

[texte](#)

[article](#)

Soigner en prison

Article tiré du *Traité de bioéthique* (éditions érès, trois volumes) autour des question de l'exercice médical en milieu pénitentiaire, ses spécificités et ses limites

Par: Djamel Khodja, Unité de consultations et soins ambulatoires, D3, Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis (91) /

Publié le : 28 Avril 2014

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Poursuivre la réflexion

Article extrait de *Traité de bioéthique*, Tome 3, E. Hirsch (dir.), Toulouse, érès, 2011, pp 268-279

La santé médicale en milieu pénitentiaire et son évolution

La santé en milieu pénitentiaire a fait l'objet de plusieurs réformes. Dès 1945, la réforme Amor et ses quatorze principes formulés, permettent la création du corps infirmier des prisons ainsi que l'incitation à la création des services médicaux psychologiques (annexes psychiatriques) dans les maisons d'arrêt. L'année 60 voit la création du poste de médecin « inspecteur général » de l'administration pénitentiaire. Le Dr Georges Fully (ancien déporté) fut le premier médecin nommé dans l'administration pénitentiaire. En 1979, la charte d'Athènes voit le jour. Le 10 et 11 septembre de la même année, elle est signée par les membres des professions de santé exerçant dans les prisons dans l'optique d'un meilleur respect des droits des patients détenus. En 1983, les services médicaux des prisons, en passant sous le contrôle de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), marquent une étape importante dans l'organisation et le développement des soins en milieu carcéral. En 1985, l'infirmierie centrale des prisons de Fresnes devient un « établissement hospitalier public national » (EHPNF). La psychiatrie passe, en 1986, de la « pénitentiaire » à la « santé ». Les services médico-psychologiques régionaux créés la même année sont alors les premiers à

rejoindre le monde hospitalier. En 1987, le rapport concernant l'épidémie du VIH dans le milieu carcéral accélère l'ouverture des Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH). La fonction « santé » est confiée à des opérateurs privés au sein des établissements du Programme 130 00. Les 4 et 5 avril 1992, les « Rencontres » pour une médecine sans rupture, entre la prison et la ville, permettent que soient signées des conventions expérimentales entre trois établissements pénitentiaires et des établissements de santé de proximité. En 1993, le Haut Comité de la santé publique publie un rapport sur la santé en milieu carcéral. La Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 qui en découle pose alors une étape fondamentale qui voit l'organisation des soins en prison confiée au ministère de la Santé.

La convention qui lie l'hôpital Louise Michel d'Evry aux maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis est ainsi signée le 17 août 1995. L'Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) reprend les dominations anciennes des infirmeries de prisons et commence à fonctionner dès le 1^{er} octobre 1995 avec pour mission la prise en charge des soins, la continuité du suivi, la prévention et l'éducation de la santé publique.

Avec l'application du programme 13000, la fonction « santé » initialement incluse dans les marchés de fonctionnement des établissements pénitentiaires en gestion mixte est confiée, en mai 2001, au Service public hospitalier. Le programme d'Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI), prévu par la Loi du 18 janvier 1994, ayant été tardivement mis en œuvre, Les différentes ouvertures de ces UHSI ont commencé en 2004 pour Nancy et Lille, 2005 pour Lyon, 2006 pour Bordeaux, Toulouse et Marseille, 2008 pour Paris Pitié-Salpêtrière et, Rennes est prévue pour 2011.

Le cursus de la personne incarcérée

Faisant fréquemment suite à une garde à vue, l'incarcération des personnes a souvent lieu en début de soirée, voire tard le soir. Les personnes gardées à vue sont reçues l'après-midi par le magistrat instructeur (juge) qui leur signale la mise en incarcération (mandat de dépôt) confirmée elle-même par le juge des libertés.

À l'arrivée à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, après un passage au greffe (enregistrement), les personnes incarcérées sont placées dans une aile du bâtiment D4 appelée « accueil ». Le lendemain, elles sont reçues par un chef du service pénitentiaire qui les affecte dans un bâtiment (tripale). Elles sont également reçues par des agents sociaux-éducatifs pour une première orientation et bénéficient alors d'une radio-photo de dépistage de la tuberculose (dépistage qui dépend du Conseil général).

En début d'après-midi, les personnes détenues sont regroupées dans le bâtiment d'affectation où elles sont reçues, cette fois, par l'équipe médicale (infirmières, puis médecin) qui élabore leur dossier médical. Elles sont également reçues par un chef pénitentiaire et par les agents sociaux-éducatifs de suivi. Cet accueil médical permet d'évaluer la situation de santé de la personne arrivante et d'orienter son suivi ultérieur. Dans le cas où aucun antécédent ne serait relevé, le patient pourra être ausculté, ultérieurement, à sa demande. Dans le cas où la personne serait porteuse d'une pathologie, des bilans sont prévus et une nouvelle consultation est programmée.

Durant cet accueil, des tests de dépistage sont proposés aux personnes incarcérées. Ceux-ci comprennent le VIH, l'hépatite B et C. La proposition est systématique bien qu'aucun dépistage ne soit obligatoire. Les modalités d'accès à l'unité médicale sont alors expliquées aux personnes. S'il n'y a pas d'urgence, ces modalités sont exposées par des courriers. Ces derniers sont déposés dans une boîte aux lettres identifiée (UCSA). Leur levée est faite par les infirmières chaque matin vers 11h mais seulement les jours ouvrables. Il persiste que

certaines courriers arrivent par le circuit pénitentiaire. En cas d'urgence, les agents pénitentiaires saisissent l'équipe médicale qui est opérationnelle 24h/24 grâce au système de garde sur le site de Fleury-Mérogis.

La consultation médicale

Chaque médecin de l'équipe d'une triplerait suit lui-même un certain nombre de patients. Les consultations médicales ont lieu chaque jour ouvrable. L'orientation vers la consultation du médecin peut avoir été faite soit par l'infirmière, soit par un signalement urgent demandé par les agents pénitentiaires, soit par une demande écrite (courrier), soit, enfin, par un rendez-vous programmé. Cette consultation se déroule dans un cabinet médical de l'UCSA. Le médecin est seul avec le patient détenu (le surveillant est toujours absent lors de cette consultation). Il n'y a pas de limitation de durée de consultation et la confidentialité est respectée. Dans chaque unité, il existe différentes consultations (immunodéficience humaine, psychiatrie, psychologie, soins dentaires, soins infirmiers).

L'organisation et les modalités de fonctionnement des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), récemment mise en œuvre, complète la prise en charge médicale et nous permet de mieux se centrer sur les différentes pathologies de nos populations.

L'exercice médical en milieu pénitentiaire

L'exercice médical en milieu pénitentiaire est une activité difficile concernant des personnes en situation de vulnérabilité. Le travail en équipe est nécessaire, notamment, avec l'équipe de psychiatrie. La coordination entre la médecine somatique et psychique ne s'est pourtant pas toujours déroulée dans de bonnes conditions. La médecine somatique n'a pas été franchement acceptée par la psychiatrie qui était hospitalière bien avant. Cela se comprend lorsque l'on sait que la psychiatrie se trouve, en France, dans « un état détestable » d'après le constat du Dr Pierre Pradier. L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire reste néanmoins intéressant malgré toutes les difficultés rencontrées. Pour cette forme d'exercice de la médecine, le secret médical ainsi que le consentement libre et informé sont de rigueur comme le souligne Didier Sicard dans son ouvrage, Hippocrate et le scanner : « La médecine en prison m'apparaît comme relevant de la médecine interne dans sa définition la plus noble, c'est-à-dire une médecine de l'homme dans sa globalité mais aussi dans son expertise la plus aboutie. Les détenus m'apparaissent avoir un droit inaliénable d'accéder à une médecine de la plus grande compétence possible ».

Les limites des soins en prison

La prison incarne par excellence un lieu de maladies puisque ce sont les plus pauvres, les plus marginalisés et les plus précaires qui s'y retrouvent. De nombreux maux et pathologies résultent de la surpopulation, de la promiscuité, de l'hygiène déplorable, de l'insalubrité des locaux, de la violence imposée (le non-respect du droit du détenu à la sécurité et à la protection de son intégrité physique et mentale) et du manque d'intimité. Ces maux touchent en priorité les personnes âgées, les handicapés, les jeunes, les malades mentaux et les femmes. La prison représente ainsi un lieu d'enfermement des malades psychiatriques et un espace accentuant les troubles mentaux. Notons ainsi que les maux sont plus prononcés

dans les maisons d'arrêt que dans les autres établissements pénitentiaires.

La réforme de la Loi du 18 janvier 1994 - dans laquelle il était prévu que « l'hôpital entre dans la prison » - a apporté une très nette amélioration de la prise en charge somatique dans un certain nombre d'établissements. Il persiste néanmoins d'importantes disparités entre les établissements isolés ou de petites dimensions (soins d'urgence inaccessibles la nuit et difficiles le week-end) et les établissements principaux. Des insuffisances persistent notamment pour les consultations médicales extérieures à la prison (en nombre et en respect de confidentialité : patient menotté et personnel d'escorte sécuritaire présent). En outre, l'équipement pénitentiaire est rarement, pour ne pas dire jamais, adapté aux personnes handicapées. De la sorte, la pratique des soins en milieu pénitentiaire est soumise à de nombreuses difficultés de divers ordres :

- La gestion des grèves de la faim, voire de la soif, est complexe. Elle exige le respect de la volonté du patient sans aucune forme de chantage.
- Des difficultés linguistiques pour la compréhension des arrivants de plus en plus nombreux de différentes régions du monde.
- L'organisation du suivi et la prise en charge à la libération du détenu demeurent médiocres.
- L'application des mesures de suspension de peines pour raison médicale est restrictive (Loi du 4 mars 2002).
- Les visites au quartier disciplinaire et au quartier d'isolement entraînent une certaine confusion entre soins et expertises.

Réflexions éthiques sur l'exercice médical en prison

L'éthique est une réflexion sur les valeurs humaines, c'est-à-dire sur la vie, la qualité de vie, l'identité des personnes, la liberté et la confidentialité. Elle incite à choisir, non entre le bien et le mal, mais, entre plusieurs formes de bien. Elle gère des conflits de valeurs. Elle est réflexive, optative, tolérante, interactive dans la mesure où elle accepte, le cas échéant, une remise en question. Elle est aussi universelle (« Seul est éthique ce qui est universel », L. Sève). Elle est d'essence laïque. Elle s'exprime à travers le dialogue, l'échange, la confrontation et le débat (« L'éthique décrit, la morale prescrit », F. Quéré).

En dernière analyse, l'éthique apparaît comme une démarche active, fruit d'une réflexion collective et souhaitable sur les valeurs humaines universelles à respecter comme l'exprime lui-même Paul Ricœur : « Le médecin consulté dans le cadre de la prison ne peut exercer à plein sa vocation définie par le devoir d'assistance et de soins dès lors que la situation même dans laquelle il est appelé à le faire constitue une atteinte à la liberté et à la santé requise précisément par les règles du système carcéral. Le choix pour le médecin individuel, est entre appliquer sans concession les exigences issues du serment d'Hippocrate au risque d'être éliminé du milieu carcéral, et consentir aux contraintes constitutives de ce milieu le minimum d'exceptions compatibles avec le respect d'autrui et celui de la règle. Il n'y a plus de règles pour trancher entre les règles, mais, une fois encore, le recours à la sagesse pratique proche de celle qu'Aristote désignait du terme de phronesis (que l'on traduit par prudence), dont l'Éthique à Nicomaque dit qu'elle est dans l'ordre pratique ce qu'est la sensation singulière dans l'ordre théorique. C'est exactement le cas avec le jugement moral en situation. »

Suzanne Rameix, évoquant Levinas, écrit qu'il thématise « l'obligation morale de soigner, avec tous les moyens dont on dispose, tout homme quel qu'il soit, même celui coupable du crime le plus odieux, même le terroriste, même le tortionnaire. Dans le colloque singulier, "Le Patient est l'Autre", il est un absolu qui prime sur toute autre considération. La rencontre du

visage et du regard de l'homme malade impose l'obligation de faire tout pour lui, indépendamment du "personnage" qu'il est. Il importe de s'abstenir de toute position personnelle, de tout jugement à partir de soi-même, et de se laisser "prendre" par l'autre, même si ce décentrement de soi-même sur un malade n'est pas psychologiquement facile. »

L'éthique des soins en prison

La pratique de l'éthique concernant les soins en milieu carcéral consiste à :

- Respecter la personne ;
- Informer la personne ;
- Garder le secret médical ;
- Proposer une consultation médicale temporisée selon le degré de l'urgence.
- Instaurer une relation de confiance ;
- Donner une date précise à la personne ;
- Offrir un suivi médical régulier ;
- N'avoir aucune limitation d'exploration sur place malgré l'insuffisance d'équipements ;
- Ne faire preuve d'aucune forme de discrimination ;
- Être pluridisciplinaire ;
- Suivre une formation continue ;
- Connaître les limites des problèmes éthiques posées par l'ambiguïté et la complexité des relations médecine-justice ;
- Avoir conscience des possibles risques de confusion et de perte des repères.

Références

Ricœur, Paul. - « Éthique et morale » dans *Soi-même comme un autre*, Paris, Le Seuil, 1990, 424 p., « L'Ordre philosophique ».

Sicard, Didier. - *Hippocrate et le scanner : réflexions sur la médecine contemporaine*, entretiens avec Gérard Haddad, Paris, Desclée de Brouwer, 1999, 172 p., « Esculape ». « La Santé et la médecine en prison », Avis n° 94, CCNE, 2006.

Mantz, Jean-Marie. Grandmottet, Pierre. Queneau, Patrice. - *Éthique et thérapeutique : témoignages européens* [Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapie (APNET) & Réseau européen des enseignants de thérapie (REET)], Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 1998, 532 p.

Rameix, Suzanne. - *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, Ellipses, 1997, 160 p., « Sciences humaines en médecine ».

Pradier, Pierre. - *La Gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 : évaluations et perspectives (documents, visites, entretiens, réflexions)*, Paris, Ministère de la Justice, 1999, 110 p.

- [Page précédente](#)
- [Page 1/6](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)

- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire