texte

article

**Éthique des pratiques de santé en milieu pénitentiaire**

"La relation entre le soignant et le patient porte les traces des contraintes carcérales. C'est en posant quelques questions essentielles que l'on peut comprendre les difficultés de l'exercice de la médecine en prison."

Par: C. Rostaing, Sociologue, Faculté d'anthropologie et de sociologie, Université Lumière Lyon II /

Publié le : 17 juin 2003

Partager sur :
- *Facebook*
- *Twitter*
- *LinkedIn*
- Imprimer cet article
- Enregistrer en PDF

**Fichiers**

- La lettre de l'Espace éthique/AP-HP n°15-16-17-18 (12.98 Mo)

**Poursuivre la réflexion**

*Texte extrait de La Lettre de l'Espace éthique n°15-16-17-18, 2002.?Ce numéro de la Lettre est disponible en intégralité en suivant le lien situé à la droite de la page.*

## Les spécificités carcérales[1]

Le travail des soignants en prison ne s'exerce pas dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur et doit tenir compte des nombreuses spécificités de l'institution carcérale.
Le cadre de travail, le plus souvent en UCSA (Unités de consultations et de soins ambulatoires), voire en SMPR (Service médico-psychiatrique régional) se situe à l'intérieur des prisons, ce qui suppose des adaptations : un cadre de soins fort variable selon la taille de la prison ; l'accès limité des détenus au cabinet médical ; la médiation du surveillant pour

accéder aux personnes soignées ; des pressions de l'institution pour répondre aux demandes de soins ; des obligations de visites aux détenus incarcérés en quartiers disciplinaires, etc. La connaissance de la vie de l'institution carcérale dépend en partie de la durée de l'exercice professionnel (sous forme de travail à plein temps dans un ou plusieurs services ou de vacations de quelques heures par semaine ou par mois). Le personnel soignant doit apprendre à respecter les normes carcérales et les principes de sécurité qui pèsent sur les relations entretenues avec le patient incarcéré, sans que ces contraintes n'altèrent trop sa pratique de soins et ses relations avec le patient détenu.

## Entre soignant et patient

La relation entre le soignant et le patient porte les traces des contraintes carcérales. C'est en posant quelques questions essentielles que l'on peut comprendre les difficultés de l'exercice de la médecine en prison.

Le patient incarcéré peut-il choisir son médecin ou son psychiatre ? Ce choix n'est guère proposé aux personnes incarcérées, même quand il serait facilement aménageable du fait de la présence de plusieurs médecins. L'absence de choix du médecin peut poser des problèmes spécifiques, comme l'appartenance sexuelle des soignants : si les infirmières sont essentiellement des femmes, les médecins rencontrés dans plusieurs prisons de femmes étudiées étaient des hommes. Les femmes interviewées ont parlé de leur gène à aborder des problèmes intimes ou à se faire ausculter par un homme ; des médecins demandent ainsi la présence d'une infirmière lors des consultations afin d'éviter toute confusion dans la nature de la relation.

On pourrait aussi s'interroger, dans une approche comparative, sur les soins dispensés en prison et dans la société civile. La médecine pratiquée est-elle la même ? Étant donné les contraintes mentionnées plus haut, et les pratiques spécifiques selon les prisons, la réponse à cette question n'est pas simple. Certes, la médecine pratiquée en milieu pénitentiaire s'est largement améliorée depuis la réforme de 1994. Elle touche même une population qui n'aurait pas ou rarement consulté un médecin à l'extérieur (je pense notamment à la population toxicomane qui prend peu soin de son corps ou encore aux femmes qui, lors de la visite d'entrée, " découvrent " qu'elles sont enceintes ou séropositives). On peut par contre avoir quelques doutes si l'on considère les durées très courtes de certaines consultations (consultations sans auscultation, visite effectuée sans demander au patient de se déshabiller pour gagner du temps, etc.) et la situation de marché captif pour le médecin.

Le médecin dispose, en prison, d'un plus grand pouvoir qu'à l'extérieur. Mais il est en même temps soumis à une pression de la part des personnes détenues. Comment tenir compte de la situation d'enfermement des personnes qui consultent, de leurs angoisses, de leurs demandes (souvent exigeantes) de soins, sans avoir le sentiment de céder aux pressions ou de refuser sans cesse ? A contrario, on peut se demander si des soins ne sont pas imposés (visites obligatoires à l'entrée, cas des grévistes de la faim) et si certains contrôles, comme les tests de dépistage, ne sont pas plus ou moins incontournables. Des conflits surgissent avec les personnes incarcérées lorsque le médecin refuse de prescrire des médicaments ou de pratiquer des soins 1, ce qui conduit à une autre interrogation : les patients incarcérés ont-ils accès à tous les traitements (certains médecins refusent de prescrire certains traitements de substitution ; la pratique d'examens en dehors de la prison constitue souvent un problème du fait de la question des escortes ou de l'éloignement de l'hôpital) ? L'accès à des médecins

spécialisés est-il toujours possible (dans les prisons de femmes, les vacations d'un gynécologue sont-elles toujours prévues) ? Peuvent-ils bénéficier de tout type d'intervention comme à l'extérieur (je pense à la pratique des IVG, du fait en particulier des délais imposés ou du possible refus du médecin, ou encore aux cas des interventions jugées non urgentes pouvant être refusées au patient car elles supposent sa sortie de la prison, ce qui peut poser des problèmes de sécurité) ?

Si un médecin refuse de prescrire des traitements de substitution ou des médicaments trop coûteux, quels sont les recours possibles de la personne incarcérée ?

Du point de vue des détenus, la médecine pratiquée en prison ne semble pas toujours correspondre à leurs aspirations : délais d'attente, accès indirect aux soins, non-choix du médecin, médicaments pas toujours disponibles ou refusés, examens demandés mais refusés (étant donné le risque de demandes excessives pour sortir de détention par exemple). On peut également s'interroger sur la garantie de soins aux personnes incarcérées après la fermeture des cellules ou après le départ des personnels de santé.

La pratique de la médecine en prison établit donc une relation sous contrainte entre le médecin et le patient incarcéré.

## Entre soignant et personnel de surveillance

L'exercice de la médecine en prison suppose par ailleurs la présence d'un tiers, le personnel de surveillance. Les personnels pénitentiaires participaient, avant la réforme, à la vie du service médical, géraient les rendez-vous, voire les dossiers médicaux. Là encore, si les pratiques sont variables d'une prison à l'autre, leur rôle reste important en matière d'accès des patients au médecin, de surveillance au sein des UCSA et SMPR, d'échanges d'informations entre le service médical et la détention. Les relations entre soignants et personnels pénitentiaires sont l'objet d'enjeux importants : si le surveillant est dominé socialement et culturellement par le personnel soignant, c'est lui qui, en prison, détient les clés. Son rôle est central et une bonne relation avec lui peut être à l'origine d'une meilleure organisation des soins en détention.

La gestion des relations avec les personnels de surveillance est variable selon les personnels soignants. Certains soignants, en particulier ceux qui travaillent à plein temps, entretiennent de bonnes relations avec le personnel pénitentiaire. Mais le simple fait de serrer la main au surveillant ou d'échanger des informations sur les
détenus peut être mal perçu par les personnes incarcérées. C'est s'afficher pro-surveillant, et, dans la logique pénitentiaire, être anti-détenu, ce qui peut avoir également des conséquences sur la relation de confiance que peut établir le patient avec son médecin. Mais l'échange d'informations sur les détenus pose surtout la question du secret médical.

Cette question est source de tensions entre les soignants et les personnels de surveillance. Ces derniers considèrent qu'ils ont besoin de connaître les pathologies graves des détenus, comme le degré de dangerosité (pour les autres détenus et les personnels), le risque de contagion ou de tentatives de suicides. Ils parviennent
ainsi à obtenir diverses informations, soit directement auprès des détenus, soit par observations (lors des consultations spécialisées à heure fixe, à l'occasion d'une demande

auprès d'un surveillant pour obtenir un rendez-vous). Ils peuvent encore demander à des soignants qui acceptent des échanges réciproques d'informations (motifs de l'incarcération, durée de la peine, attitudes du patient en détention, relations avec les autres détenus), ce que d'autres refusent, au nom du secret médical. Les relations sont alors plus tendues, et le personnel pénitentiaire peut-être tenté de gêner la bonne marche des soins en prison. Il arrive ainsi que
les détenus arrivent systématiquement en retard lors des consultations, que leurs demandes de soin soient transmises tardivement, que les informations circulent plus lentement.

D'autres interrogations se posent, par exemple sur le fait de connaître ou non le motif de l'incarcération, et en quoi cette connaissance peut modifier le rapport entre le soignant et le patient incarcéré, voire modifier le rapport aux soins puisque des jugements éthiques et sociaux peuvent interférer avec des jugements médicaux.
Déjà, le sociologue américain Anselm Strauss[2] s'interrogeait sur les " patients peu méritants", ceux qui ne se soignent pas ou altèrent leur santé par leur comportement : " En conséquence, certains malades recevront de " meilleurs " soins médicaux et infirmiers, non en raison d'une plus forte obligation de la part du personnel, mais parce qu'ils sont définis comme plus méritants. "

Le fait de connaître l'infraction commise par un patient incarcéré peut donc avoir des conséquences sur les soins prodigués. Si l'éthique médicale suppose que le médecin s'abstiendra de tout jugement moral, les entretiens avec des soignants ont montré les contradictions personnelles entre le professionnel et le citoyen.

## Une autonomie reconnue mais pas toujours appliquée

En détention, on peut s'interroger dans ces conditions sur l'autonomie professionnelle des soignants. Si celle-ci est reconnue dans les textes de la réforme de 1994, elle n'est pas toujours garantie sur le terrain. La sacralité du droit à la santé est-elle toujours garantie ?

L'autonomie professionnelle dans l'institution-prison peut être limitée par le cadre des soins : nombre de patients suivis ou imposés par l'institution ; pression sur les médecins pour effectuer davantage de consultations, quitte à en réduire la durée ; secret médical (le fait de passer par le surveillant pour un rendez-vous en maison
d'arrêt, consultations portes ouvertes, consultations spécifiques, consultations spécialisées à heures fixes, etc.).

On constate aussi les limites de l'autonomie des soignants à l'occasion de transferts de détenus effectués par l'institution pénitentiaire sans tenir compte de leur avis, quand des soins sont pratiqués en dehors des Unités de consultations et de soins ambulatoires (cas des visites des personnes incarcérées au quartier disciplinaire par exemple), ou encore quand le personnel demande la rédaction de certificats de coups et blessures, etc.

On peut également s'interroger sur les difficultés rencontrées pour transporter les patients vers l'hôpital (en particulier pour les Détenus Particulièrement Signalés) ou pour pratiquer différents examens à l'extérieur (problème des escortes ou limitation du nombre de lits dans les unités spéciales de l'hôpital). Si le personnel soignant considère le plus souvent le détenu

comme un patient, il n'est pas toujours soigné comme il le serait à l'extérieur.

Si de nombreuses contraintes sont directement liées à l'exercice professionnel dans un cadre contraignant, cadre qui n'est pas toujours bien connu par les personnels soignants intervenant en détention, un certain nombre de questions peuvent néanmoins être négociées et dépendent des choix personnels voire éthiques des soignants. Les relations avec les personnels de surveillance font ainsi l'objet de choix, entre distance excessive et rapprochement ostentatoire. De même, l'acceptation de la présence de surveillant lors de consultations, ou le fait de laisser la porte ouverte, montre une volonté de compromis, voire de compromissions. Au contraire, des médecins convoquent différents patients, concernés ou non, lors de consultations thématiques, afin d'éviter la stigmatisation de certains d'entre eux.

Des formes d'auto-limitation dans les soins ou les examens confirment des cas de pressions institutionnelles sur les pratiques médicales et nous invitent à réfléchir aux différentes marges de man?uvre dont disposent les personnels soignants en détention.

L'exercice de la médecine en prison s'effectue donc dans un cadre contraignant, fort variable d'un établissement à l'autre (selon le caractère public ou semi-privé, la taille de la prison, le régime de détention, le ratio entre personnel médical, etc.). On a ainsi noté des différences entre les équipes médicales formées après la réforme de 1994 et celles dont la composition n'a pas changé depuis cette réforme, et qui ont gardé leurs habitudes dans leur rapport aux soins.

Si certains soignants établissent des relations distantes pour se protéger des pressions permanentes et éviter les discussions, d'autres souhaitent au contraire tenir compte des spécificités carcérales au risque de trop écouter les patients incarcérés. Concernant la durée des consultations, souvent plus courte qu'à l'extérieur, j'ai là encore rencontré des médecins dont les pratiques étaient fort variables : plusieurs d'entre eux acceptent de rencontrer toutes les personnes détenues, souvent au détriment de la qualité des soins, ce dont se plaignent les patients ; d'autres décident de limiter le nombre des patients pour leur accorder davantage de temps, et c'est la pression institutionnelle qui se fait alors sentir. Car il ne faut pas sous-estimer les pressions de l'institution dans les situations d'urgence, sur le nombre de patients à ausculter ou lors de transferts disciplinaires.
Ainsi, devant la difficulté des transferts vers l'hôpital, le soignant ne sera-t-il pas tenté de limiter quelques prescriptions d'examens s'effectuant à l'hôpital ?

Le Conseil de l'ordre des médecins, dans un document sur les aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire, rappelle les obligations du médecin : la liberté de prescription, la confidentialité des consultations, le respect du secret médical. L'observation des pratiques et les entretiens menés avec des médecins m'ont montré cependant les difficultés de l'application de ces principes et tout le chemin qu'il reste à parcourir en matière d'éthique du soin en milieu pénitentiaire.

Notes bibliographiques

1 . Pour plus de détails, on consultera mon ouvrage La relation carcérale, Paris, PUF, 1997.

2 . Anselm Strauss, La trame de la négociation, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 118.

Partager sur :
- *Facebook*
- *Twitter*
- *LinkedIn*
- Imprimer cet article
- Enregistrer en PDF

Sommaire