

[texte](#)

[article](#)

Le médecin face aux conflits éthiques en prison

" Le patient détenu n'est pas un malade comme les autres, le milieu carcéral influence son droit et son état de santé influence l'exécution de sa peine. Le médecin est un maillon central de cette chaîne de tensions et doit à ce titre se positionner face à de nombreuses problématiques éthiques: secrets professionnels, confusion entre rôle d'expert et de médecin traitant, aménagement de peine, consentement et refus de soin."

Par : Aude Lagarrigue, Praticien hospitalier, UHSI (unité hospitalière sécurisée interrégionale), service de médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire, CHU Toulouse Rangueil | Publié le : 28 Avril 2014

Partager sur :

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

Article extrait de *Traité de bioéthique*, Tome 3, E. Hirsch (dir.), Toulouse, érès, 2011, pp 257-266.

La médecine en milieu pénitentiaire a connu depuis vingt ans de profondes modifications structurelles qui ont amélioré la qualité de la prise en charge médicale en détention. Compétence et équité d'accès sont des éléments nécessaires mais non suffisants à une éthique des soins en prison. Le patient détenu n'est pas un malade comme les autres, le milieu carcéral influence son droit et son état de santé influence l'exécution de sa peine. Le médecin est un maillon central de cette chaîne de tensions et doit à ce titre se positionner face à de nombreuses problématiques éthiques: secrets professionnels, confusion entre rôle d'expert et de médecin traitant, aménagement de peine, consentement et refus de soin. Son positionnement, qu'il soit conséquentialiste ou l'expression d'un impératif déontologique catégorique, expose au risque de cautionnement ou d'opposition préjudiciable et stérile à l'administration pénitentiaire et au système judiciaire. Pourtant, entre règles sécuritaires et règles déontologiques peut émerger l'éthique, mais au prix d'une exigence permanente des soignants.

Comme Emmanuel Levinas l'exprime: « (?) dès lors qu'autrui me regarde, j'en suis responsable sans même avoir à prendre de responsabilités à son égard; sa responsabilité m'incombe. » Cette attention à l'autre se verbalise dans le domaine médical, sous le terme

de compassion et dans le domaine politique sous le terme de responsabilité. La prison, en ce sens, interpelle la responsabilité du médecin face aux institutions républicaines. Son rôle est alors double : exercer son métier avec exigence, même si la violence du lieu peut entraver sa déontologie, afin de répondre aux besoins d'une population vulnérable, et témoigner, pour enrichir la réflexion utile que doit mener notre société sur sa pénalité.

La prison moderne : un retour au « renfermement » de l'ancien régime ?

Depuis 30 ans les modifications démographiques de la population carcérale tendent à faire évoluer la prison, lieu de pénalité, vers un lieu retranchant les exclus de l'espace social. Le nombre de détenus augmente (64003 détenus en France en 2008 contre 53845 en 1998) avec parmi eux de plus en plus de sujets marginaux et vulnérables: toxicomanes, malades mentaux, vieillards, handicapés, personnes sans domicile fixe, étrangers. Cette évolution est le corollaire d'une évolution de la délinquance.

Le premier motif d'incarcération en France concerne désormais les infractions à la législation sur les stupéfiants. Un entrant sur 3 en prison déclare une consommation régulière et prolongée de drogue au cours des 12 mois précédents l'incarcération. Cette population dépendante est particulièrement exposée à de nombreuses pathologies infectieuses, psychiatriques et traumatologiques.

Les agresseurs sexuels représentent, depuis dix ans, le deuxième profil le plus fréquent des délinquants en prison. L'âge et la durée des peines en rapport avec ce type de délit engendrent un vieillissement de la population carcérale: alors que la population carcérale totale a été multipliée par 1,9 entre 1978 et 2008, le nombre de détenus âgés de plus de 60 ans a lui été multiplié par 9,3 sur la même période. Dépendance, handicap et syndromes démentiels sont de ce fait plus fréquents en prison et posent les mêmes problèmes de prise en charge qu'en milieu libre.

Par ailleurs, de nombreux malades psychiatriques sont incarcérés dans les prisons françaises : 14 % des détenus souffriraient de psychose et 30 % au moins sont atteints de maladies mentales. Cette surreprésentation psychiatrique est liée à l'évolution du code de procédure pénale qui a rendu plus rare « l'irresponsabilité au moment des faits ». Au début des années 80, 17 % des accusés bénéficiaient d'une expertise statuant à l'irresponsabilité avec une prise en charge hospitalière en milieu libre; en 1997, ils n'étaient plus que 0,17 %.

Enfin, 20 % des personnes incarcérées en 2005 étaient des étrangers, d'où des difficultés de communication (langue, culture?).

L'exclusion économique, sociale, familiale, culturelle est endémique en détention et façonne les rapports sociaux entre détenus. Les toxicomanes sont tributaires dans leur quête de stupéfiants. Les patients âgés, handicapés, sont dépendants dans les actes quotidiens de leur co-détenu et souffrent parfois, de part la nature de leur délit souvent sexuel, de mauvais traitements infligés par les autres prisonniers. Les malades psychiatriques sont stigmatisés tant les autres détenus confrontés quotidiennement à la folie craignent sa contagion. Les étrangers restent isolés du fait du manque de traducteur. Les indigents sont surexposés aux conditions matérielles déplorables de détention.

La prison moderne, comme le faisait l'hôpital du XVII^{ème} siècle, concentre à l'abri des regards de la société ces exclus, mais contrairement au renfermement de l'ancien régime, elle se révèle comme un des ultimes lieux de prise en charge médicale de leur vulnérabilité. A la précarité sociale s'ajoute la précarité sanitaire puisqu'aux modifications démographiques et sociologiques décrites s'associent des facteurs de risque majeurs en matière de santé:

tabagisme, dépendance à l'alcool, erreurs diététiques, absence de suivi médical, prise de risque traumatologique. Un rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGSJ précisait qu'en 1995, la population pénale était deux fois plus malade qu'une population d'âge comparable en milieu libre, et accédait en moyenne deux fois moins à des soins.

La loi de 1994 : une garantie suffisante de compétence et d'équité d'accès ?

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge de la santé en milieu carcéral est passée de la tutelle du ministère de la Justice à celle du ministère de la Santé. Désormais, la médecine en prison repose sur deux structures : les SMPR (services médico-psychologiques régionaux) assurant la prise en charge psychiatrique et les UCSA (unités de consultation et de soins ambulatoires) assurant la prise en charge somatique ambulatoire, la préparation du suivi sanitaire à la sortie, et les actions de prévention et d'éducation à la santé. Ces services sont rattachés à un hôpital de proximité qui reçoit les patients pour les consultations spécialisées, si non réalisables en prison, et les hospitalisations urgentes et de courte durée. Les hospitalisations programmées de plus longue durée, en dehors des troubles mentaux et des situations d'urgence, sont assurées par les UHSI (unités hospitalières sécurisées interrégionales) au nombre de huit sur le territoire français.

Cette loi est la manifestation de la volonté du législateur d'intégrer la population pénale dans le système de santé, en garantissant compétence médicale et accès aux soins comparables au milieu libre.

La nouvelle organisation qui en découle, via le service public hospitalier, a permis une amélioration considérable de la prise en charge médicale des détenus, mais des limites persistent.

La réforme a attribué un rôle crucial aux surveillants dans l'articulation de la relation entre détenus et soignants. Ils sont le vecteur indispensable d'accès du patient au soin, ce qui est perçu par les soignants et les détenus comme un facteur limitant. En prison, l'assurance de la permanence des soins déjà plus difficile du fait de l'enfermement, reste assujettie à la présence du personnel pénitentiaire. De même les règles sécuritaires limitent les possibilités d'extraction médicale des patients vers l'hôpital de proximité. Il découle de ces contraintes un allongement considérable des délais d'accès aux soins spécialisés non délivrés au sein des UCSA. Les soignants, face à cette pénurie relative, sont conduits à une hiérarchisation de l'urgence, faisant craindre le non respect du droit fondamental à la santé.

La continuité des soins à la sortie du patient de prison reste difficile. Elle nécessite un travail en commun entre : le SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation) organisant la réinsertion du détenu, permettant son accès aux dispositifs sociaux et favorisant le maintien des liens familiaux, et les médecins. Même si conseillers d'insertion et de probation et soignants oeuvrent dans le même sens, la méconnaissance mutuelle de leur champ d'action rend la collaboration complexe.

Enfin, comme en milieu libre, le manque de moyens du secteur sanitaire se traduit en détention par des restrictions concernant: le libre choix du praticien par le patient, l'intervention d'interprètes auprès des détenus étrangers et les actions d'éducation à la santé. Ces aspects gages de qualités ne sont accessibles, le plus souvent, que dans des structures de taille importante d'où une disparité géographique qui renforce des inégalités au

sein de la population pénale.

La prison, lieu de pénalité, ne doit priver le détenu que de sa liberté de mouvement. Pourtant, sa structure même nuit à la santé des détenus par ses conséquences psychiques et somatiques. Dans ces conditions, même si la loi de 1994 a amélioré de façon notable la qualité de la médecine en milieu pénitentiaire, elle ne doit pas, par un effet pervers en miroir, consacrer une vision « réparatrice » de la prison. L'incarcération ne peut être légitimée par la prise en charge sanitaire, même pour une population marginalisée qui en milieu libre ne se soigne pas.

Le conflit éthique naît de l'intrication du champ de justice et du champ médical

Le patient détenu n'est pas un malade comme les autres, le milieu carcéral influence son droit et son état de santé influence l'exécution de sa peine. C'est dans l'espace de recoupement entre champ de justice et champ médical que naissent de nombreux conflits éthiques, par l'interaction entre droit et soin.

Les secrets professionnels

Le secret professionnel est un des fondements de notre société démocratique parce qu'il préserve l'espace de liberté de chaque citoyen vis-à-vis de la collectivité. Le secret médical est l'un des plus intangibles et s'avère prépondérant en prison compte tenu de la vulnérabilité particulière des détenus. Les contraintes sécuritaires rendent la préservation stricte de ce secret et de l'intimité difficile, surtout au cours des consultations médicales lors des extractions hospitalières. Un autre exemple est la mise en place, avec le chef d'établissement pénitentiaire, de mesures prophylactiques à l'égard de certaines pathologies infectieuses, qui induit un non respect relatif de ce secret. Les impératifs, juridique et déontologique qui en découlent, peuvent être interprétés comme un enjeu de pouvoir par les surveillants pénitentiaires, pourtant eux-mêmes tenus au secret, et ce au détriment du patient.

La confusion entre rôle d'expert et rôle de médecin traitant

Le code de déontologie médicale dans l'article 105 précise que « nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade ». Pourtant le code de procédure pénale prévoit de faire assurer aux médecins des UCSA et des SMPR un rôle d'expert par exemple pour le contrôle de « l'observation des règles d'hygiène collective et individuelle » (art D.380 du CPP) ou encore pour suspendre une mesure de placement au quartier disciplinaire de nature à compromettre la santé du patient-détenu (art D.251-4 du CPP). Comment créer une relation de confiance avec son patient quand, dans un environnement suscitant en permanence la violence, on soulage sa douleur sans le soustraire du milieu à risque ? Le rôle du médecin peut alors être interprété comme celui d'une caution ou pire d'un complice.

L'initiation des aménagements de peine pour raison médicale

Les détenus condamnés peuvent, du fait de leur état de santé, bénéficier de mesure d'aménagement de peine très diverses: libération conditionnelle, suspension de peine. Cette dernière disposition a été insérée dans le code de procédure pénale (CPP) à l'article 720-1 par la loi du mars 2002 pour les « condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention ». Si cette mesure est un geste fort du législateur en faveur de la préservation de la dignité des détenus, elle n'en reste pas moins imparfaite : elle ne concerne que les condamnés (et pas les prévenus), son application est très restrictive, en particulier du fait des délais des décisions judiciaires; enfin certains détenus totalement isolés et désocialisés ne souhaitent pas en bénéficier y compris au crépuscule de leur vie.

Le consentement et le refus de soin

Le CPP, dans l'article D.362, rappelle que les conditions de l'article 36 du code de déontologie médicale concernant le consentement préalable aux soins s'applique aux détenus : en cas de refus de soins ceux-ci doivent être informés par le médecin des conséquences. En prison, un refus porte aussi à conséquence de façon indirecte. Dans le cadre de la prévention par exemple, le dépistage de la tuberculose à l'entrée en prison est rendu obligatoire, il est effectué par l'UCSA et son refus entraîne l'isolement du détenu. Loin d'être uniquement sanitaire, cet isolement l'expose à une stigmatisation et confine à une sanction. La gestion des grèves de la faim est une autre situation où le conflit entre devoir d'assistance et le consentement libre et éclairé est porté à son paroxysme, et ce d'autant que l'art D.364 du CPP prévoit que « l'avis du médecin est requis dans le cadre du dispositif de surveillance médicale des grévistes de la faim ».

Les problématiques éthiques auxquelles se confronte le médecin exerçant en milieu pénitentiaire sont relatives à des valeurs fondamentales de la relation de soin, mais sont contraintes par l'interpénétration permanente du droit et du soin dans le contexte carcéral. Comment se positionner au quotidien pour y répondre en préservant la confiance nécessaire entre le médecin et son malade ?

La sagesse pratique comme rempart au dogmatisme ?

Face à ces conflits éthiques, la tentation est grande pour le médecin de se positionner sur un mode intangible et figé, afin de faire l'économie d'un débat interne, contradictoire et éprouvant, devant chaque situation clinique problématique. Il est vrai que l'inadaptation de la pénalité carcérale à la préservation de la santé pousse à ce type de comportement. Comment s'engager, entre autre, dans la prise en charge de patients diabétiques quand l'obligation « d'entretien » de l'administration pénitentiaire est remplie de façon si inadaptée en terme d'alimentation, d'accès à l'exercice physique et à une hygiène si rudimentaire soit-elle ? Deux monopoles s'opposent et génèrent un sentiment d'intérêts divergents : le monopole des moyens de contrôle sécuritaire du patient, détenu par l'administration pénitentiaire et judiciaire, et le monopole sanitaire du patient, détenu par l'administration hospitalière. Chacun met en exergue ses règles professionnelles pour se protéger d'une « infiltration ». Le

médecin a une tendance naturelle à répondre sur le mode d'un impératif déontologique. Il agit par devoir, par exemple en refusant de répondre aux interrogations de l'administration pénitentiaire concernant le risque de contamination par un patient qu'il suspecte d'être porteur d'une pathologie infectieuse, ou en soutenant une demande d'aménagement de peine pour un détenu dont l'état de santé est incompatible avec la détention. Dans le premier cas, l'inquiétude des surveillants peut être perçue comme légitime et apaisée sans déroger formellement aux règles du secret. Dans le deuxième cas le médecin peut avoir méconnu avec un patient particulièrement isolé socialement une angoisse liée à une libération. La règle déontologique est alors génératrice d'opposition stérile avec les administrations pénitentiaires et judiciaires, et même contre-productive pour l'intérêt du patient. En pratique le dogme de l'action par devoir est mis en défaut.

Sans négliger son code professionnel, le médecin a l'autre alternative d'évaluer le bien fondé de chacune de ses décisions à l'aune d'une finalité bonne à posteriori et non pas en réponse à un impératif réglementaire. Ce positionnement finaliste peut s'illustrer par le cas d'un patient prévenu, donc présumé innocent, SDF, en phase palliative d'une néoplasie, ne souhaitant pas bénéficier d'une mesure de libération et préférant rester écroué pendant sa fin de vie. Son médecin peut alors décider de ne pas signaler son incompatibilité à la détention. Le risque était de cautionner une incarcération vidée de son sens et de généraliser cet exemple aux situations futures similaires. De même, si un patient handicapé, préfère rester en cellule d'isolement pour se mettre à l'abri des sévices qu'il endure de ses codétenus, alors que l'aménagement de sa cellule est inadapté, son médecin peut choisir de ne pas faire de certificat de levée de mesure d'isolement. On peut cependant craindre que ce choix fasse « jurisprudence » et justifie dans le futur la mise à l'isolement de patients handicapés cette fois en opposition avec la volonté du détenu ou du médecin.

Paul Ricoeur décrit ainsi les difficultés de l'exercice médical dues à l'inadaptation du milieu pénitentiaire aux règles d'éthique médicale: «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. (?) 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 phronésis (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.» Aux soignants en milieu pénitentiaire, il propose une réponse alternative aux conflits éthiques. Par leur expérience médecins et infirmières peuvent acquérir une disposition leur permettant, de choisir le bien comme juste milieu. Cette faculté morale: appliquant les principes universels aux situations particulières est tout à fait opérante et adaptée à la diversité des cas sanitaires et judiciaires. Le médecin peut alors choisir de faire le bien propre à chaque situation, par exemple en expliquant aux agents pénitentiaires, sans révéler de diagnostic, pourquoi un détenu ne doit pas être entravé.

Une éthique médicale exigeante

Tout dogmatisme constitue une adaptation du soignant aux tensions liées à son milieu d'exercice. Il induit une réduction du raisonnement logique qui nie la singularité propre à chaque situation « médico-judiciaire ». Quand le médecin ne décide pas de façon systématique quand il ne fait pas l'économie d'une rencontre, même douloureuse, avec l'autre mais qu'il

fait preuve d'une sagacité pratique, il s'ouvre alors à l'altérité et évite parallèlement les nuisances induites par des défiances mutuelles systématiques des acteurs sanitaires et pénitentiaires .

Seule la reconnaissance, par les autres corps professionnels intervenant en détention, de la responsabilité du soignant et de son devoir d'ingérence afin de défendre la dignité du détenu pourra lever les conflits éthiques qui sous-tendent son exercice.

Références

M. Foucault, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.

E. Levinas, *Éthique et infini*, Paris, Fayard/France Culture, 1982.

P. Ricoeur, *Éthique et morale*, Paris, Le Seuil, 1990.

Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la terre), avis n° 94, « La santé et la médecine en prison », 2006.

Sénat, « Rapport sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France », 2000.

IGAS et IGSJ, « Rapport sur l'organisation des soins aux détenus », 2001.

Conseil national de l'ordre des médecins, « Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire », 2001.

M. Bessin, « L'éthique à l'épreuve des ajustements professionnels en prison », colloque *Santé en prison : dix ans après la loi*, 2004.

J.-B. Thierry, « Aspects juridiques des droits des patients détenus et de l'éthique des soins en milieu carcéral », colloque *Santé en prison : dix ans après la loi*, 2004.

O. Obrecht, « Des progrès pour la santé en prison » *Projet*, n° 269, 2002.

P. Barlet, « Soins en milieu carcéral et éthique » *Éthique et Santé*, 2006

E. Traulle, « La suspension de peine pour raison médicale » *Médecine et Droit*, 2006.

O. Sannier, « Est-ce que le secret médical est la clé de voûte du respect de l'éthique médicale en prison ? », *Éthique et Santé*, 2008.

S. Allen, « Physicians, mass incarceration, and medical ethics » *J Clin Ethics* (2008) 19, 260-263.

B. Elger, « Medical ethics in correctional healthcare: an international comparison of guidelines », *J Clin Ethics* (2008) 19, 234-248.

L Birmingham, « Prison medicine: ethics and equivalence » *Br J Psychiatry* (2006) 188, 4-6.

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

Partager sur :

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