais aussi plus sûrs, comme la venue des spécialistes dans les UCSA. L'influence de la télémédecine sur la relation médecin-patient est au cœur de la discussion sur la télé-psychiatrie par exemple(58)(59).

En détention, la relation médecin-malade pose encore plus question car l'établissement de cette relation est souvent plus difficile qu'en milieu ouvert. Cela est dû au fort taux de personnes d'origine étrangère (20,3 % sur le premier trimestre 2017)(14). La différence de culture, et parfois aussi de langage, augmentent les difficultés à l'établissement d'une bonne relation médecin-patient.

Du fait des soupçons présents en détention dont les causes sont expliquées ci-dessus, la relation de confiance entre le médecin et le patient, et réciproquement, n'est pas aisée à établir.

Il n'existe qu'une faible littérature sur la modification de la relation médecin-malade du fait de la télémédecine(60). Et elle étudie principalement la modification de la façon de communiquer du médecin(61). Ces études n'analysent pas le ressenti du patient. On peut imaginer, puisque dans cette étude l'écran a parfois été décrit par les patients comme une « barrière », que pour des patients qui ont déjà des difficultés de communication, la télémédecine n'incite pas le patient à la confiance envers le médecin et peut participer à la détérioration de la relation médecin-malade.

D'autre part, les détenus éprouvent déjà un sentiment d'abandon et une certaine méfiance concernant leur prise en charge sanitaire. Le fait de ne rencontrer les spécialistes que par visioconférence ne peut que les conforter dans ces visions négatives.

Cela peut également accroître leur sentiment d'isolement et les écarter encore plus de la société, ce qui est en opposition avec l'objectif principal de la prison qui est la réinsertion.

Une autre solution serait donc de promouvoir la pratique de la médecine en détention afin d'inciter les spécialistes (hospitaliers et libéraux) à venir à la rencontre des patients-détenus dans les UCSA. Cependant, aucune mesure encourageant la participation des médecins libéraux au réseau de la prison n'existe, comme le souligne L. Bonnardot dans son ouvrage *Enjeux éthiques et mode d'accès aux soins en situation d'isolement*(2). En effet, l'accès aux soins spécialisés est étudié par des questionnaires posés aux spécialistes et aux médecins généralistes intervenant en prison. « Les généralistes qui sont à l'origine des 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 ». « Si, pour les spécialistes, la principale cause du manque de spécialistes à l'UCSA est le manque d'effectifs de 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. »

« La peur évoquée par les spécialistes révèle, une fois de plus, la représentation négative du milieu carcéral auprès des soignants n'exerçant pas en prison. Vu 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. »

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.

Ainsi, on comprend à la fois la possible réserve des médecins travaillant à l'UCSA pour la télé-médecine comme mode d'accès aux soins, mais aussi l'importance que revêt l'intervention des spécialistes au sein même de l'UCSA(2). Cette même étude de L. Bonnardot suggère, suite aux remarques faites par les médecins spécialistes et généralistes, de proposer des « mesures financières incitatives » et de « sensibiliser les spécialistes à la médecine en milieu pénitentiaire et à une revalorisation de son image », et ce, afin de favoriser la venue des spécialistes dans les UCSA.

L'application de la télé-médecine aux prises en charge en urgence a pu être suggérée, notamment en dehors des heures d'ouverture des UCSA. En effet, hormis les grands établissements pénitentiaires (Fresnes, Marseille, Lyon et Fleury-Mérogis), il n'y a pas de présence ou d'astreinte médicale la nuit. La permanence des soins est alors assurée par un système d'astreinte médicale ou par l'appel au médecin de garde ou SOS Médecins. La télé-médecine a parfois été proposée pour éviter l'intervention d'un médecin extérieur ou l'extraction d'un patient. En réalité la télé-médecine est déjà utilisée en dehors des heures de présence médicale avec la régulation médicale par un médecin du SAMU ou le médecin d'astreinte. La mise en place de téléconsultations lors des heures de fermeture des UCSA serait difficile à mettre en œuvre pour plusieurs raisons. En premier lieu, les patients-détenus ne sont pas autorisés à être seuls dans une salle de consultation, pour des raisons de sécurité. Un surveillant devrait donc être présent lors de ces consultations, ce qui dérogerait au secret médical. D'autre part, la télé-médecine nécessite un accès au dossier médical partagé, ce qui n'est pas possible en l'absence des médecins.

Concernant les urgences ayant lieu lors de la présence d'un médecin à l'UCSA, il est difficile de voir la place de la téléconsultation. En effet, si les patients sont extraits à

l'hôpital, c'est que le médecin a jugé nécessaire la réalisation d'exams complémentaires non disponibles à l'UCSA, la nécessité d'une surveillance continue non réalisable à l'UCSA, la nécessité d'une intervention avec un plateau technique plus développé que ce qui est disponible à l'UCSA, ou si alors qu'elle a jugé qu'une hospitalisation était indispensable. Une téléconsultation ne serait alors pas suffisante pour la prise en charge totale du patient. Néanmoins, dans le cadre des urgences en détention, il est fréquent que les médecins utilisent la télémédecine, soit par la régulation avec l'appel médical au SAMU, soit pour demander un avis en utilisant la télé-expertise, notamment pour l'interprétation des électrocardiogrammes.

Enfin, la réalisation des téléconsultations nécessite actuellement un accord écrit du patient, qui peut être parfois difficile à obtenir en cas d'urgence. De ces faits, l'application de la télémédecine d'urgence en milieu carcéral peut donc difficilement être étendue à d'autres champs que la régulation et la télé-expertise, du moins, dans les conditions dans lesquelles elles sont réalisées actuellement.

## **Conclusion**

Cette étude a mis en évidence que les patients-détenus n'étaient que partiellement satisfaits vis-à-vis de la télémédecine. En effet les causes de cette satisfaction sont biaisées par les alternatives à la télémédecine qui augmentent le délai de prise en charge ainsi que les conditions difficiles d'extraction, que les patients-détenus cherchent à tout prix à éviter.

Cette technique connaît malgré tout un certain succès dans les UCSA car elle présente des avantages financiers, elle permet une diminution du délai de prise en charge et surtout elle évite au patient de subir les humiliations et l'inconfort des extractions médicales.

L'idéal serait donc de favoriser la venue des spécialistes dans les UCSA, permettant le maintien d'une bonne qualité des soins, ainsi que d'une bonne relation médecin-patient, celle-ci pouvant être modifiée par la barrière que représente l'écran.

La télémédecine devrait rester une méthode alternative. Il ne faut pas vouloir faire du « 100 % télémédecine », et ce encore plus chez les patients-détenus qui sont déjà très isolés. L'objectif est donc d'utiliser cette méthode « faute de mieux » pour essayer d'assurer une qualité des soins identique à celle du milieu ouvert sans pour autant faire passer l'humain au second plan.

## **Bibliographie**

- 1.**République Française. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale [Internet]. Legifrance du 18 janvier 1994 [cité le 10 décembre 2017]. Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979>.
- 2.**Bonnardot L., Enjeux éthiques et mode d'accès aux soins en situation d'isolement [mémoire de master d'éthique médicale]. [France] : Université Paris Descartes. Faculté de Médecine ; 2005.
- 3.**Carlier C., Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire de l'ancien régime à nos jours. [Internet]. 2009 [cité le 10 décembre 2017]. Disponible sur :  
<http://criminocorpus.revues.org/246> .
- 4.**République Française. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen [Internet]. Legifrance 1789 [cité le 10 décembre 2017]. Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>.
- 5.**Prison. Histoire des prisons [Internet]. [cité le 11 décembre 2017]. Disponible sur :  
<http://prisons.free.fr/histoire%20des%20prisons.htm>.
- 6.**Criminocorpus. Mai 1945. Les 14 points de la réforme pénitentiaire. [Internet]. 12 décembre 2008 [cité 2017 Dec 10]. Disponible sur :  
<https://criminocorpus.org/fr/reperes/legislation/textes-juridiques-lois-decre/textes-relatifs-aux-p/de-1945-a-nos-jours/les-14-points-de-la-reforme-amor/>

**7.**République Française. Article D. 220 du Code de procédure pénale [Internet]. Legifrance du 9 décembre 1998 [cité le 10 décembre 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006515797&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20001231>.

**8.** République Française. Code de déontologie médicale [Internet]. 8 août 2004 [cité le 10 décembre 2017]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807>.

**9.**Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Pacte international relatif aux droits civils et politiques [Internet]. 16 décembre 1966 [Cité 10 décembre 2017]. Disponible sur : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>.

**10.**République Française. Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 [Internet]. 27 octobre 1994 [cité le 21 novembre 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000185453>.

**11.**Vasseur V.,Médecin-chef à la prison de la Santé. 2<sup>e</sup> ed. Paris, France ; Le livre de poche, 2001.(Le livre de poche ; 15173)

**12.**République Française. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. 4 mars 2002 [cité le 10 décembre 2017].

Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=269830EFCA62452A19982238D722017A.tplgfr26s\\_1?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006578019&dateTexte=20171211&categorieLien=id#LEGIARTI000006578019](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=269830EFCA62452A19982238D722017A.tplgfr26s_1?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006578019&dateTexte=20171211&categorieLien=id#LEGIARTI000006578019).

**13.**Bessin M., Lechien M.-H. Soignants et malades incarcérés, conditions, pratiques et usage des soins en prison. [France] École des Hautes Études en sciences sociales ; Centre d'étude des mouvements sociaux. 2000.

**14.**Ministère de la Justice. Chiffres clefs de l'administration pénitentiaire [Internet]. 1<sup>er</sup> janvier 2017 [cité le 10 décembre 2017]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>.

**15.**Sénat. Rapport sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France. [Internet]. 2000 [cité le 10 décembre 2017]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/199-449/199-449.html>.

**16.**Observatoire international des Prisons. UHSA de Lyon, la psychiatrie sans urgence [Internet]. 13 juillet 2014 [cité le 21 novembre 2017]. Disponible sur : <https://oip.org/analyse/uhsa-de-lyon-la-psychiatrie-sans-urgences/>.

**17.**Observatoire international des prisons. Référé liberté, requête et mémoire [Internet] 24 avril 2017. [cité 17 novembre 2017]. Disponible sur : <https://oip.org/wp-content/uploads/2017/05/refere-liberte-fresnes-24avr2017.pdf>.

**18.**Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport de visite : maison d'arrêt de Reims (51). Reims, France ;2013.

**19.** Conseil de l'Europe. Règlement de la commission européenne pour la prévention de la torture [Internet]. 15 mai 2014 [cité le 20 novembre 2017]. Disponible sur : <https://www.humanrights.ch/fr/droits-humains-internationaux/conseil-europe/torture/>

**20.**Comité des ministres du conseil de l'Europe. Recommandation du Comité des Ministres des Etats Membre sur les Règles pénitentiaires européennes [Internet]. 2006

[cité le 17 novembre 2017]. Disponible sur :  
[https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d11](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d11)

**21.**Organisation mondiale de la santé. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé [Internet] 7 avril 1948 [cité le 11 décembre 2017]. Disponible sur :  
[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf).

**22.**Drees. Enquête régionale "Etat de santé des détenus" [Internet]. 2006 [cité le 17 novembre 2017] Disponible sur [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante\\_des\\_detenus\\_juin07.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_des_detenus_juin07.pdf)

**23.**Guérin, G. La santé en prison [Internet]. Septembre 2003 [cité le 11 décembre 2017] Disponible sur <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-44/ad441754.pdf>

**24.**République Française. Article L. 381-30 du Code de la sécurité sociale [Internet]. 23 décembre 2016 [cité le 10 décembre 2017]. Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006742843&dateTexte=&categorieLien=cid>

**25.**Laurencin, G. L'intervention psychiatrique en détention, 10 ans après la réforme du 18 avril 1994 [Internet]. 19 09 2007 [cité le 21 novembre 2017]. Disponible sur :  
<http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Droit/ENM/Laurencin%20SMMPR.pdf>.

**26.**République Française. Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées [Internet]. 24 août 2000 [cité le 21 novembre 2017]. Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000583783>.

**27.**Ministère de la Justice. Première unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) à Nancy [Internet]. 16 février 2004 [cité le 21 novembre 2017]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/uhsi.pdf>.

**28.**Contrôleur général des lieux de privation et de liberté. Rapport de visite de l'UHSI de Bordeaux [Internet]. 15 décembre 2010 [cité le 21 novembre 2017]. Disponible sur : <http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2013/11/Rapport-de-visite-de-lUHSI-de-Bordeaux.pdf>.

**29.**République Française. Article L. 3214-1 du code de santé publique [Internet]. 5 juillet 2011 [cité le 10 décembre 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000024316680&dateTexte=20120605>.

**30.** École nationale de la magistrature. Unité d'hospitalisation spécialement aménagée [Internet]. 13 juillet 2014 [cité le 21 novembre 2017]. Disponible sur : <http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Droit/ENM/UHSA%20-%20ENM%20190907.pdf>.

**31.**EPSNF. Mon séjour à l'hôpital de Fresnes [Internet]. [cité le 21 novembre 2017]. Disponible sur : <http://www.epsnf.fr/docs/livret.pdf>.

**32.**Drees. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux [Internet]. 2002 [cité le 21 novembre 2017]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er181.pdf>.

**33.** Conseil national de l'Ordre des médecins. Principe d'éthique médicale des médecins [Internet]. 06 janvier 1987 [cité le 10 décembre 2017]. Disponible sur :

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/principesdethique%5B1%5D.pdf>

**34.** Hoerni B., Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire . Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins. juil 2001.

**35.** Thepot P. Éxperience de télémeédecine menée en milieu carcéral : premier retour d'expérience sur le dispositif mis en place à Arras et premières extrapolations. La télé santé : un nouvel atout au service de notre bien-être. Octobre 2009

**36.** Contrôleur général des lieux de privation de liberté . Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé [Internet]. 16 juillet 2015 [cité le 22 novembre 2017]. Disponible sur : <http://www.cglpl.fr/2015/avis-relatif-a-la-prise-en-charge-des-personnes-detenu-es-au-sein-des-etablissements-de-sante/>.

**37.** Observatoire international des prisons. Les conditions de détention en France .1<sup>er</sup> ed. Paris : La découverte ; 2012.

**38.** Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Etude de faisabilité . Télémeédecine et établissements pénitentiaires [Internet]. 2001 [cité le 11 décembre 2017]. Disponible sur : <http://prison.eu.org/IMG/pdf/chap.pdf>

**39.** Simon P., Williatte Pellitteri L. Le décret français de télémeédecine : une garantie pour les médecins. European reserch in Telemedicine. juin 2012, Vol. 1, 2, pp. 70-75.

**40.** République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires[Internet]. 21 juillet 2009 [cité le 22 novembre 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

- 41.** Simon P. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins [Internet]. [cité le 22 novembre 2017]. Disponible sur : [http://www.castres-mazamet-technopole.fr/files/castres\\_mazamet/Conference%20p%20Simon.pdf](http://www.castres-mazamet-technopole.fr/files/castres_mazamet/Conference%20p%20Simon.pdf).
- 42.** Ministère de la Santé et des Sports. Rapport sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins [Internet]. Novembre 2008 [cité le 9 décembre 2017]. Disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_final\\_Telemedecine.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf).
- 43.** République Française. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. [Internet] 19 10 2010. [cité le 22 novembre 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id>.
- 44.** Mergnac K., Philippe C., Télémédecine : quel cadre juridique lui conférer ? European reserch in Telemedicine. juin 2012, Vol. 1, pp. 66-69.
- 45.** Pascal C. La télémédecine face aux enjeux de l'évaluation médicoéconomique . European reserch in Telemedicine. décembre 2012, Vol. 1, pp. 125-129.
- 46.** L'application de la télémédecine aux UCSA et aux SMPR [Internet]. [cité le 22 novembre 2017]. Disponible sur : <http://prison.rezo.net/IMG/pdf/chap4.pdf>.
- 47.** MB. Maison d'arrêt d'Evreux : la télémédecine presque rentable en six mois [Internet]. 23 novembre 2014 [cité le 22 novembre 2017]. Disponible sur : [http://www.ticsante.com/Maison-d-arret-d-Evreux%E2%80%93la-telemedecine-presque-rentable-en-six-mois-NS\\_1838.html](http://www.ticsante.com/Maison-d-arret-d-Evreux%E2%80%93la-telemedecine-presque-rentable-en-six-mois-NS_1838.html).
- 48.** Mair F., Whitten P. Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. BMJ. 2000, Vol. 320.

- 49.**Collins K., Nicolson P., Browns I., Patient satisfaction in telemedicine. Health Informatics Journal. 2000, Vol. 6.
- 50.**Mei Po Yip, Mackenzie A., Chan J., Patient satisfaction with telediabetes education in Hong Kong. Journal of telemedicine and Telecare. 2008, Vol. 8.
- 51.**Callahan E., Hildy D., Nesbitt T. Patient satisfaction with telemedicine consultation in primary care : comparison of ratings of medical and mental health applications. Telemedicine Journal. 1998, Vol. 4, 4.
- 52.**Corbière N. Evaluation de la qualité des téléconsultations d'anesthésie par visioconférence pour les patients détenus [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes. Faculté de Médecine ;2013
- 53.**Bakken S, Grullon-Figueroa L, Izquierdo R, Lee N-J, Morin P, Palmas W, et al. Development, Validation, and Use of English and Spanish Versions of the Telemedicine Satisfaction and Usefulness Questionnaire. Journal of the American Medical Informatics Association. Nov 2006.
- 54.**Gustke SS, Balch DC, West VL, Rogers LO. Patient satisfaction with telemedicine. Telemedicine Journal. 2006, Vol. 6, pp. 5-13.55. Gustke SS, Balch DC, West VL, Rogers LO. Patient satisfaction with telemedicine. Telemedicine Journal. 2006, Vol. 6, pp. 5-13.
- 56.** Glaser M., Winchell T., Plant P., Wilbright W., Kaiser M., Butler M. and al. Provider satisfaction and Patients outcomes associated with a Statewide Prison telemedicine program in Louisiana. Telemedicine and e-health. Mai 2010, Vol. 16, 4.
- 57.** Mekhjian H., Warisse Turner J., Gailiun M., A McCain T. Patient satisfaction with telemedicine in a prison environnement. Journal of Telemedicine and Telecare. 1999, Vol. 5, 1.

**58.**Deslich S.A., MA, MS, Thistlethwaite T., MD et Coustasse A., DrPH, MD, MBA, MPH. Telepsychiatry in Correctional Facilities: Using Technology to Improve Access and Decrease Costs of Mental Health Care in Underserved Populations. Perm J. summer 2013, Vol. 17, 3, pp. 80-86.

**59.**Massé G., Frappier A., Kannas S. Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française. L'information psychiatrique. 2006, Vol. 82, pp. 801-10.

**60.**Peng PWH, Stafford MA, Wong DT, Salenieks ME. Use of telemedicine in chronic pain consultation: a pilot study. Clin J Pain 2006 et 22:350-352.

**61.**Ball CJ, McLaren PM, Summerfield AB, Lipsedge MS, Watson JP. A comparison of communication modes in adult psychiatry. J Telemed Telecare 1995 et 1:22-26.

**62.**Terra J. Prévention du suicide des personnes détenue. Evaluations des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention[Internet]. décembre 2003 [cité le 10 décembre 2017]. Disponible sur : [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Rappor\\_Terra.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Rappor_Terra.pdf)

**63.**Tesnière A., Blanchère J.-P., Domp martin A. Télé médecine : une application de choix pour la dermatologie. EMC- Dermatologie. 2015.

# **Annexes**

## **Annexe 1. Consentement du patient à la téléconsultation.**

e :

## **Annexe 2. Questionnaire d'évaluation de la satisfaction de l'utilisation de la télémedecine**

### **Questionnaire d'évaluation de la satisfaction de l'utilisation de la télémedecine en milieu carcéral**

Identification patient :

Âge :

Sexe :

Discipline de la téléconsultation :

Date :

Réponses par oui / non / je ne sais pas / non pertinent.

1°) C'est mon premier entretien de télémedecine.

2°) J'ai eu des difficultés à entendre ou à voir le spécialiste lors de l'entretien en télémedecine.

3°) Je me serais senti plus à l'aise dans un face-à-face seul avec le spécialiste.

4°) C'est un problème pour moi de ne pas être dans la même pièce que le spécialiste.

5°) Ça me dérange que le spécialiste ne puisse pas me toucher lors de l'examen clinique.

6°) Je suis très satisfait de ma consultation de télémedecine aujourd'hui.

7°) La prochaine fois je préférerais me déplacer pour voir le spécialiste en personne à l'hôpital.

8°) Je pense que le spécialiste a pu travailler correctement (bon diagnostic, prescription de bons traitements...).

9°) Je pense que le secret médical est respecté dans les consultations de télémedecine.

10°) J'apprécie le fait d'éviter une extraction vers l'hôpital.

11°) Je trouve que les avantages de la télémedecine sont (réponse libre)

12°) Je trouve que les inconvénients de la télémedecine sont (réponse libre).

Commentaires : (si fait suite à une question, noter le numéro de la question avant le commentaire).

### Annexe 3. résultats des questions

N°	Age (an)/Sexe	Discipline de la t:	Date de la télé	Date de l'entre	Lieu d'in(1°)	C'est (2°)	J'ai eu(3°)	Je me(4°)	C'est (5°)	Ça m(6°)	Je sui(7°)	La pro(8°)	Je pe(9°)	Je pe(10°)	J'ap
1	59 homme	endocrinologie	10/03/17	14/03/17	MA	non	non	oui	non	oui	oui	NSP	oui	oui	oui
2	26 homme	endocrinologie	10/03/17	14/03/17	MA	oui	non	oui	oui	oui	NSP	oui	NSP	NSP	non
3	41 homme	anesthésie	07/03/17	20/03/17	CD	oui	non	non	non	non	oui	NSP	oui	oui	oui
4	71 homme	anesthésie	07/03/17	20/03/17	CD	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	oui
5	21 homme	anesthésie	07/03/17	20/03/17	CD	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	oui
6	32 homme	anesthésie	24/03/17	31/03/17	MA	oui	non	non	non	non	oui	oui	oui	oui	NSP
7	31 homme	anesthésie	24/03/17	31/03/17	MA	oui	non	non	non	non	oui	oui	oui	oui	NSP
8	45 homme	anesthésie	24/03/17	31/03/17	MA	non	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	oui
9	23 homme	anesthésie	13/04/17	18/04/17	CD	non	non	oui	oui	non	NSP	oui	oui	non	non
10	46 homme	anesthésie	13/04/17	18/04/17	CD	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	non	oui
11	30 homme	anesthésie	13/04/17	18/04/17	CD	non	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	oui
12	24 homme	anesthésie	14/04/17	18/04/17	MA	oui	non	oui	non	non	oui	oui	oui	NSP	oui
13	35 homme	anesthésie	07/03/17	15/05/17	CD	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	oui
14	26 homme	anesthésie	11/05/17	15/05/17	CD	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	oui
15	38 homme	anesthésie	11/05/17	15/05/17	CD	non	non	non	non	non	oui	NSP	oui	oui	oui
16	35 homme	anesthésie	07/03/17	15/05/17	CD	oui	non	non	non	non	oui	oui	oui	NSP	oui
17	50 homme	anesthésie	15/05/17	29/05/17	MA	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	non	oui
18	24 femme	anesthésie	15/05/17	29/05/17	MA	oui	non	non	non	oui	oui	non	oui	oui	oui
19	29 homme	anesthésie	19/06/17	22/06/17	MA	non	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	oui
20	34 homme	anesthésie	19/06/17	22/06/17	MA	oui	non	non	non	oui	oui	non	oui	oui	oui
21	46 homme	endocrinologie	02/06/17	27/06/17	MA	non	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
22	37 homme	endocrinologie	02/06/17	06/07/17	MA	oui	non	non	non	nsp	oui	non	oui	oui	oui
23	30 homme	anesthésie	13/06/17	07/07/17	CD	oui	non	non	non	oui	oui	oui	oui	oui	non
24	38 homme	anesthésie	13/06/17	07/07/17	CD	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
25	67 homme	endocrinologie	07/07/17	07/07/17	CD	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non
26	53 homme	anesthésie	04/07/17	07/07/17	CD	non	non	non	non	oui	oui	non	oui	oui	oui
27	38 homme	anesthésie	13/06/17	07/07/17	CD	oui	non	non	non	non	oui	oui	oui	oui	oui
28	25 homme	anesthésie	20/07/17	26/07/17	MA	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	oui
29	57 homme	anesthésie	20/07/17	26/07/17	MA	oui	non	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
30	50 homme	anesthésie	20/07/17	26/07/17	MA	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	oui
31	31 homme	anesthésie	25/08/17	30/08/17	MA	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	oui
32	51 homme	infectiologie	10/08/17	14/08/17	CD	non	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui
33	39 homme	anesthésie	13/09/17	15/09/17	CD	non	oui	NSP	NSP	non	non	oui	NSP	oui	non
34	74 homme	anesthésie	13/09/17	15/09/17	CD	non	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	oui
35	20 homme	anesthésie	07/09/17	14/09/17	MA	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	non
36	26 homme	anesthésie	25/08/17	14/09/17	MA	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	non
37	28 homme	infectiologie	13/09/17	28/09/17	MA	oui	non	oui	non	oui	non	oui	oui	nsp	non
38	54 homme	anesthésie	20/09/17	27/09/17	MA	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	oui
39	33 homme	anesthésie	20/09/17	11/10/17	MA	oui	non	non	non	non	oui	oui	oui	oui	oui
40	36 homme	anesthésie	19/10/17	24/10/17	MA	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	non
41	34 homme	anesthésie	19/10/17	24/10/17	MA	oui	non	oui	non	non	oui	non	oui	NSP	oui
42	21 homme	infectiologie	09/11/2017	14/11/2017	MA	oui	oui	non	non	non	oui	non	oui	NSP	oui
43	42 homme	infectiologie	09/11/2017	14/11/2017	MA	oui	non	oui	non	non	oui	non	non	oui	oui
44	54 homme	anesthésie	09/11/2017	17/11/2017	CD	oui	non	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	non
45	27 homme	anesthésie	09/11/2017	17/11/2017	CD	oui	non	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	non
46	18 homme	anesthésie	30/11/2017	30/11/2017	MA	oui	non	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui
47	52 homme	anesthésie	30/11/2017	30/11/2017	MA	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	oui
48	36 homme	anesthésie	30/11/2017	30/11/2107	MA	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	oui	oui

N°	11°) Je trouve que les avantages de la télémedecine sont ( réponse libre)
1	gain de temps, proximité, éviter les extractions, le fait de ne pas attendre avant de retourner en cellule
2	
3	bonnes explications données par l'anesthésiste
4	simplicité, rapidité, économies d'argent, pas d'escorte
5	évite les déplacements, évite le port d'entrave qui sont douloureuses
6	
7	évite les transferts, gain de temps pour le patient, le médecin et l'AP
8	évite le déplacement et l'extraction, gain de temps, le spécialiste est chez lui donc il a plus de temps à nous accorder pour la consultation
9	
10	réassurance, moins de perte de temps pour moi
11	rapidité du délai de rendez-vous, rapidité car pas de délai d'extraction
12	les entretiens par visioconférence sont intéressants pour quand on n'a pas de gros problèmes de santé, la visio permet que la prise en charge aille plus vite, elle permet aussi d'éviter l'extraction.
13	il n'y a pas besoin de SUBIR une extraction, moins de frustration, bon échange verbal avec le spécialiste
14	respect du secret médical (le surveillant n'est pas présent lors de la consultation), éviter les extractions (menottes, entraves, regard des autres à l'hôpital)
15	évite les extractions, évite les annulations de rendez-vous parce qu'il n'y a pas d'escortes
16	évite les déplacements sous escorte
17	évite les extractions (menottes et entraves)
18	pouvoir parler de vive voix, éviter les entraves lors des extractions
19	bonnes explications données par l'anesthésiste
20	
21	éviter les extractions et les regards humiliants du personnel et des autres patients à l'hôpital
22	gain de temps car les extractions durent toujours longtemps
23	
24	c'est plus rapide
25	cela permet de contacter le spécialiste où qu'il soit, évite de mobiliser les médecins trop longtemps,
26	plus rapide, plus pratique, évite le regard humiliant des patients lors des extractions (entraves...)
27	pas de déplacements inutiles, évite le regard des gens lors des extractions (humiliation)
28	permet de diminuer le nombre d'escorte et le nombre de surveillants
29	éviter les escortes (menottes, entraves...)
30	pas de déplacement (humiliation à l'hôpital, attente, fouille), gain de temps
31	évite les déplacements, + rapide (dans les déplacements et la durée du RDV), plus pratique pour les fumeurs car interdiction de fumer pendant les extractions, donc pas de sevrage en tabac.
32	on rencontre le médecin, le spécialiste connaît la maladie, amélioration du secret médical par rapport à l'extraction, menottes pendant la consultation du spécialiste à l'hôpital
33	
34	c'est moins coûteux, évite les extractions (fouilles, menottes, entraves, humiliations), plus rapide
35	pour éviter les extractions, ne pas être réveillé trop tôt pour les extractions
36	
37	
38	rapidité, coût financier (économie d'argent), on a l'impression que le médecin est physiquement présent
39	
40	c'est génial, la technologie est bonne, et il y avait un bon feeling avec l'anesthésiste
41	
42	pas de déplacement à réaliser
43	plus rapide, pas d'attente, éviter d'aller à l'hôpital (humiliation), pas d'attente pour le RDV
44	gain de temps pour le patient, éviter de se déplacer
45	
46	
47	consultations plus rapides (quelques minutes seulement), pas d'entrave, plus pratique, pour les "petites" consultations c'est bien
48	éviter les déplacements à l'hôpital (entraves, fourgon, "tout le cinéma", attente...)

N°	12°) Je trouve que les inconvénients de la télémedecine sont ( réponse libre)
1	le fait de ne pas être seul avec le spécialiste, le fait de ne pas pouvoir être examiné par un spécialiste, c'est bien pour le suivi des choses de « routine » mais pas pour les problèmes graves ou aigus
2	l'écran est une barrière, la consultation se fait à 3 au lieu de 2, on a l'impression d'être « à la chaîne », ce n'est pas mon spécialiste qui me suit habituellement au CHU, j'aurais préféré sortir de la prison pour « prendre l'air »
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	la consultation est très rapide et je n'ai pas eu le temps de poser les questions à l'anesthésiste.
11	
12	je préférerais une consultation à la maison d'arrêt ( pas d'extraction mais médecin en face-à-face).
13	
14	
15	
16	
17	
18	le médecin n'est pas physiquement présent, je préférerais si le spécialiste était présent.
19	
20	pas d'examen clinique fiable
21	
22	pas d'examen physique possible
23	
24	absence de face-à-face, je préférerais que le spécialiste soit présent sur place
25	moindre liberté d'expression, l'écran est une « barrière » avec le médecin, le patient est permissionnable, il aurait préféré se rendre en personne à l'hôpital
26	
27	manque d'explication des démarches médicales
28	
29	peur d'oublier qqch et de ne pas pouvoir s'en rappeler avant d'avoir « raccroché »
30	empêche de « sortir prendre l'air », il y a des limites : doit rester pour les cas peu importants), sensation de « médecine moins cher »
31	doute sur la sécurité de la transmission des informations.
32	gêne par certaines questions par la présence d'une tierce personne
33	trop rapide, pas de temps pour les questions, impression de « travail à la chaîne », pas à l'aise, importance d'être en face, de se sentir écouté, l'écran est une barrière
34	
35	
36	il manque des éléments lors de la consultation (ECG, auscultation) que j'avais eu lors de ma précédente consultation d'anesthésie.
37	pas de discrétion, pas de secret médical, inquiet que les autres détenus apprennent sa situation
38	
39	
40	
41	
42	
43	il ne peut pas me toucher, n'a pas pu voir mes problèmes de peau, pas le temps de discuter de tous les problèmes
44	difficulté à correspondre avec le spécialiste via la visioconférence, il me manque la présence physique du spécialiste.
45	j'aurais pu sortir pour permission médicale, pas d'examen clinique de la part du spécialiste; pas de possibilité de poser de questions, ne se sentait pas à l'aise, ne trouvait pas ça naturel, je préfère le contact humain.
46	
47	à ne pas utiliser pour les consultations plus compliquées
48	

N°	Commentaires
1	5) j'aurais aimé que le spécialiste examine mes pieds ( patient diabétique), 7) éviter les escortes et les extractions, problèmes de confidentialité, face-à-face plus facile pour parler de certains symptômes 10) les horaires d'extr
2	6*) RDV à 3 avec l'impression que les médecins parlaient entre eux et répondaient parfois à ma place.
3	
4	
5	première visio pour la télémedecine mais avait déjà eu des visio pour des raisons judiciaires
6	Le patient n'avait jamais eu d'extraction
7	le médecin présent pour la téléconsultation n'est pas mon médecin traitant
8	10) j'apprécie le fait de ne pas être "enchaîné comme une bête", le médecin présent lors de la consultation n'est pas mon médecin traitant
9	6*) je ne suis pas satisfait car j'ai eu un « mauvais feeling » avec l'anesthésiste 7*) les extractions permettent de « prendre l'air »
10	4*) j'avais déjà été examiné par le gastro entérologue, 7*) se déplacer à l'hôpital est une perte de temps, 9*) le médecin présent n'était pas mon médecin traitant
11	3*) non car à l'hôpital ce n'est pas un face-à-face avec le médecin vu que le surveillant est présent dans la salle de consultation et il est informé de tout.
12	
13	
14	
15	10*) difficulté à subir le regard des gens à l'hôpital, le médecin présent était le médecin traitant.
16	
17	9*) je pense que l'atteinte au secret médical est plus possible avec la visio
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	mauvaise qualité sonore (on n'entendait rien!)
26	
27	
28	
29	
30	5) mais cela peut être gênant selon le problème évoqué, 8) parce que le sujet s'y prête.
31	
32	mauvaise qualité sonore
33	mauvaise qualité sonore
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	problème de réseau (son + vidéo de mauvaises qualités)
43	
44	
45	
46	
47	
48	



## **Abréviations**

AP : administration pénitentiaire

ARS : Agence Régionale de Santé

CD : centre de détention

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation et de liberté

DMP : dossier médical partagé

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EPSNF : établissement publique de santé national de Fresnes

ERIS : équipes régionales d'intervention et de sécurité

HPST : (loi) Hôpital, et relative aux patients, à la santé, et aux territoires

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

MA : maison d'arrêt

NSP : ne sait pas

OMS : Organisation mondiale de la santé

SAMU : service d'aide médicale urgente

SMPR : service médico-psychologique régional

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation

TIC : technologies de l'information et de la communication

UCSA : unité de consultation et de soins ambulatoires

UHSI : unité hospitalière sécurisée interrégionale

UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée

US : unité sanitaire

VIH : virus d'immunodéficience humaine

## **Table des illustrations**

<b>Figure 1. Discipline de la téléconsultation .....</b>	<b>70</b>
<b>Figure 2. Diagramme de flux .....</b>	<b>71</b>
<b>Figure 3. Je suis très satisfait de ma consultation de télémédecine.....</b>	<b>74</b>
<b>Figure 4. Je pense que le secret médical est respecté lors des consultations de télémédecine.....</b>	<b>75</b>
<b>Figure 5. Parmi les patients satisfaits, réponses aux questions 3-4 et 5 (manque de la présence physique du spécialiste) .....</b>	<b>76</b>
<b>Figure 6. Parmi les patients satisfaits, préférence pour une consultation ultérieure à l'hôpital .....</b>	<b>77</b>
<b>Figure 7. Réponses aux questions 3-4-5 et 7 (expression d'une insatisfaction : manque de la présence physique du spécialiste et/ou absence de désir de renouveler l'expérience) .....</b>	<b>78</b>
<b>Figure 8. Avantages de la télémédecine .....</b>	<b>79</b>
<b>Figure 9. Inconvénients de la télémédecine .....</b>	<b>80</b>
<b>Tableau 1. Réponses au questionnaire.....</b>	<b>71</b>

Vu, le Président du Jury,  
Monsieur le Professeur Potel

Vu, le Directeur de Thèse  
Madame le Docteur Petitclerc-Roche

Vu, le Doyen de la Faculté,  
Madame le Professeur Joliet

**Satisfaction des patients-détenus dans l'utilisation de la télémédecine en milieu  
carcéral.**

---

**Résumé**

**INTRODUCTION :** La télémédecine est actuellement en pleine expansion dans les milieux en situation d'isolement. La prison, de par ses contraintes sécuritaires, peut être considérée comme un lieu isolé. L'utilisation de la télémédecine permet au patient-détenu d'éviter les extractions médicales qui sont sources d'humiliation pour le détenu. Jusqu'à ce jour aucune étude française n'a évalué la satisfaction des patients-détenus dans l'usage de la télémédecine.

**MATÉRIEL ET MÉTHODE :** Cette étude a inclus, entre le 1<sup>er</sup> mars et le 30 novembre 2017, les patients du centre de détention et de la maison d'arrêt de Nantes bénéficiant d'une consultation de télémédecine. La satisfaction de l'usage de la télémédecine était évaluée par un questionnaire. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la satisfaction des patients détenus dans l'utilisation de la télémédecine.

**RÉSULTATS :** Parmi les 48 patients inclus, 43 (89,6 %) se disaient globalement satisfaits par l'utilisation de la télémédecine en milieu carcéral. 45 patients-détenus (93,8 %) pensaient que le travail du spécialiste avait été correctement réalisé *via* la télémédecine. Le fait d'éviter une extraction était apprécié par 72,9 % des patients. Malgré cela, 15 patients (34,9 %) se disant satisfaits auraient tout de même préféré la présence physique du spécialiste lors de la consultation et 19 patients (39,6 %) interrogés déclaraient préférer se déplacer à l'hôpital lors d'une prochaine consultation. Parmi les patients globalement satisfaits, les principaux avantages qu'ils rapportaient spontanément étaient le fait d'éviter les déplacements sous escorte pour 27 d'entre eux (56,3 %), ainsi que le gain de temps pour le patient (16 patients soit 33,3 %). Les inconvénients décrits de manière spontanée par les patients étaient les inconvénients en lien avec le manque de la présence physique du spécialiste pour 12 d'entre eux (25 %) et la brièveté de la consultation pour 8 patients (16,7 %).

**CONCLUSION :** Les patients-détenus ne sont que partiellement satisfaits de la télémédecine. Cette technique connaît malgré tout un certain succès dans les UCSA car elle permet une diminution du délai de prise en charge et surtout elle permet d'éviter au patient de subir les humiliations et l'inconfort des extractions médicales. La télémédecine modifie le rapport médecin-patient et doit rester une alternative non systématique aux consultations en milieu hospitalier sans vouloir tendre vers une prise en charge 100 % télémédecine.

---

**MOTS-CLEFS**

Télémédecine, satisfaction, prison, détenus