



CHAPITRE VI

Pratiques médicales et prisons

Introduction, Didier Sicard	188
Une médecine du respect de l'autre	188
Cellule de réflexion de l'Espace éthique	190
Une pratique hors normes de la médecine	190
Pour une relation plus égalitaire	192
Entre peine et pathologie	196
Des pratiques à interroger	199
Détenu malade ou malade détenu	204
Le soin comme relation de guidance	206

Introduction

Didier Sicard *

Une médecine du respect de l'autre

Les médecins qui exercent en prison n'ont jamais bénéficié d'un grand prestige. Il leur était demandé une gestion au plus simple, sans faille, répondant aux urgences vitales, prescrivant des sédatifs aux angoissés et agités, jugeant plus des risques que faisait courir le sujet détenu à la collectivité que des risques encourus par le détenu lui-même. Bref, le médecin en prison était un auxiliaire de la justice, qui, de temps en temps, lui demandait des comptes en cas d'accident grave. C'était une médecine du XIXe siècle où l'éthique ne constituait pas vraiment le cœur des préoccupations, quelles qu'aient été la bonne volonté et le dévouement des médecins.

La loi du 18 janvier 1994 est fondamentale. Elle ne fait plus des médecins des auxiliaires, des employés du ministère de la Justice. Elle crée de véritables services médicaux autonomes, rattachés pour la plupart à des services hospitaliers généraux ou universitaires. La nomination des médecins dépend du ministère de la Santé. C'est une loi qui confère des droits aux détenus, les responsabilise, comme elle responsabilise les médecins. Elle assure le secret médical et la confidentialité. Pour la première fois, il y a une véritable séparation des pouvoirs judiciaires et médicaux. Tel est le constat essentiel que l'on peut donc faire à la fin du XXe siècle.

Mais d'immenses questions demeurent, qui font que nous ne sommes qu'au milieu du gué et que le plus difficile est devant nous.

Car en fin de compte, de quoi s'agit-il ? D'assurer à des détenus français ou étrangers, comprenant plus ou moins bien notre langue, coupable des pires crimes ou d'une simple infraction de séjour :

- que leur corps n'aura pas à souffrir au-delà de leur détention,
- que l'emprisonnement n'est pas de nature à leur faire courir un risque autre que l'incarcération elle-même,
- que sur le plan psychique, des neuroleptiques ou des sédatifs ne sont pas donnés pour la paix de l'établissement,
- qu'ils peuvent être certains que l'avis des meilleurs spécialistes, des meilleurs consultants, sera sollicité comme s'ils étaient des êtres libres,

* Professeur, chef du service de médecine interne, hôpital Cochin, AP-HP.

- que le menottage "n'ira pas de soi",
- que le séjour hospitalier sera le plus proche possible de ceux qui sont libres.

La prison - c'est un lieu commun que l'on finit par oublier - rassemble dans un même lieu des sujets plus souvent porteurs de maladies transmissibles que dans la population en général. Il y a donc une responsabilité de la société pour que la transmission de maladies ne soit pas facilitée par l'incarcération.

C'est donc une médecine difficile, exigeante mais qui redonne sa plus grande noblesse à cette relation humaine. Là, est la vraie prise en charge de l'autre dans son intégrité parfois provoquante. Là, est la vraie responsabilité de "moins se tromper" encore que pour un être libre.

Il ne s'agit pas d'une médecine paternaliste mais d'une médecine du respect de l'autre, quel qu'il soit. Les médecins qui vivent cette discipline sont souvent passionnés et n'en changeraient pas pour tout l'or du monde.

Nous sommes davantage dans les problèmes de l'éthique au quotidien. Nous sommes dans ce que l'humanité attend de la médecine, c'est-à-dire de la subtilité, de l'attention, de la compétence et du respect.

Avec le bouleversement du temps en prison, le détenu reste figé dans un présent, englué dans un passé et incapable de se projeter vers l'avenir. Il a donc besoin pour son propre futur d'une médecine à laquelle il puisse faire confiance. Voilà l'enjeu des années qui viennent. L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris devra s'y consacrer avec détermination, si elle veut être partie prenante d'une médecine digne de ce que l'on attend d'elle.

Pratiques médicales et prisons

18 septembre 1997

Invités experts

Dr Odile Diamant-Berger (responsable des urgences médico-judiciaires, Hôtel-Dieu, AP-HP), Dr José Polo Devoto (unité de dépistage anonyme et gratuit du sida, hôpital Antoine-Béclère, AP-HP, Centre national d'observation des condamnés à de longues peines de la prison de Fresnes), Dr Arnaud Martorell (psychiatre, Centre hospitalier de Moisselles, Centre national d'observation des condamnés à de longues peines de la prison de Fresnes).

Membres de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique

Michel Bilis, Pr Marie-Louise Briard, Pr Quentin Debray, Chantal Deschamps, Pr Patrick Hardy, Emmanuel Hirsch, Martine Nouvian, Pr Didier Sicard, Dr Antoinette Salem.

Invitée

Marguerite Romiguière (formateur, Centre de formation continue du personnel hospitalier, AP-HP).

Une pratique hors normes de la médecine

Odile Diamant-Berger

Le service médico-judiciaire implanté à l'Hôtel-Dieu, reçoit depuis onze ans déjà deux populations bien distinctes : des victimes d'agressions qui désirent porter plainte et des sujets en garde à vue. Si la garde à vue reste bien codifiée sur le plan législatif, l'examen médical, dans ses modalités d'accès et de bon déroulement, relève quant à lui d'un sort plus incertain. Nombre de questions éthiques se posent alors à nous. Il est d'une importance capitale de rappeler que les personnes sont présumées innocentes. C'est pourquoi, assimiler un inculpé en détention à une personne en garde à vue s'avère irrecevable.

Pourtant, menottes aux poings, ces personnes donnent l'impression d'être coupables, alors que bien souvent leur implication se bornera à de simples témoignages. Il nous incombe, dès lors, de les considérer comme des sujets "normaux" afin de ne pas les singulariser. À la contention menottée, se surajoute souvent l'incompréhension du discours. En effet, certains ne s'expriment ni en français, ni en anglais. Pourtant, il reste difficile de faire accepter aux forces de police la nécessité d'un interprète en vue d'un examen médical optimal. Dans l'intérêt du patient, un tel service se justifierait amplement.

D'autre part, les bonnes règles de l'examen clinique imposent l'affranchissement des liens et le respect primordial de toute confidentialité. Réaliser un acte médical avec une présence policière, me semble inconcevable. Quand un policier passe les menottes à un individu, il présuppose de sa dangerosité. Pourtant, dans la majorité des cas, nous n'objectiverons aucune menace réelle. Le gendarme, de son côté, ne conçoit la consultation médicale qu'en sa présence et dix années de "lutte" auront été nécessaires pour mettre un terme à cette dérive.

Tous les patients de notre service ne sont pas malades, mais cette brutale privation de liberté représente une expérience extrêmement perturbatrice. Les convaincre de notre bienveillance, leur procurer une assistance mais aussi les aider dans leurs droits, constituent autant d'enjeux qui relèvent de nos missions de médecin.

L'examen médical est préconisé par le Code de procédure pénale : *"Tout sujet en garde à vue a droit à un examen médical dès le début de sa garde à vue, soit à sa demande, soit à la demande de sa famille, soit à la demande de l'officier de police ou du procureur de la République."* L'examen médical s'intègre-t-il au cadre d'une inspection ? En aucun cas. Il s'agit d'un examen médical ordinaire, à ceci près que le certificat médical qui clôture l'entretien médical ne peut être légalement remis en mains propres. En effet, l'autorité requérante, donc le destinataire de ce certificat médical, est la police judiciaire. Il s'agit alors de transmettre un certificat médical à une personne qui n'est pas médecin. Notons également, que le certificat est remis aux policiers en uniforme - et non pas à l'autorité requérante -, ce qui autorise à s'interroger au plan éthique, sur le secret médical.

Inscrire la seule mention : *"État de santé compatible avec une garde à vue"*, nous apparaît quelque peu restrictif, voire dangereux, car le policier risque de ne pas porter secours à l'asthmatique dyspnéique ou au diabétique en hypoglycémie, pensant qu'il s'agit là d'une simulation. On peut craindre, dès lors, certaines circonstances aboutissant à des décès. Nous nous sommes ainsi interrogés sur la nécessité de déroger au secret médical pour préserver la vie de certains sujets à risque, quitte à enfreindre les règles de la déontologie.

D'autre part, la crainte démesurée de la contamination conduit parfois les policiers à se munir de gants remontant jusqu'aux épaules ! Ils nous interpellent : *"Il est séropositif et m'a mordu... Faites-lui une prise de sang pour confirmer sa séropositivité..."* A-t-on le droit de pratiquer cette recherche de séropositivité et de révéler, lorsque c'est le cas, que le policier a été effectivement mordu par un séropositif ? Je ne le pense pas. Pourtant, nous subissons de telles pressions quasi quotidiennement.

Insistons sur la nécessité du dialogue médecin/patient. Nous refusons de pratiquer un examen sur un patient entravé, même si les policiers nous avertissent de sa

dangerosité. En dix ans, nous n'avons subi qu'une seule agression minime, d'ailleurs parfaitement prévisible. La blouse blanche exerce de manière sensible un effet apaisant. Parfois, les détenus nous révèlent leur histoire et leur éventuelle implication. Le secret reste total. Il y a une vingtaine d'années, nous n'étions que peu concernés par la délinquance; de nos jours, nous y sommes d'autant plus impliqués que nous devons y faire face constamment.

Pour une relation plus égalitaire

José Polo Devoto

La réforme du dispositif des soins en milieu carcéral, prévue par la loi du 18 janvier 1994, semble d'ores et déjà appartenir à la réalité. Elle a redéfini une stratégie sanitaire adaptée au contexte et permis des avancées notables sur le plan technique.

Pour autant restent posées diverses questions d'ordre éthique et déontologique, propres à la médecine en milieu pénitentiaire mais aussi à la médecine tout court. Le changement de tutelle des soignants en milieu pénitentiaire, décidé par la nouvelle loi, devrait assurer un environnement plus propice et plus libre à la réflexion sur ces sujets.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, définit la médecine en milieu pénitentiaire comme "une pratique à part" (mise au point du 16 avril 1996).

Le caractère extrême de son exercice repose essentiellement sur trois particularités :

- 1 - le profil sanitaire et social de la population incarcérée,
- 2 - le cadre institutionnel dans lequel est assurée la garde des détenus,
- 3 - le patient privé de liberté.

Le recrutement de la population carcérale ainsi que ses dimensions sanitaires et sociales, dépendent du cadre légal dont une société se dote à un moment donné de son histoire. À son tour, ce cadre légal reflète le consensus global de ce qui est permis ou non dans cette même société.

Il existe donc un lien évident entre la politique judiciaire et pénale, et les données sanitaires et sociales observées au sein des établissements pénitentiaires. Parions que la modification de la loi de 1970 concernant les stupéfiants, modifierait de manière sensible la prévalence dans ce contexte de certaines pathologies associées à la toxicomanie. La prison reflète donc avec une certaine distorsion les mêmes problèmes sanitaires que nous retrouvons dans la population générale.

L'administration pénitentiaire a pour mission principale la garde des détenus, mais également celle souvent délaissée de la réinsertion sociale des personnes libérées.

Jusqu'à l'adoption de la loi de janvier 1994, les médecins étaient nommés par le ministre de la Justice, sur proposition du directeur général de l'administration pénitentiaire après consultation du Conseil de l'Ordre des médecins et avis préfectoral. Les soignants exerçaient donc sous la tutelle du ministère de la Justice.

À l'époque, la délivrance des soins en prison se limitait globalement au maintien et au respect de l'intégrité physique des détenus. Une partie de la société n'en demandait pas plus. Aussi l'attitude des soignants relevait plus d'un positionnement individuel, que de garanties offertes aux détenus dans un dispositif général. Celui-ci, par ailleurs, semblait plutôt éloigné des préoccupations des autorités sanitaires. Depuis, un effort important a été accompli afin de promouvoir la santé des personnes incarcérées dans le cadre plus large du décroisement qu'opère l'institution pénitentiaire.

Dans ce contexte, le soignant exerce sa mission - guérir, soulager, prévenir - auprès des personnes privées de liberté et dépossédés de certains droits fondamentaux. L'homme malade dont il s'occupe, est enrhumé ou atteint d'un cancer métastasé. C'est un homme prévenu ou condamné, à la veille de sa libération ou à 7 ans de la fin de sa peine, à proximité de ses proches ou à distance de ses enfants, condamné pour un délit sans victime ou responsable des pires atrocités, multi-récidiviste ou primaire. Il est français ou étranger en situation irrégulière. Coupable ou innocent.

Existe-t-il un poids institutionnel insurmontable pour les soignants, leur autorisant une pratique hors norme de la médecine ? Peut-on établir un contrat libre des soins avec un individu privé de liberté ? Sommes-nous situés entre le marteau de l'institution et l'enclume du détenu ?

Les impératifs de sécurité propres au monde pénitentiaire, constituent souvent un obstacle de taille pour organiser des soins adaptés à la demande. L'accès aux soins est laborieux et l'action des soignants, même dans l'urgence, est fréquemment entravé par la lourdeur du dispositif sécuritaire.

S'agissant de la confidentialité de l'acte médical, quand elle est respectée, elle constitue souvent une source de méfiance pour l'institution pénitentiaire. En effet, dans ce monde bipolaire où l'antinomie surveillant/détenu s'évertue à gommer toutes les nuances, l'institution est "habituée" à tout savoir pour tout contrôler...

Malgré toutes ces difficultés, rien ne saurait exonérer les soignants de l'accomplissement de leurs devoirs et de la promotion du respect des droits légitimes des malades incarcérés. L'article 7 du Code de déontologie médicale, relatant les

devoirs généraux des médecins, stipule que *"le médecin doit écouter, examiner, conseiller et soigner avec la même conscience toutes personnes quels que soient leurs origines, leurs mœurs, leur appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard (...)".* Il n'est pas audacieux d'assimiler le respect de ces devoirs ainsi énoncés à une mise à l'épreuve quotidienne du médecin.

L'autonomie grandissante des équipes soignantes a été acquise par le renforcement des moyens affectés ces dernières années et par l'éloignement progressif des surveillants et des détenus qui assistaient naguère le médecin dans son travail. Depuis, des avancées notables ont été enregistrées dans le respect du secret médical. Pour autant le système en vigueur ne permet pas d'assurer l'étanchéité inaliénable de l'information médicale.

Le libre choix du médecin par le malade, demeure en détention un sujet de controverse puisque le Code de procédure pénale et le Code de déontologie médicale s'opposent sur ce point. Cependant, nous pouvons nous attendre à une évolution positive, sinon dans le texte au moins dans la réalité, puisque la présence des médecins hospitaliers en prison et le renforcement des équipes soignantes auxquels on assiste, devraient démultiplier les options offertes aux patients.

Le dépistage et le traitement de certaines maladies vénériennes, obligatoires chez les entrants en prison, sont effectués d'une façon coercitive et sans information préalable des intéressés.

Le patient a le droit de disposer d'une information médicale éclairée concernant ses problèmes de santé. Le respect de ce droit constitue, par ailleurs, une condition *sine qua non* pour assurer l'égalité de traitement devant la loi.

Il me semble que, désormais, le médecin doit participer plus activement :

- à la révélation aux autorités judiciaires de toutes constatations de sévices ou mauvais traitements infligés à une personne privée de liberté,
- au suivi des demandes de libération anticipée concernant les détenus en fin de vie,
- aux démarches destinées à maintenir sur le territoire national des patients dont l'éloignement comporterait des conséquences importantes sur leur état de santé,
- enfin, à la divulgation des voies de recours que pourraient utiliser tout détenu malade n'ayant pas bénéficié des soins appropriés à son état.

Une société solidaire, régie par un état de droit, se doit de permettre aux hommes et aux femmes privés de liberté d'accéder, quand ils sont malades, à des soins satisfaisants.

D'après le dernier rapport du Haut comité de santé publique consacré au dispositif des soins en milieu carcéral, la détermination d'objectifs de santé pour la population pénale nécessite la référence à des valeurs partagées :

- la protection de la santé des détenus comme celle de ses proches,
- la lutte contre l'exclusion, notamment en matière d'accès aux soins et à l'insertion sociale.

Ces deux objectifs sont indissociables, puisqu'ils concernent un citoyen libre qui peut devenir un jour, l'homme condamné au nom du peuple français.

Le travail des soignants en milieu pénitentiaire peut s'inscrire dans une politique plus large d'accompagnement social. Ceci nécessite tout naturellement l'élaboration d'une nouvelle stratégie de santé publique dans un cadre éthique réélaboré.

Aider à l'acquisition d'une estime de soi, faciliter la réappropriation de son corps, soutenir les efforts pour se défaire des dépendances établies avec des produits illicites, enseigner le chemin qui mène aux institutions publiques et en particulier à celles des soins, définir avec les détenus malades une filière de soins pour l'avenir, constituent autant de défis à relever dans le futur.

La réforme a opéré un changement sans précédent du travail des soignants en milieu carcéral. Elle a fourni davantage de ressources humaines et matérielles, ainsi qu'une amélioration de la qualité technique offerte. Ces moyens mettent désormais à notre portée l'accomplissement des principes d'éthique médicale adoptés par l'Assemblée générale de l'ONU en novembre 1982, à savoir : offrir aux détenus malades une qualité de soins équivalente à celle qui est assurée en milieu ouvert.

L'amélioration actuelle de la prise en charge sanitaire des détenus malades, reflète d'une certaine manière et avec un décalage de plusieurs décennies, l'évolution enregistrée sur ce même terrain vis-à-vis de la population générale. D'autre part, elle témoigne de l'intérêt porté désormais par la société et les pouvoirs publics aux conséquences sanitaires et sociales de l'exclusion des populations en grande précarité. Enfin, elle correspond à la mise en œuvre d'une politique fondée sur l'extension des droits du citoyen appliqués à l'homme incarcéré.

C'est pourquoi, il semble important de rappeler notre devoir d'informer les patients des droits qui sont les leurs. En particulier, celui de bénéficier d'une information médicale compréhensible qui vise, notamment, à l'expression d'un consentement éclairé, fondement de tout contrat libre, autant qu'il puisse l'être, entre un homme en captivité et celui qui lui apporte son secours.

Il est vraisemblable que l'aboutissement du processus évoqué, dépendra autant de l'effort déployé par les équipes de soins que d'une évolution de la culture pénitentiaire dans un environnement social plus solidaire et plus égalitaire.

Entre peine et pathologie

Arnaud Martorell

Je n'avais aucune vocation à travailler en milieu carcéral lorsque, par hasard, j'ai rencontré la prison en 1985. Je désirais être pédopsychiatre, m'occuper des problèmes relationnels mère/enfant. En pénétrant dans la maison centrale de Château-Thierry, l'un des établissements pénitentiaires les plus particuliers de France, je découvrais un monde absolument étonnant. Il est nécessaire de bien distinguer les maisons d'arrêt, des centres de détention pour des condamnés à de courtes ou à de longues peines. Les condamnés en maisons d'arrêt sont considérés comme non-dangereux et les maisons centrales accueillent des individus étiquetés dangereux. Nous observons donc des différences au sein des populations qui s'y retrouvent mais aussi à travers leurs mouvements.

Château-Thierry réunit les cent détenus les plus dangereux de France. Ma première surprise fut de constater qu'un détenu sur deux relevait de la psychopathologie lourde. Ils n'étaient pas psychotiques chroniques en décompensation, mais schizophrènes, délirants paranoïaques, dans le registre des psychoses hallucinatoires chroniques, des maladies maniaco-dépressives qui se surajoutent à des comportements de type psychopathique. Certains psychopathes relèvent d'une forme de schizophrénie appelée pseudopsychopathique ou héboïdophrénique. Considérés ainsi, ils évoluaient bien souvent vers une dissociation affectivo-idéique caractéristique de la schizophrénie.

À partir de 1988, j'ai été amené à consulter au Centre national d'observation des condamnés à de longues peines de la prison de Fresnes. Ce centre se destine à affecter les condamnés dont les peines administrées restent supérieures à dix ans. Nombre de détenus manifestaient, là aussi, des troubles psychopathologiques mais en deçà de l'aliénation mentale franche qui aurait imposé l'hospitalisation en milieu psychiatrique. Ils ont connu des épisodes de décompensation et beaucoup demeurent à la limite. Pendant six semaines, soixante détenus sont ainsi observés, soit 20 000 dossiers depuis l'ouverture de ce centre créé en 1950.

Je découvre un monde extraordinaire qui m'impose la nécessité de comprendre la prison, la fonction qu'elle occupe et enfin le rôle imparti au psychiatre. En 1944, la direction de l'Administration pénitentiaire fut confiée à Paul Amor, ancien déporté et ancien procureur, qui préconisa le traitement pénitentiaire dont l'objectif prônait la réinsertion et la resocialisation des détenus. Nous en sommes toujours bien loin ! Souvent, n'interviennent ni éducateurs, ni assistants sociaux, et les moyens alloués restent insuffisants.

L'article 64 du Code pénal de 1810 mentionne : "qu'il n'y a ni crime, ni délit lorsque l'individu est en état de démence au moment des faits ou poussé par une force à laquelle il n'a pu résister". Avec grande pertinence, certains juges parlent de l'article 63 et demi, car effectivement, des individus qui ne relèvent pas à proprement parler de la psychose, s'intègrent par leur comportement à un mode de fonctionnement mental peu habituel. Je rencontre des malades mentaux, des personnes à la limite de la pathologie mentale, qui décompensent puis vont mieux. Elles s'organisent ainsi des allers-retours en milieu psychiatrique. Tout cela s'établit au jour le jour, sans planification, sans véritable réflexion globale. Godefroy Dumesnil Dubuisson, maître de conférence à l'École nationale de magistrature de Bordeaux, définit le temps carcéral comme un temps mort. On attend, on garde mais on ne traite pas. Avec d'autres médecins, nous avons considéré ces problèmes pratiques, notamment la prise en charge adaptée des individus condamnés à de longues peines présentant une pathologie mentale avérée, fixe ou fluctuante.

Paradoxalement, je n'ai jamais autant croisé de "vrais" schizophrènes et paranoïaques qu'en prison. D'ailleurs, cette situation est très embarrassante. La prison n'a pas pour vocation de suivre autant de malades mentaux. Toutefois, s'il s'agit de vider les prisons, la construction d'établissements à caractère sécuritaire adaptés s'imposera comme une nécessité. Le centre Henri-Colin, à Villejuif, constitue l'un des établissements probablement le plus sécuritaire qui puisse exister, et souvent bien plus encore que n'importe quel centre de détention. La surveillance y est permanente : les tables et les chaises sont toutes scellées. La volonté générale qui s'oriente plutôt vers le libéralisme et l'humanisme, se risque à la confusion des genres. La question économique interfère également. À Château-Thierry, à l'époque, l'incarcération revenait environ à 300 francs par jour. À Villejuif, le coût journalier s'élève à 2500 francs, soit à un rapport de un à dix qu'il faut multiplier par 200 à 300 malades.

Nous nous sommes interrogés sur la relation entre peine et pathologie. Ce n'est pas la peine de prison qui détermine la pathologie mentale. Cependant, à l'occasion de ce confinement brutal, une décompensation peut émerger. Proposer un traitement à un sujet condamné à un ou deux ans de prison, n'est pas trop problématique. Néanmoins, s'il est condamné à 15 ans ou à la réclusion criminelle à perpétuité, l'on conçoit alors la lourdeur du suivi et la difficulté de mettre en place un traitement qui aurait un semblant de cohérence. Depuis 1994, tout détenu possède un numéro de Sécurité sociale et l'hospitalisation n'incombe plus financièrement aux établissements pénitentiaires. Des moyens ont été alloués, mais pas toujours de manière satisfaisante. Parallèlement, les malades psychotiques demeurent toujours en prison. Nous recourons parfois à l'article D-398 du Code de procédure pénale de 1958 qui prévoit : "qu'un individu dans un état d'aliénation mentale doit être transféré sans

délai vers un centre dans lequel il sera soigné avec les moyens adaptés à sa pathologie." Il s'agit tout de même de situations extrêmes dont l'application réelle reste exceptionnelle.

Que faire ? Comment administrer une thérapeutique qui soit adaptée et comprise par la société ? Tout en étant respectueux des individus, il semble logique et pertinent de prendre toutes les mesures adéquates afin de se prémunir. Parfois, la dangerosité dépasse le cadre de la menace et aboutit à des meurtres d'infirmiers et de surveillants. Des prisonniers qui vivent selon un mode de fonctionnement mental qualifié de pervers, mentent dans un but utilitaire. Il s'agit de savoir composer, sans pour autant, empêcher des ouvertures.

Concernant les individus qui sont passés à l'acte, notamment par la transgression sexuelle, un certain nombre d'entre eux ne demande rien à personne et ne veut surtout pas discuter de leur "affaire". D'autres, en revanche, s'interrogent ; nous ne savons que leur répondre. Notre exercice reposait sur une conception erronée dont le postulat de base était que : pervers il est, pervers il restera. Mon expérience s'oriente plutôt dans le sens du polymorphisme des conduites perverses. Gouvernés par une structure perverse prédominante, il s'agit d'individus extrêmement redoutables, parce que pervers au sens des conduites sexuelles aberrantes et pervers au sens de la manipulation des autres.

Abuser d'un enfant dans un contexte facilitant, n'implique pas inéluctablement un mode de fonctionnement de type pervers. Certains nous disent : *"Docteur, pourquoi ai-je commis cet acte ? Aidez-moi à comprendre ? Je n'ai jamais consulté de psychiatre !"* Récemment, j'ai entendu un individu qui détenait le triste record de plus de cent tentatives de viol, dix réussies dont une avec meurtre. En un an, cet individu, d'efficiences intellectuelle correcte, issu d'un milieu particulièrement déstructuré - père alcoolique et violent, mère problématique, dissociation parentale, éducation carencée - affirmait n'avoir jamais été examiné ni par un psychiatre, ni par un psychologue en dehors de l'expertise initiale.

Cela ne consiste pas à prétendre qu'un individu demandant une thérapie tend d'emblée vers la guérison. Non ! Il s'agit d'un homme qui s'engage dans une dynamique où un travail peut s'élaborer. Il semble pertinent, alors, de lui proposer une thérapeutique, non dans un esprit naïf de toute-puissance médicale mais dans l'optique d'une éventuelle sortie. Initier un travail et prévoir un relais à sa sortie, demeure une démarche plus appropriée que celle qui consiste à s'obstiner à guetter la fin de sa peine. Après vingt ans de détention, certains ont récidivé sur le même mode. L'objectif repose sur un travail en commun afin d'amorcer une réflexion pour éviter l'irréparable. Il ne récidive pas en toute clairvoyance, en toute conscience, mais il est simplement en proie à une pulsion qu'il ne maîtrise pas.

Les prisonniers requièrent des soins psychiatriques, au même titre que des individus s'adressant à un psychiatre. En tant qu'organisateur de l'antenne médico-légale de la Garenne-Colombes, j'ai eu l'occasion de recevoir un jeune homme de 28 ans, marié, fils d'officier, qui me confessa sa crainte du passage à l'acte : "*J'éprouve des fantasmes d'enfants nus... J'ai peur de commettre l'irréparable... Aidez-moi à mieux comprendre! Aidez-moi à refréner ces pulsions!*" S'il cède, il s'engagera inéluctablement vers un suicide social avec dédit familial et divorce. Cet individu envahi par des fantasmes pédophiliques, n'agit pas pour son plaisir. On admet des processus inconscients, interdits. Nous sommes convaincus de la nécessité de ce travail. Travail qui n'est d'ailleurs possible qu'avec certains agresseurs sexuels.

Ne pas oublier que ces individus pervers sexuels ou atteints d'une pathologie mentale, ne vont pas séjourner définitivement en prison. Le *quantum* de peine se réduit à l'instar d'une peau de chagrin. Par le biais des réductions de peine, un individu condamné à quinze ans de prison, peut demander sa levée d'écrous à la demi-peine. Actuellement, avec tous les scandales et sous le couvert d'une chape de plomb, la libération en conditionnel se limite. Cela va à l'encontre de la conception de certains juges de l'application des peines qui préconisent le contrôle des détenus pendant leur incarcération, plutôt que de les laisser abandonnés à eux-mêmes en électron libre, sans aucun contrôle socio-éducatif.

Il est nécessaire de prévenir la récidive dans l'intérêt des victimes et des agresseurs. Nous portons assistance à des malades mentaux, à des individus à la lisière de la maladie mentale, qui, par définition, ne sont pas libres de leurs gestes. Henriot décrivait le malade mental comme aliéné dans sa liberté. Il nous faut essayer de concevoir ce que l'on peut raisonnablement tenter et prévoir un relais à la sortie de prison avec les antennes médico-légales. Actuellement, nous nous orientons progressivement vers une meilleure compréhension et un meilleur pronostic des pathologies.

Des pratiques à interroger

Michel Bilis

Ces propos suscitent quelques interrogations. Comment, en milieu carcéral, approcher des notions fondamentales telles que le libre choix du médecin, le refus de soin et la confidentialité? Comment parvenir à être médecin dans un milieu qui semble si pathogène pour l'homme? Comment devient-on médecin en milieu pénitentiaire et comment l'institution recrute-t-elle ces médecins?

Je suppose qu'il faut être emprunt d'une motivation exceptionnelle à caractère éthique ou autre, pour gérer des situations à ce point éprouvantes!

Antoinette Salem

À l'hôpital Laennec, nous recevons des prisonniers en vue d'une intervention chirurgicale. Donner rendez-vous à ces malades accompagnés de policiers, menottes aux poings, me trouble et m'interpelle bien souvent. Les soustraire au regard des autres et veiller au respect de leur dignité, peut nous permettre d'assumer, malgré tout, nos obligations à leur égard.

Au fil des années, j'ai été toutefois frappée par l'évolution de l'approche humaine des policiers. Hier, les prisonniers arrivaient avec des menottes - avec, pour nous, toutes les difficultés du monde pour les leur faire ôter. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas. Un policier m'a confirmé que les menottes relevaient d'une procédure obligatoire et que nous devons à des initiatives personnelles le non-respect de cette règle, notamment lorsque l'état de santé de la personne semble limiter les risques de fuite.

Chantal Deschamps

La dignité des détenus ne peut être préservée que dans la mesure où s'opère dans la société un changement de mentalité. La prison, en effet, est victime de la peur qui gagne la cité : peur de la violence, peur de l'autre "différent", peur aussi de la misère et de toutes les formes d'exclusion.

Il est important que de tels témoignages soient portés sur la place publique, que nous en parlions dans tous les lieux où une réflexion peut être conduite.

La santé et la préservation de la vie des détenus, ne doivent pas être laissées à la seule responsabilité des soignants. C'est une affaire de droit et de devoir qui touche tous les citoyens.

La prison ne peut-être vécue dans le respect des personnes - détenus et personnels - que si un tiers, extérieur et vigilant (associations, observatoires, etc.), y a sa place et est reconnu garant des conditions de vie.

Marie-Louise Briard

J'ai relevé deux aspects qui m'ont profondément déconcertée :

- l'amalgame entre le sujet en garde à vue et le malfaiteur,
- le nombre trop important de personnes relevant de la psychiatrie en prison.

Lutter, d'un côté, pour le respect du secret médical et de l'autre, protéger un individu, constitue un enjeu qui me concerne également d'un point de vue éthique. La nécessité d'éloigner ces pensées naïves qui sont les nôtres, réside, j'en suis convaincue, dans la diffusion large de cette discussion.

Didier Sicard

Je pense que l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris n'a toujours pas résolu le douloureux problème de la contention menottée. La violence policière ne traduit pas une violence haineuse mais une violence de routine disciplinaire. L'usage des menottes reste monnaie courante et ce constat m'inspire beaucoup moins d'optimisme que celui d'Antoinette Salem ! Cette peur injustifiée ne saisit pas exclusivement les policiers, elle intéresse également les médecins non sensibilisés au pénitencier. Le principe de la menotte ne doit pas être laissé à l'initiative de chacun, mais incombe à l'AP-HP dans sa relation avec le judiciaire. D'autre part, il importe de ne pas être trop obsédé par le secret médical, dans la mesure où le document, transmis de manière sélective avec l'accord du patient, peut le protéger ou l'aider.

L'Établissement public de santé nationale de Fresnes, pose un problème éthique de par sa structure de fonctionnement. Ses médecins, même s'ils se révèlent très compétents et dévoués, relèvent de l'autorité judiciaire et plus exactement du directeur de l'Administration pénitentiaire. Cette situation demeure inacceptable et en totale contradiction avec la loi.

Vous déclarez que toutes les personnes gardées à vue sont soumises à un examen médical attentif, effectué dans les règles de l'art. Je suis très impressionné ! Je suis enclin à beaucoup plus de pessimisme. Récemment, j'ai réalisé une enquête qui concernait les modalités d'accès des détenus à la prison de la Santé. Je constatais qu'un nombre important de prisonniers n'avait jamais rencontré de médecin et que certains traversaient leurs trois jours de mise au dépôt sans aucune visite. Si cela se déroule de la manière *sus* décrite, nous ne pouvons que nous en féliciter. Cependant, je crains fort que les détenus n'aient pas la capacité d'exprimer leur plainte et j'aimerais avoir votre sentiment sur ce point. La télémédecine pénitentiaire et la grève de la faim en prison, soulèvent également de nombreuses questions à visée éthique.

José Polo Devoto déclare que : *"les sujets sont en situation de détresse ; il faut aller vers eux, les écouter, éviter les jugements altérés par un sentiment de peur."* Cette déclaration est en totale contradiction avec les propos de Arnaud Martorell qui témoigne parfois d'un net sentiment de terreur. La singularité nous autorise-t-elle à la généralisation ? Je persiste à croire que la crainte des médecins à soigner les détenus reste infondée et injustifiée, en dehors bien sûr de situations bien particulières. Paul Léautaud affirmait qu'il était sensible au caractère sédatif de la blouse blanche ! Il confirme par-là, cette faculté propre aux médecins de désamorcer nombre de conflits. L'enseignement d'une médecine pénitentiaire devrait être dispensé aux soignants de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. L'AP-HP reflète fidèlement l'image de ladite société. L'attitude de ses praticiens proclamant

haut et fort : *"Je ne veux pas de détenus dans mon service car ça fait mauvais genre..."*, calque cette attitude de l'AP-HP qui reste campée sur son postulat de base : *"Le détenu ne nous concerne pas."* On constate néanmoins certaines évolutions. Toutefois, tant que l'Établissement public de santé nationale de Fresnes apparaîtra comme la structure de références, rien ne sera réellement bouleversé.

Quentin Debray

Depuis vingt ans environ, j'éprouve le sentiment que le psychiatre en pénitencier occupe une position difficile et incertaine, qu'il se tient entre le marteau et l'enclume, réceptacle des plaintes, sans pouvoir et sans influence. Je le jugeais un peu passif et jusqu'ici, la criminologie m'avait beaucoup déçu.

Pour vous, Arnaud Martorell, c'est une révélation! Vous avez tout compris! Vous posez des diagnostics : la plupart des criminels sont des schizophrènes, des paranoïaques, des maniaco-dépressifs. Par conséquent, on comprend beaucoup mieux. Vous vous attaquez aux fameux pervers et vous faites de la typologie : il y a les bons, les méchants, les récupérables, les irrécupérables. Je le conçois tout à fait sur le plan psychopathologique et cognitif. En fait, vous nous apportez très rapidement une grille d'analyse très séduisante. Je suis ébloui! Je suis extrêmement content, car j'attendais ce discours depuis des années. Enfin, des psychiatres en milieu pénitencier qui sont vraiment à l'écoute des malades et surtout à même de les traiter! Car en prison, on a le temps.

J'aimerais vous poser quelques questions. Tout d'abord, une typologie, c'est séduisant, car plus on s'intéressera à ces patients, plus on progressera. Une fois que vous avez porté le diagnostic de schizophrénie ou de maniaco-dépressif, les mettez-vous sous traitement? Question naïve : reçoivent-ils de l'Haldol®, du Lithium®? Que faites-vous du psychopathe antisocial récidiviste - moins impressionnant que le pervers violeur, j'en conviens - qui, pour nous psychiatres de l'autre côté du mur, nous a toujours donné l'impression d'une désespérante chronicité?

Enfin, aucun d'entre vous n'a parlé d'un processus de culpabilité, de rachat ou de réparation. C'est peut-être un peu démodé, mais cela me paraît important. Sont-ils complètement inaccessibles à ce processus? Est-il complètement refoulé par les uns et les autres ou bien n'y pense-t-on pas tout simplement?

Martine Nouvian

Nous avons très peu discuté de la responsabilité du détenu face à sa prise en charge sanitaire. Qui lui donne son traitement? Des articles mentionnaient que la tâche incombait aux seuls surveillants, ce qui semble curieux. La difficulté de

maintenir le secret médical me paraît parfaitement anachronique, au regard de tout ce qui s'effectue en prison. Nous avons la chance d'accéder directement, grâce à vous, à une multitude d'informations qui nous parviennent habituellement au travers des faits divers relatés dans les seuls journaux à sensation. Existe-t-il une publication spécifique portant sur les pratiques soignantes en milieu carcéral ?

Marguerite Romiguière

Comment distinguer le "gardé à vue" de l'incarcéré ? En milieu hospitalier, pourrait-on parler de malfaiteur ? Je distinguerai la personne en bonne santé de la personne malade quelle qu'elle soit, innocente ou coupable. Il faut réfuter la notion de détenu-malade mais l'accueillir en malade-détenu.

Je m'adresse à Polo Devoto. Qu'entendez-vous par soins superflus qui ne sont non effectués ? Comment vivez-vous la maltraitance observée en prison qui semble si difficile à signaler ?

Patrick Hardy

La fréquence des troubles psychiatriques observés chez les prisonniers, a été parfaitement soulignée par les intervenants. Comme cela a été dit, les pathologies les plus sévères sont habituellement antérieures à l'incarcération, qu'elles soient déjà connues ou découvertes lors de celle-ci. Il convient toutefois de ne pas mésestimer le rôle pathogène de la prison qui représente une situation de forte contrainte psychologique, susceptible de déclencher des réactions pathologiques chez les individus particulièrement vulnérables. Ces réactions peuvent être minimes, passagères mais aussi parfois, durables ou dramatiques : en atteste la surmortalité suicidaire constatée dans les populations carcérales, non exclusivement imputable aux antécédents psychiatriques.

Ce constat amène deux questions : qu'en est-il de notre connaissance du dépistage et de la prévention de telles réactions ? Notons que les mesures proposées pour la prévention du suicide passent essentiellement par un accroissement de la surveillance. À la lueur de ces faits, l'organisation carcérale ne doit-elle pas s'interroger sur sa responsabilité et sur son fonctionnement, sachant que la production de ces états de souffrance est étrangère à la finalité de la peine ?

Le corps médical en milieu pénitentiaire a souvent été considéré comme assujéti à une double contrainte, pris entre les exigences de l'administration, du milieu surveillant et l'excès de certaines demandes de soins. Est-il toujours possible, dans ces conditions, de conserver à l'action médicale une position éthique, exempte de compromission ?

Détenu malade ou malade détenu

José Polo Devoto

Rappelons que le modèle de la prison et le dispositif des soins existant *intra-muros*, sont apparentés aux regards que portent une société sur le délit, la sanction et le droit.

Sur les notions de culpabilité et des réparations évoquées par Quentin Debray, j'aimerais rappeler que l'accomplissement de la peine comporte en elle-même une dimension de "rachat". Souvent, l'histoire de ces hommes et femmes les a conduit, de fil en aiguille, au délit qu'ils ont commis. Amorcer une réflexion sur cette histoire, sur son caractère déterminant dans les comportements, me semble tout aussi important sur le plan individuel que la notion de culpabilité. Enfin, j'estime que les efforts pour restituer la dignité à ces individus, pilier d'un processus de responsabilisation, s'avèrent à l'heure actuelle totalement insuffisants.

Quant à la situation de l'hôpital de Fresnes, évoquée par Didier Sicard, je pense que son devenir ne peut se concevoir en dehors du cadre légal défini par la loi de janvier 1994 et du schéma national d'hospitalisation en cours d'élaboration. Il me semble donc que l'existence même de cet établissement devrait être conditionnée à sa capacité d'évoluer dans le dispositif général défini par la loi.

Concernant la question posée par Marguerite Romiguière, je dirais simplement qu'il n'existe pas de soins superflus. À ce sujet je ne fais qu'évoquer l'atavisme pénitentiaire.

Enfin, je ne me situe pas entre le marteau de l'institution et l'enclume du détenu. Mon rôle de médecin, dans ce milieu comme dans n'importe quel contexte, me porte auprès des gens malades pour les soigner.

Odile Diamant-Berger

La distinction entre détenu malade et malade détenu, relève d'un dilemme que nous n'avons jusqu'ici pu résoudre. Je reste stupéfaite des propos tenus par Antoinette Salem qui dépeint des prisonniers en totale liberté. Je tiens à signaler que l'obligation du "menottage" ne figure pas dans les textes du Code de procédure pénale. Parfois, les policiers en usent et en abusent. Et l'entrave s'approche par certains aspects de la maltraitance. Une section des droits de l'homme siégeant au Conseil de Europe, s'en est émue et s'en préoccupe vivement. Notons que la situation tend à se dégrader. Si l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris prenait position une bonne fois pour toutes, nous en serions très soulagés.

Les "gardés à vue" circulent exclus du circuit habituel du service. On espérait un effort d'humanisation, mais il arrive que les forces de police n'hésitent pas à lier leurs prisonniers aux radiateurs afin de se libérer eux-mêmes, ne mesurant pas alors le sentiment dégradant qu'ils peuvent susciter.

Antoinette Salem

Effectivement, nous avons beaucoup de chance ! Nous constatons une réelle inversion de situation. Ils étaient menottés, ils ne le sont plus. Les détenus considérés comme des malades ordinaires se comportent de manière ordinaire. Sereins, les policiers discutent même parfois avec leurs prisonniers.

Odile Diamant-Berger

Les forces de police n'ont pas toujours la main légère. Lors de l'examen clinique, nous interrogeons le malade et devons inscrire ses doléances. S'il est spécifié sur le certificat médical : "céphalées en probable rapport avec des coups reçus", il est possible qu'un certificat sur trois soit détruit.

Dès la mise en garde à vue, un examen médical et le recueil du consentement du prisonnier doivent être proposés. L'injonction peut être assignée par le procureur de la République, mais de manière exceptionnelle et seulement dans certaines circonstances. Nous ne devons pas céder aux nombreuses pressions qui nous commandent d'outrepasser l'avis du patient. Il faut rester ferme et montrer que nous sommes médecins et non pas auxiliaires de police.

Il semble que le libre choix du médecin n'existe pas, ni lors de la garde à vue, ni lors de la détention. Il s'agit uniquement du libre choix du policier, puisque, au moment de la garde à vue, il réquisitionne et choisit lui-même le médecin.

Quant à la responsabilité du détenu face à son traitement et à son information, si l'on établit un certificat de compatibilité de retour aux frontières, on sait pertinemment que le patient va être reconduit, derechef et en charter, dans son pays d'origine. La personne ne connaît d'ailleurs pas le but de cette visite. Doit-on le lui révéler ? Hypocritement, nous répondons qu'il nous est demandé d'examiner un patient. Nous l'examinons et nous essayons de ne pas nous préoccuper de l'affaire en cours. Cette solution de fuite n'est probablement pas la meilleure. Cela rejoint la problématique que constitue le cas de figure du malade atteint d'une grave maladie à qui l'on ne dévoilera pas toujours la vérité.

Le soin superflu nous est en permanence reproché. Car le policier déclare la nécessité de l'exécution rapide de l'examen médical, étant donné que la garde à

vue ne peut excéder une durée de 48 heures. Pourtant, si l'on s'astreint à parfaire un soin, il s'impatiente, regarde sa montre et s'exclame : *"Ce n'est pas important!"* Le médecin doit faire preuve d'insistance et expliquer qu'il n'y a pas de geste superflu.

Le recrutement des médecins tant en pénitencier qu'en unité médico-judiciaire relève, en fait, de l'exploit. L'exercice y est souvent pénible, non-attractif et sans perspective d'avenir.

Le soin comme relation de guidance

Arnaud Martorell

La prison se conçoit comme un piège à individus fragiles, déshérités et limités intellectuellement. Tous les médecins, quelle que soit leur époque ou leur tendance, s'accordent à le dire. À la prison de la Santé, en 1900 plus d'une personne sur deux était de nationalité étrangère. Les sujets déracinés ou perdus sont plus enclins à transgresser les lois que d'autres. La pathogénie mentale en prison demeure très grande, parce qu'elle s'adresse à des individus qui restent particulièrement fragiles sur le plan de la souplesse psychique adaptative.

Je ne travaille pas qu'en prison. Je ne m'y rends qu'une fois par semaine. Par ailleurs, je n'ai aucune vocation à y rester indéfiniment. En effet, rien sur le plan social ne valorise le travail en prison, ni sur le plan des honneurs, ni même sur le plan financier.

En prison, face à des comportements aberrants, révéler qu'une personne n'est pas saine sur le plan mental relève presque du secret de polichinelle. Il est néanmoins important de le signaler aux surveillants : *"Attention, cet homme ne se moque pas de vous, il est malade..."*, sans pour autant divulguer les détails de sa vie. Cette attitude rejoint celle de mes confrères qui officient depuis de nombreuses années en milieu carcéral. De même, il est nécessaire de se persuader qu'il en va de l'intérêt du patient.

Concernant la peur, en prison, on a tous eu peur. J'ai eu peur d'être étranglé, agressé, mais cette peur ne m'a jamais empêché de recevoir systématiquement seul les patients, sauf en cas de risque imminent de passage à l'acte. Si certains individus se révélaient d'une extrême dangerosité, j'arrivais entouré d'une escorte de cinq à dix surveillants. Dans certaines conditions, notre devoir est d'intervenir au titre de l'assistance à personne en danger.

Dans le cas de refus de traitement ou d'examen, il faut respecter les décisions de chacun. À travers mon expérience, j'observe que les individus qui refusaient de me voir étaient souvent en proie à un délire extrêmement extensif, appelé "délire d'innocence".

En réponse à Quentin Debray, je ne pense pas que la plupart des détenus condamnés à de longues peines soient des psychotiques. À l'époque, les statistiques de Château-Thierry montraient que nous avons environ 50 % de détenus psychotiques. Les autres psychiatres estiment, quant à eux, que 75 % appartiennent au registre psychotique. Cela n'équivaut pas à dire que ce sont des psychoses décompensées. En effet, un schizophrène stabilisé qui viole une petite fille et lui administre un "mauvais coup", écope de quinze ans de prison, même s'il s'agit d'un schizophrène avéré. Quant au schizophrène qui frappe sa grand-mère car elle refuse de lui donner de l'argent, il est considéré comme ayant fait appel à un secteur de sa conscience suffisamment lucide. Il s'agit alors d'un acte utilitaire pour lequel il sera écroué dix-huit ans, schizophrène connu, répertorié et traité. Donc, nous sommes confrontés à des malades mentaux, en rémission et condamnés.

Quentin Debray

Il s'agit quand même d'un pourcentage important !

Arnaud Martorell

Des statistiques réalisées en collaboration avec les villes de Marseille et de Poitiers, ont établi que mille individus enfermés dans les prisons de France relevaient de pathologies mentales lourdes, sinon de psychoses. Ces chiffres restent constants.

Concernant le processus de culpabilité, de rachat ou d'amendement, certains individus l'expriment. Cela relève de la relation thérapeutique, de la relation de guidance, même si elle ne s'inscrit pas dans une relation à proprement parler thérapeutique, au sens psychanalytique du terme.

Nous administrons bien entendu des traitements. Devant des psychoses, nous utilisons des neuroleptiques d'action prolongée (Haldol®, Décanoas®) mais parfois, nous sommes dans la nécessité de les imposer sous couvert des autorités compétentes car nous n'avons aucune autre alternative. Les psychopathes antisociaux se révèlent également sensibles à l'action des neuroleptiques d'action prolongée, probablement par leur pôle sédatif et régulateur de l'humeur.

Quentin Debray

Que se passe-t-il à la sortie ?

Arnaud Martorell

À la sortie, la personne est libre. Libre d'une liberté un peu incohérente car on sait qu'elle est hautement dangereuse pour la société et pour elle-même. Alors, la question éthique se pose : que doit-on faire ? Souvent, vers la cinquième décennie, la psychose s'amende. Parfois, le sujet s'enfoncé dans la forme héboïdophrénique ou évolue vers la stabilisation. Je vous rappelle l'édification d'un établissement spécialisé en 1878, à Gaillon, qui s'adressait aux "détenus aliénés, épileptiques et vicieux". Cela souligne le souci passé des médecins du secteur pénitentiaire. Le détenu malade psychiatrique ou le malade psychiatrique détenu a fait l'objet de nombreux débats dans la société médico-psychologique, depuis sa fondation en 1843 jusqu'à pratiquement 1910. Que doit-on faire ? Qui doit primer ?

Les surveillants donnant la fiole renvoient à des pratiques qui suscitent la polémique. Dans certaines prisons, pour des raisons de sécurité élémentaires on cassait et diluait les comprimés afin de parer au risque d'emmagasinement et de trafic de médicaments. Tous les médecins ont critiqué ce procédé car il exposait à la dénaturation les molécules. C'est la résultante de carence de moyens.

Actuellement, il est admis qu'il n'existe pas de psychose carcérale. On en débattait déjà à l'époque de Baillarger, en 1843. La prison induit-elle des suicides ? Toutes les sommités de l'époque, dont Esquirol, convenaient unanimement que la prison n'intervenait jamais seule, le suicide s'intégrant dans un contexte facilitant.

Enfin, sur l'utilisation de manière perversée de la médecine en prison : sommes-nous complices de cet appareil répressif ? Sans doute. Mais, ne contribuons-nous pas à la paix dans les prisons ? Si nous n'intervenons pas, que se passerait-il concrètement ? La prison disparaîtrait-elle ? Non. La prison traduit une humanisation au regard de la peine de mort et de la torture. Si nous n'intervenons pas, nous laisserions des hommes sans formation se démener avec d'autres hommes en souffrance, car la pathologie mentale est avérée dans ce milieu pathogène. Quant à moi - et je prends position -, j'estime préférable dans l'intérêt bien compris et du détenu en souffrance et de la société, de s'engager dans cette réalité comme s'il s'agissait d'effectuer *a minima* son service national.

Emmanuel Hirsch

On retiendra de ces interventions d'une très grande qualité, l'importance et la valeur d'une fonction médicale à tant d'égards spécifique : celle du médecin au service de personnes provisoirement ou durablement dépourvues de liberté.

Qu'en est-il d'une pratique médicale exercée dans un contexte où l'autonomie de la personne malade comme celle de son soignant, sont assujetties aux règles de procédures relevant des logiques judiciaires de l'incarcération et de la sécurité ? Comment concevoir la fonction de soin dans un contexte de dépendance, mais souvent aussi de mise en cause immédiate de la dignité humaine, des droits reconnus à toute personne, y compris s'agissant de la confidentialité, du consentement et donc des bonnes pratiques déontologiques ?

On l'a compris, les médecins ne sont pas prêts à tout accepter ; heureusement ! Au nom d'une morale professionnelle, ils tentent de réhabiliter la spécificité de la relation de soin qui reconnaît à toute personne une valeur imprescriptible. Dès lors, ils se placent en situation de résistance face aux abus possibles, ce qui requiert à la fois une extrême vigilance et le soutien effectif des instances dévolues au respect de la déontologie.

Il semble évident que la médecine en prison se situe trop souvent aux limites de ce qui est éthiquement acceptable. D'autant plus, face à des personnes en situation de détresse, d'extrême vulnérabilité, de fragilité sociale, dont le parcours dans la désocialisation les a parfois précisément menés en prison.

Comment les réhabiliter dans un droit à la santé, si l'administration pénitentiaire entrave trop souvent encore la volonté d'intervenir adéquatement, selon les règles en vigueur en dehors des prisons ?

Le soignant ne peut pas se contenter d'une attitude de neutralité bienveillante. Un certain nombre de données objectives font apparaître le caractère pathogène de certaines conditions d'incarcération. Peut-on accepter l'inhumanité de situations de promiscuité qui affectent la santé des prisonniers et mettent en cause leur existence même ? Confronté à la toxicomanie qui est la cause de nombre d'incarcérations, mais aussi aux risques de contaminations (hépatites, VIH, etc.), comment le médecin peut-il assumer un rôle de prévention ? De quels soutiens dispose-t-il, mais aussi de quelle autonomie ?

L'indépendance des pratiques médicales en prison semble acquise, du moins d'un point de vue législatif. Encore est-il nécessaire de nous départir d'attitudes morales marquées des seules rigueurs de la logique punitive, de la peine, pour reconnaître la personne au-delà de sa réduction à la figure et à la condition de prisonnier.

Ce n'est pas évident, d'autant plus qu'une telle démarche pose la question complexe du sens et des fins de l'incarcération.

Au nom des valeurs constitutives d'une société humaine, la relation de soin doit témoigner au prisonnier de son appartenance à une communauté d'homme qui comprend et exerce à son égard, malgré les circonstances, ses obligations d'assistance, de non-abandon. Le soin constitue la plus juste expression du souci que nous témoignons à la personne, au-delà de ce qui contribue à sa relégation sociale.

En cette matière, il n'appartient pas au soignant de juger ou de limiter ses pratiques à celles qu'exercerait un auxiliaire de justice. Sa fonction est autre. Ainsi, peut-on s'interroger sur le rôle "pacificateur" qu'assume le médecin en recourant parfois sans discernement à l'usage de "camisoles chimiques". De quel projet thérapeutique relève une telle option? Est-elle attentive à la personne incarcérée ou plutôt aux intérêts de l'administration pénitentiaire?

Il semble nécessaire de poursuivre la réflexion si justement abordée au cours de cette rencontre. Encore est-il nécessaire d'insister sur quelques principes qui ne semblent tolérer la moindre dérogation. Quelles que soient les difficultés pratiques de leur mise en œuvre et les dilemmes qu'elles peuvent susciter, les obligations de secret médical, de confidentialité et donc de respect du privé s'imposent comme des règles d'autant plus essentielles, lorsqu'elles constituent les traces ultimes de cette considération exprimée, malgré tout ce qui peut lui être reproché, à une personne mise en cause dans sa faculté de décider et donc d'exercer une autonomie. Le médecin se doit, par tradition et par fonction, de tout mettre en œuvre afin de prémunir l'homme de toute forme d'arbitraire. Il y va de sa responsabilité comme de la légitimation de son rôle social. Dès lors, confronté aux excès d'une violence parfois inconciliable avec les valeurs démocratiques, ne lui est-il pas imparti de surcroît le délicat devoir de soutenir une réflexion consacrée aux conditions mêmes de l'enfermement.