

**UNIVERSITE René DESCARTES
(PARIS V)**

Président : Pr P. DAUMARD

DEA D'ETHIQUE MEDICALE ET BIOLOGIQUE

Directeur Pr C. HERVE

Promotion 1999-2000

TITRE DU MEMOIRE :

**LA RELATION MEDECIN-MALADE
EN MILIEU PENITENTIAIRE :
L'EXEMPLE DE L'UNITE D1 DES
MAISONS D'ARRET DE FLEURY-MEROGIS**

Présenté par : Dr Djamel KHODJA

**Directeur de mémoire : Pr C. HERVE
Co-direction : Dr G. MOUTEL**

LA RELATION MEDECIN-MALADE EN MILIEU PENITENTIAIRE : L'EXEMPLE DE L'UNITE D1 DES MAISONS D'ARRET DE FLEURY-MEROGIS

Djamel KHODJA

RESUME

Le milieu carcéral est connu pour être un environnement de tensions extrêmes et de contradictions, voire un endroit extrême.

Le secteur médical de ce milieu a été géré pendant de très nombreuses années par le Ministère de la Justice. Cette gestion est devenue hospitalière depuis la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994.

Cette médecine hospitalière dans ce milieu fermé peut poser des problèmes.

Notre interrogation éthique sur notre comportement de médecin hospitalier, via notre relation médecin-malade est celle-ci :

Notre travail est-il du type hospitalier ?

Notre travail médical est-il vraiment éthique dans ce milieu et alors la relation médecin-malade est-elle bien accueillie par les personnes incarcérées ?

Une enquête a été effectuée concernant cette relation. Elle apporte un éclairage intéressant pour cette pratique, apporté par nos propres patients, du fait de leur privation de liberté, sont en situation de grande vulnérabilité.

La perception de la dépendance du secteur médical par rapport aux magistrats et administration pénitentiaire persiste à un certain degré encore.

Mots clés = relation médecin-malade, milieu pénitentiaire, médecine hospitalière et prison, santé, maison d'arrêt.

SUMMARY

The carceral environment is known to be one of tensions and contradictions, often extreme.

The medical sector in this environment reported for many years to the Ministry of Justice. This management was transferred to a hospital administration according to the law no. 94_43 18th January 1994.

Hospital medicine delivered in this closed environment can pose many problems.

Our ethical enquiry regarding our behaviour as doctors in this context, via the doctor-patient relationships is as follows :

Is our work similar to that of a hospital ?

Is the work we do genuinely ethical and in which manner is our work perceived by those who are imprisoned ?

A evaluative study was conducted concerning this relationship. It casts an important perspective on our practice given that it is our patients, despite their lack of liberty, are in a situation of great vulnerability.

The perception of the close links still existing between the medical sector and the prison administration and magistrature still persists to a certain extent.

Key words = doctor-patient relationship, prison environment, hospital medicine in prison, health, remand centres.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont en premier au Professeur Christian HERVE pour nous avoir fait approfondir l'Éthique Médicale dans sa spécificité et globalité avec autant d'intérêt.

Nous remercions également :

- l'agréable équipe du L.E.M., avec Danièle R., sans oublier Évelyne B.

- notre équipe médicale de l'UCSA D1 avec :

Bénédicte B.
Christophe T.
Dominique L.
Dominique N.
Françoise F.
Noëlle O.
Thierry N.

Sans oublier :

Alain B.
Annie-Pierre K.
Karen L.
Nathalie M., qui a beaucoup aidé au début de ce travail.
Olivier F.

- La sympathique promotion du DEA d'éthique 1999-2000 :

Adrien B.	Joëlle A.
Amine C.	Karine Z.
Atia A.	Marie-Laetitia G
Christian C.	Nora B.
Christian D.	Patrice B.
Edna G.	Reda S..
Émilie B.	Souhail A.
Fatima T.	Véronique F.

SOMMAIRE

I) Introduction	1
II) Quelques citations et textes se rapportant au milieu pénitentiaire et à la santé.....	1
III) Méthodologie	4
a) Hypothèses	4
b) Choix de la méthodologie	5
c) Bibliographie	5
d) Questionnaire	5
e) Observations personnelles.....	6
IV) Bref rappel historique de la situation de la santé médicale en milieu pénitentiaire et son évolution avec quelques dates	7
V) L'exercice médical en milieu pénitentiaire.....	8
VI) Les maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis	8
a) Structure.....	9
b) Population carcérale	9
c) L'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires.....	10
- Les locaux	11
- L'équipe médicale de chaque unité de soins	11
- Quelques chiffres sur l'activité de l'UCSA.....	12
VII) Le cursus de l'arrivant (personne incarcérée).....	12
VIII) Résultats du questionnaire	13
IX) Discussion.....	28
X) Conclusion	29

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

I) INTRODUCTION

Ce mémoire de DEA d'Éthique Médicale et Biologique, après un enseignement pluridisciplinaire, se doit d'être l'aboutissement d'un état éthique professionnel, étant Médecin Polyvalent.

La préparation conjointe de ce DEA, ainsi que du DIU d'éthique au sein du laboratoire que je fréquente depuis plus de trois années, a conduit ma réflexion personnelle à m'interroger sur ma propre profession et mon exercice.

L'exercice médical d'une portée sociale au sein de la personne qui, selon la phrase de Kant présentant la personne comme : « *ce qui doit être toujours traité comme une fin et pas simplement un moyen* » et la référence au rôle du médecin dans le cadre de l'éthique médicale : la réponse apportée par Paul Ricœur (1) à la question « *Alors qu'est-ce qui spécifie l'éthique médicale parmi toutes les applications éthiques ?* »

D'abord, la référence première à la souffrance, ensuite le lien inter humain très particulier entre le médecin et son patient autour de cette même souffrance.

Mon expérience professionnelle d'une pratique en secteur très particulier c'est-à-dire en milieu carcéral, milieu de tensions et de contradictions où cette médecine est considérée encore par certains comme une médecine emprisonnée alors que notre rattachement au monde hospitalier date de cinq années.

Quelle meilleure évaluation de nous-mêmes si ce n'est par nos propres patients?

Quel meilleur marqueur si ce n'est notre relation médecin-malade et sa propre critique par nos soignés ?

C'est l'objet de ce mémoire : la relation médecin-malade en milieu pénitentiaire, l'exemple de l'unité D1 des Maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis.

II - Quelques citations et textes se rapportant au milieu pénitentiaire et à la santé

« C'est un grand mal sans doute que des condamnés inégalement coupables et de différents âges soient confondus dans la même prison ; mais ce mal ne devient-il pas affreux, lorsqu'on réunit ensemble les coupables condamnés, les prévenus qui peut-être sont innocents...? »

Alexis de Tocqueville

« Le détenu est sous l'œil du gardien, le gardien sous l'œil du directeur, la prison sous l'œil du peuple. »

Jeremy Bentham, Le Panoptique

« L'enfer, c'est les autres ! »

Jean-Paul Sartre, Huits-Clos

De Michel Foucault dans « Surveiller et punir » (2). Le corps des condamnés.

« Le corps s'y trouve en position d'instrument ou d'intermédiaire : si on intervient sur lui en l'enfermant, ou en le faisant travailler, c'est pour priver l'individu d'une liberté considérée à la fois comme un droit et un bien. Le corps, selon cette pénalité, est pris dans un système de contrainte et de privation, d'obligations et d'interdits. La souffrance physique, la douleur du corps lui-même ne sont plus les éléments constitutifs de la peine. Le châtimement est passé d'un art des sensations insupportables à une économie des droits suspendus. S'il faut encore à la justice manipuler et atteindre le corps des justiciables, ce sera de loin, proprement, selon des règles austères, et en visant un objectif bien plus « élevé ». Par l'effet de cette retenue nouvelle, toute une armée de techniciens est venue prendre la relève du bourreau, anatomiste immédiat de la souffrance : les surveillants, les médecins, les aumôniers, les psychiatres, les psychologues, les éducateurs ; par leur seule présence auprès du condamné, ils chantent à la justice la louange dont elle a besoin : ils lui garantissent que le corps et la douleur ne sont pas les objets derniers de son action punitive. Il faut réfléchir à ceci : un médecin aujourd'hui doit veiller sur les condamnés à mort, et jusqu'au dernier moment - se juxtaposant ainsi comme préposé au bien être, comme agent de la non-souffrance, aux fonctionnaires qui, sont chargés de supprimer la vie. Quand le moment de l'exécution approche, on fait aux patients des piqûres de tranquillisants. Utopie de la pudeur judiciaire : ôter l'existence en évitant de laisser sentir le mal, priver de tous les droits sans faire souffrir, imposer des peines affranchies de douleur. Le recours à la psychopharmacologie et à divers « déconnecteurs » physiologiques, même s'il doit être provisoire, est dans le droit fil de cette pénalité « incorporelle ».

De ce double processus (effacement du spectacle, annulation de la douleur) les rituels modernes de l'exécution capitale portent témoignage. Un même mouvement a entraîné, chacune à son rythme propre, les législations européennes : pour tous, une même mort, sans que celle-ci ait à porter, en blason, la marque spécifique du crime ou le statut social du criminel ; une mort qui ne dure qu'un instant, qu'aucun acharnement ne doit multiplier à l'avance ou prolonger sur le cadavre, une exécution qui atteigne la vie plutôt que le corps ».

Le suivi médical de l'Observatoire International des Prisons, sections françaises-prisons = un état des lieux (3).

Depuis la loi du 18 janvier 1994 (n°94-43), la prise en charge sanitaire des détenus ne dépend plus de l'administration pénitentiaire, mais du service public hospitalier. Chaque établissement pénitentiaire public a signé un protocole avec l'hôpital de proximité désigné pour assurer la prise en charge sanitaire des détenus. Dans les prisons du « programme 13 000 » (à gestion semi-privée), la prise en charge des soins relève de groupes privés, qui embauchent du personnel médical, avec les mêmes obligations de soins que les hôpitaux publics. La circulaire du 8 décembre 1994 (circulaire interministérielle d'application de la loi du 18 janvier 1994) pose comme objectif « *d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalentes à ceux offerts à l'ensemble de la population* ». La pratique reste encore éloignée de ce principe, la logique médicale des services de santé étant en constante opposition avec les impératifs de sécurité de l'institution carcérale. Par exemple, l'amélioration de l'accès aux soins passe par la multiplication des extractions vers des services spécialisés. Or, pour le milieu pénitentiaire, toute sortie de détenus à l'extérieur constitue une prise de risques.

Par ailleurs, les détenus se situent dans une situation de dépendance par rapport aux médecins : ils ne « vont pas en consultation »; ce sont ces derniers qui les « appellent » ou pas. Certains traitements sont parfois inaccessibles en prison, comme les produits de substitution à l'usage de stupéfiants opiacés, les bithérapies contre l'hépatite C, et les essais thérapeutiques pour les malades atteints du VIH. La permanence des soins n'est assurée qu'exceptionnellement dans les prisons, et fait largement défaut la nuit et le week-end.

Les délais d'attente pour certains soins spécialisés, comme les soins dentaires, peuvent être de plusieurs mois et entraîner des conséquences irréversibles pour les personnes détenues. Les consultations sont souvent plus brèves qu'extra muros ; la nature et la qualité des soins s'en ressentent. Enfin, de façon générale, la médecine en milieu pénitentiaire est essentiellement curative et exceptionnellement préventive.

Les difficultés d'accès aux soins pour les détenus :

Les principaux problèmes d'accès aux soins relevés par l'OIP concernant les interventions d'urgence, notamment en l'absence de permanence de soins la nuit, les délais d'hospitalisation ou de consultation à l'hôpital considérablement allongés pour des problèmes d'escorte, les conditions d'hospitalisation parfois avec menottes et entraves, la rareté des grâces médicales et des libérations accordées aux détenus atteints de pathologie mortelle, l'inadéquation du nombre

de personnels médicaux et des soins disponibles aux nécessités spécifiques de la population détenue.

Urgences et absence de permanence des soins la nuit

En cas d'urgence les détenus doivent appeler les personnels de surveillance en poste pour avoir accès au service médical. Les personnels, habitués à ce que les détenus crient parfois simplement pour voir quelqu'un, pour une angoisse (etc.), ne répondent pas systématiquement. En particulier la nuit où leur nombre est limité et où seul le gradé d'astreinte détient les clés des cellules. Ainsi, un détenu peut agoniser toute une nuit dans sa cellule, malgré ses appels ou ceux de son codétenu, sans que personne n'intervienne avant la première ronde du lendemain matin. De plus, c'est au surveillant d'étage de déterminer le degré d'urgence de la situation, alors même qu'il est dépourvu de toute compétence médicale. C'est donc à lui de décider d'alerter ou non les services de secours, à moins qu'un interne de garde soit en poste dans l'établissement.

III) METHODOLOGIE

Un questionnement sur notre exercice médical qui dans mon cas est d'une particularité où mes patients ont une caractéristique majeure et très importante qui est la privation de leur liberté (liberté = acquis fondamental de vie de toute personne).

Ce questionnement passe par le biais de ce que pensent nos patients détenus sur la relation Médecin-Malade.

a) Hypothèse

Notre rattachement au monde hospitalier date de 5 ans après de très nombreuses années sous la responsabilité du Ministère de la Justice.

Notre indépendance, intégrité, rôle, peut poser lieu à différentes interprétations.

Dégager une vision selon la relation médecin-malade dans sa globalité serait une réponse judicieuse et adéquate.

Sommes-nous véritablement perçus comme des médecins traitants suite à notre appartenance au monde hospitalier ?

Sommes-nous sous la tutelle de l'Administration Pénitentiaire et des magistrats ?

Notre souhait est d'avoir un début de réponse à cette problématique.

b) Choix de la méthodologie

Le but d'un mémoire est de se baser sur des informations fiables, le recueil d'information passe par un questionnaire ou un entretien oral (directif ou semi-directif). Notre choix du questionnaire est de préserver l'anonymat garant d'une liberté d'expression surtout dans un secteur aussi sensible. Notre cible est nos patients. Quelle meilleure cible d'autant plus qu'elle nous concerne ! Nous avons choisi une méthode probabiliste de distribution de questionnaire lors de la dispensation des médicaments par les infirmières en détention.

Il est bien entendu que ce mode de distribution peut compter un biais de sélection mais une distribution à toute population n'a pu se faire pour un problème de temps.

c) Bibliographie

La recherche bibliographique menée dans les banques de données (Ethics, Medline, Pascal) et sur le Web, n'a pas pu trouver sur la relation Médecin-Malade en milieu carcéral ou pénitentiaire des éléments probants. Quelques articles dont celui de V. VASSEUR (4) sur le concours médical, sinon le DEA de Madame A. BECART concernant les problèmes éthiques posés par l'exercice de la chirurgie dentaire en milieu carcéral : étude menée à la maison d'arrêt de LOOS-LEZ-LILLE ont apporté quelques éléments de réflexion.

d) Questionnaire

Le choix des questions relève de la démarche d'apprécier les réponses concernant globalement la relation Médecin-Malade avec quelques critères de sélection :

- une sélection selon une première incarcération ou non, donc sur l'incarcération,
- une sélection pour la dernière incarcération était-elle sur ce même bâtiment ou ailleurs ?
- l'existence d'un suivi médical à l'extérieur, c'est-à-dire antérieurement à l'incarcération,
- la connaissance ou non du médecin qui s'occupe de ce patient depuis son incarcération,
- l'existence ou pas d'une consultation depuis cette incarcération,
- l'appréciation du patient sur la relation médecin-malade,
- le non-choix de ce médecin, pose-t-il problème ?

- l'existence ou pas du respect de la personne,
- le secret médical et son respect et sa perception,
- existe-t-il une véritable confiance ?
- l'écoute qui existe est-elle réelle ?
- secondairement, en cas de possibilité, choisit-on le même médecin que celui actuellement ?
- l'indépendance de ce médecin vis-à-vis des magistrats et de l'administration pénitentiaire et sa perception,
- l'avis sur le fait qu'on soit hospitalier dépendant du CH Sud Francilien et l'exercice actuel en milieu carcéral,
- les souhaits à exprimer au bout de ce questionnaire.

e) Observations personnelles

Comme précédemment dit, notre échantillon peut poser un problème de biais de sélection mais aussi on a distribué les questionnaires à nos patients. Les seuls qui peuvent donner un avis sur la relation médecin-malade puisque lorsque celle-ci existe, elle les concerne en premier.

On a 7 cas d'exclusions sur 50 questionnaires, cela fait beaucoup. Mais les raisons sont :

- 1 cas concernant spécifiquement le psychiatre,
- 1 cas insultant toutes les questions sans réponses interprétables,
- 1 cas émis par l'auxiliaire qui est détenu travaillant à l'UCSA pour la partie nettoyage des locaux,
- 3 cas de non-réponse au questionnaire,
- 2 questionnaires totalement identiques dont on a sélectionné qu'un seul.

Cette enquête s'est déroulée sans poser aucunement de problèmes dans notre secteur qui est particulier.

La collaboration de toute l'équipe fut déterminante et très appréciable. Je n'ai rien retrouvé d'équivalent dans toutes les recherches effectuées.

IV) BREF RAPPEL HISTORIQUE DE LA SITUATION DE SANTE MEDICALE EN MILIEU PENITENTIAIRE ET SON EVOLUTION AVEC QUELQUES DATES :

- Des 1945, avec la Réforme AMOR et les 14 principes formulés. Il y a eu la création du corps infirmier des prisons ainsi que l'incitation à la création des services médicaux psychologiques (annexes psychiatriques) dans les maisons d'arrêt.

- En 1960, création du poste de médecin inspecteur général de l'administration pénitentiaire. Le Dr Georges FULLY (ancien déporté) fut nommé le premier médecin inspecteur général de l'administration pénitentiaire.

- En 1979, création de la Charte d'Athènes (10 et 11/09/79) signée par les membres des professions de santé exerçant dans les prisons (dans l'optique d'un meilleur respect des droits des patients détenus) (voir annexe).

- En 1983, le contrôle des services médicaux des prisons passe par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) qui est une étape importante.

- En 1985, l'infirmerie centrale des Prisons de Fresnes devient établissement hospitalier public national (EHPNF).

- En 1986, la psychiatrie passe de la pénitentiaire à la santé. Ils ont été les premiers à rejoindre le monde hospitalier des 1986. Création des services médico-psychologiques régionaux en milieu pénitentiaire.

- En 1987, le rapport concernant l'épidémie du VIH en prison à accélérer la venue des CISIH Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine). La fonction santé est confiée à des opérateurs privés dans les établissements du programme 13 000.

- En 1989, des conventions sont signées entre les établissements pénitentiaires particulièrement confrontés à l'infection par le VIH et des structures hospitalières spécialisées, les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), afin d'assurer des consultations VIH à l'intérieur de ces prisons.

- En 1992, rencontre pour une médecine sans rupture entre la prison et la ville (4 et 05/04/92). Établissement de conventions expérimentales entre trois établissements pénitentiaires et les établissements de santé de proximité.

- En 1993, le haut comité de la santé publique publie un rapport sur la santé en milieu carcéral.

- En 1994, la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 (annexe) entraîne une étape fondamentale qui confie l'organisation des soins au Ministère de la Santé.

Pour les maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis, la convention qui lie l'hôpital Louise Michel d'Évry à celles-ci a été signée le 17/08/95 (voir annexe). L'U.C.S.A (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires) reprend les dominations anciennes des infirmeries de prison, a commencé à fonctionner le 1/10/95 avec pour mission la prise en charge des soins, la continuité du suivi, la prévention et l'éducation de la santé publique.

V) L'EXERCICE MEDICAL EN MILIEU PENITENTIAIRE

L'exercice médical en milieu pénitentiaire est une activité difficile, concernant des personnes vulnérables. Le travail en équipe est nécessaire et surtout avec la psychiatrie. La coordination entre la médecine somatique et psychique n'a pas toujours pu se dérouler dans de bonnes conditions. La médecine somatique, devenue hospitalière, n'a pas été franchement acceptée par la psychiatrie qui était hospitalière bien avant. Cela se comprend lorsque l'on sait que la psychiatrie se trouve en France dans « un état détestable » selon l'expression employée par le Docteur PRADIER. L'exercice de la médecine dans ce milieu semble rester intéressant malgré toutes les difficultés restant à régler.

Selon le Pr. Didier Sicard (5), dans notre livre « Hippocrate et le scanner » : *« la médecine en prison m'apparaît comme relevant de la médecine interne dans sa définition la plus noble, c'est-à-dire une médecine de l'homme dans sa globalité mais aussi dans son expertise la plus aboutie. Les détenus m'apparaissent avoir un droit inaliénable d'accéder à une médecine de la plus grande compétence possible. »*

VI) MAISONS D'ARRET DE FLEURY-MEROGIS

L'ensemble des établissements pénitentiaires est placé sous la tutelle du Ministère de la Justice et dépend de la Direction de l'Administration Pénitentiaire.

a) La Structure

Les Maisons d'Arrêt de Fleury-Mérogis sont implantées sur un domaine de 180 hectares, situé sur le territoire de la commune de Fleury-Mérogis dans le département de l'Essonne. C'est la plus grande prison d'Europe. L'architecture du centre pénitentiaire est de type modulaire pensée pour faire face à l'important flux de personnes qui entrent ou sortent chaque année.

Ces Maisons d'Arrêt dont l'ouverture remonte à l'année 1968 (inaugurée le 6 mai 1968 pour le bâtiment des hommes), regroupent environ 8% de la population carcérale totale. A l'origine, elle devait remplacer la maison d'arrêt de la santé.

Elles sont réparties en trois établissements distincts, géographiquement espacés les uns des autres.

- La Maison d'Arrêt des hommes : M.A.H. qui comprend elle-même cinq bâtiments (D1, D2, D3, D4, D5) appelés tripales en raison de leur forme. Chaque tripale possède une capacité de 600 à 700 places, avec deux cours de promenade, des zones d'atelier, un parloir, les tripales sont des établissements distincts et bénéficient d'une certaine autonomie.

- La Maison d'Arrêt des Femmes : M.A.F

- Le Centre des Jeunes Détenus : C.J.D
(voir annexe, plan de masse)

L'ensemble des Maisons d'Arrêt est dirigé par un Directeur dont l'adjoint est le Directeur de la Maison d'Arrêt des Hommes.

La Maison d'Arrêt des Femmes et le Centre des Jeunes Détenus ont chacun à leur direction un Directeur et un Sous-Directeur. Chaque bâtiment de la Maison d'Arrêt des Hommes est dirigé par un Sous-Directeur.

Le personnel se compose de surveillants, administratifs, médecins, infirmiers, enseignants, travailleurs sociaux, membres du culte, également de personnes extérieures souvent issues de milieux associatifs.

b) La population carcérale

Les Maisons d'Arrêt sont des établissements recevant des détenus en détention provisoire, c'est-à-dire en attente de leur jugement, ou en attente d'un jugement définitif (détenus ayant fait appel d'un premier jugement ou s'étant pourvu en Cassation).

Certains détenus condamnés peuvent rester en Maison d'Arrêt. C'est le cas de détenus condamnés à des peines n'excédant pas un an, ou encore de détenus condamnés, mais en attente d'un jugement pour une autre affaire.

La capacité d'accueil des établissements de Fleury-Mérogis est d'environ 4 000 détenus. Il y a eu une surpopulation importante qui a atteint voire dépasser 5 000 détenus. Actuellement la population tourne autour de 3 100 détenus.

La durée de séjour est d'environ cinq à six mois avec un flux moyen annuel de 10 000 à 12 000 détenus.

Les détenus proviennent à hauteur de 30% de Paris, 20% de la Seine St Denis, 10% de l'Essonne, 8% de la Seine-et-Marne. Un audit a été réalisé en 1997, sur les difficultés de Fleury : la maison d'arrêt recevant des personnes de la région Île-de-France, il est difficile de maintenir des relations avec des partenaires départementaux et les administrations d'État déconcentrées (par exemple, missions locales).

En conséquence, une « départementalisation » (6) à été engagée : une seule tripale a été « départementalisée » depuis novembre 1999, D3, qui accueille des détenus uniquement originaires de l'Essonne et de Seine-et-Marne. Cette organisation permet de maintenir dans de meilleures conditions le contact avec les partenaires extérieurs. Le principe de la départementalisation devrait être étendu en septembre 2000 aux autres détenus. Le D3 fait l'objet d'un programme pilote d'accueil des détenus sur huit jours, permettant de définir un premier projet de vie en détention et d'élaborer le projet de sortie. Une commission pluridisciplinaire (médecins, surveillants, psychologues, travailleurs sociaux) se réunit et essaie de définir, pour chaque détenu, les mesures à prendre : inscription en formation, affectation au service général, travail en atelier....

Chaque lundi matin, une réunion regroupant une quarantaine de personnes fait le point sur la situation de la maison d'arrêt des hommes.

c) L'UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires)

La prise en charge médicale au niveau des Maisons d'Arrêt de Fleury-Mérogis dépend, et est rattachée, depuis octobre 1995, au centre hospitalier Louise MICHEL sous la dénomination d'UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires) des Maisons d'Arrêt de Fleury-Mérogis. Cela a été engagé dans le cadre de la loi de Janvier 1994 modifiant la prise en charge médicale des milieux pénitentiaires, sachant qu'auparavant, elle était sous la double tutelle depuis 1983 du Ministère de la Justice et de l'Inspection Générale des Affaires

Sociale (IGAS). Depuis la fusion entre l'hôpital Louise Michel d'Évry et l'hôpital Gilles de Corbeil, nous dépendons de l'hôpital Sud Francilien.

Les locaux :

L'UCSA, service du centre hospitalier Sud Francilien, occupe huit sites d'activités, sept unités de soins et l'unité d'accueil. Chaque unité de soins comprend :

- quatre cabinets de consultations médicales,
- une salle de soins,
- une pharmacie,
- un secrétariat médical.

A l'unité D4 de la maison d'arrêt des hommes se trouve l'unité de soins centrale où on a :

- une salle de radiologie conventionnelle,
- un poste d'échographie polyvalent,
- une salle de kinésithérapie,
- une salle d'endoscopie digestive,
- une salle d'électroencéphalogrammes.

Différentes salles de consultation assurant les spécialités suivantes : dermatologie, endocrinologie, ophtalmologie, ORL,

- une vingtaine de cellules réservées à l'isolement médical.

Des travaux sont prévus dès la rentrée prochaine afin d'étendre la zone attribuée aux consultations avec différentes améliorations pour l'ensemble de cette unité avec le projet d'avoir d'autres consultations spécialisées sur place, type neurologie, orthopédie, rhumatologie.

L'équipe médicale de chaque unité de soins :

- trois ou quatre médecins généralistes assurent les consultations médicales et les urgences,
- quatre infirmiers suivant deux horaires, 8h-16h ou 10h-18h assurant l'activité principale de type bilans, surveillances, pansements, soins infirmiers, accueil des arrivants ainsi que la distribution des médicaments en cellule entre 12h et 13h lors des repas,
- deux préparateurs en pharmacie, préparation des ordonnances et gestion de la pharmacie annexe (tripale),
- un secrétariat médical assurant toute la coordination,
- une garde médicale 24h/24h existe sur le site du centre pénitentiaire. Elle permet d'assurer toutes les urgences.

Quelques chiffres sur l'activité de l'UCSA

	1995	1996	1997	1998
MEDECINE GENERALE Nombre de consultations	12 761	24 264	31 295	33 198
SPECIALITES Nombre de consultations	2 615	5 143	5 408	5 109
DENTISTES ** Nombre de patients traités	8 385	11 353	12 450	11 399
INFIRMIERS Soins et consultations	56 275	70 300	66 972	71 372
Laboratoire	8 489	12 464	13 794	12 214
RADIOLOGIE Nombre d'actes	2 022	3 802	3 971	4 602
Nombre d'échographies *	0	0	220	643
KINESITHERAPIE Nombre de séances	1 420	3 121	3 997	4 208
EXTRACTIONS Hospitalisations et consultations (Fresnes et civiles)	2 394	3 071	2 701	2 344

* échographe mis en service en sept 97

** unités de soins en travaux en 98

VII) LE CURSUS DE L'ARRIVANT (PERSONNE INCARCEREE)

Faisant suite à une garde à vue, l'incarcération a lieu très souvent en fin d'après-midi, voire le soir très tard. Les personnes gardées à vue sont vues par le magistrat instructeur (juge) l'après-midi, qui leur signale la mise en incarcération (mandat de dépôt).

Depuis environ 1 an, le nombre moyen d'arrivants est d'une vingtaine alors qu'avant, c'était plutôt une quarantaine.

A l'arrivée à Fleury, après un passage au greffe (enregistrement), ils sont placés dans une aile du bâtiment D4 appelé « accueil ». Le lendemain, ils sont reçus instantanément par un chef de service pénitentiaire pour l'affectation sur un bâtiment (tripale), également reçus par les sociaux-éducatifs et bénéficient d'une radio photo de dépistage de la tuberculose dépendant du conseil général.

En début d'après midi, les détenus sont regroupés dans le bâtiment d'affectation où ils sont reçus par l'équipe médicale (infirmier(e)s puis le médecin) qui élabore le dossier médical de l'arrivant.

Cet accueil médical permet d'évaluer la situation de santé de la personne arrivante et d'orienter son suivi ultérieur.

Dans le cas où aucun antécédent est à noter, le patient sera vu ultérieurement à sa demande.

Dans le cas d'une pathologie, des bilans sont prévus et la prochaine consultation est déjà programmée.

Dans cet accueil sont proposés les tests de dépistage comprenant le VIH, l'hépatite B et C. La proposition est systématique, mais aucun dépistage n'est obligatoire.

Également, on explique les modalités d'accès à l'unité médicale : un courrier en cas de non-urgence, une inscription sur un registre si le souhait est d'être vu dans la journée.

Le signalement aux agents pénitentiaires en cas d'urgence. Une présence médicale est opérationnelle 24h sur 24 grâce au système de garde sur le site.

La consultation médicale :

Chaque médecin de l'équipe d'une triplé a un nombre de patients suivis par lui.

Les consultations médicales ont lieu chaque jour ouvrable. L'orientation vers la consultation du médecin peut avoir été faite par l'infirmière, soit par un signalement urgent demandé par les pénitentiaires, soit par une demande écrite et également par un rendez-vous programmé.

Cette consultation se déroule dans un cabinet médical de l'UCSA. Le médecin est seul avec le patient détenu, le surveillant est absent lors de cette consultation. Il n'y a pas de limitation de durée de consultation, la confidentialité est respectée.

VIII) RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

* Déroulement de l'enquête :

Les questionnaires ont été distribués lors de l'habituelle distribution des médicaments le 24/07/00. Les réponses nous sont parvenues dès le lendemain majoritairement et les jours suivants. On a attendu une dizaine de jours pour l'arrêt de prise en compte de réception de réponses.

Depuis la clôture de réception, on a reçu 2 réponses qui n'ont pas été incluses.

- 122 questionnaires ont été déposés,
- 50 ont été reçus,
- 7 ont été exclus,
- 43 ont été exploitables.

Selon le critère « 1ère incarcération ou non », on a :

- 15 cas de 1ère incarcération,
- 28 cas de plusieurs incarcérations.

Selon le critère « la dernière incarcération était-elle dans le bâtiment D1 ou ailleurs » :

- 6 cas étaient dans le même bâtiment,
- 9 cas étaient sur Fleury mais dans un autre bâtiment,
- 13 cas étaient ailleurs.

L'existence d'un suivi médical antérieur :

- dans 20 cas, ce suivi existe,
- dans 23 cas, ce suivi n'existe pas.

On a classifié par tableaux selon :

- résultats globaux,
- résultats globaux avec et sans suivi médical extérieur existant,
- résultats selon une première incarcération ou plusieurs incarcérations avec modulation dans ce cas selon l'ancienne incarcération, même bâtiment D1, autres bâtiments de Fleury, ou ailleurs.

Les souhaits exprimés seront répertoriés selon l'incarcération et le suivi médical antérieur.

Cas de 1ère incarcération, suivi médical extérieur inexistant = 6 patients

- faire son « boulot »
- plus de bilans
- rester honnête
- continuer son suivi avec le même médecin
- plus de pouvoirs dans le domaine de l'hygiène, type droit de regard
- plus de pouvoirs dans toutes les décisions, type droit de regard, droit d'observation en détention.

Suivi médical extérieur existant = 9 patients

- rien
- quitter ce lieu d'horreurs pour le médecin
- plus de suivi
- continuer
- plus de disponibilité, rapidité,
- s'améliorer et plus de pouvoirs
- être plus humain, on a besoin de lui
- plus de guérison, de liberté

Cas de plusieurs incarcérations, la dernière dans ce même bâtiment

Suivi médical extérieur inexistant = 3 patients

- moins d'attente
- plus de sincérité
- aimer son travail et le respect d'autrui, ne pas être un simple prisonnier mais un homme avec douleur, respect de l'humain, non un simple numéro.

Suivi médical extérieur existant = 3 patients

- continuer
- plus de suivi, respect, professionnalisme
- plus d'écoute des toxicomanes et plus de suivi extérieur (cas VIH et hépatites).

Cas de plusieurs incarcérations, la dernière à Fleury

Suivi médical extérieur inexistant = 4 patients

- exercer ailleurs son métier
- continuer comme ça
- plus de suivi
- moins de dossiers à traiter, plus de temps.

Suivi médical extérieur existe = 5 patients

- rien
- plus de compréhension
- plus de prévention
- plus de réussite
- « bonne chance pour l'obtention du diplôme DEA ».

Cas de plusieurs incarcérations, la dernière ailleurs qu'à Fleury

Suivi médical extérieur inexistant = 7 patients

- ne rien attendre de ce médecin, sortir de prison
- moins d'attente
- faire son travail soigné
- être honnête
- bonne continuation

- plus de régularité dans le suivi médical et bon courage à celui qui passe son DEA

- éviter de cautionner le langage de l'administration pénitentiaire, une sécurité primordiale sur la santé surtout lors des transferts vers les hôpitaux. Le scandale des entraves et menottes, le médecin doit avoir un droit de regard.

Suivi médical extérieur existant = 6 patients

- en attente d'une aide ponctuelle

- plus de régularité dans les soins

- continuer le suivi avec le même médecin, en attendant la libération.

Et un constat = la privation de liberté, sanction est un facteur aggravant de pathologies, voire facteur pathologique.

IX) DISCUSSION

Paul RICOEUR (7) dit dans « Éthique et morale » :

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

Notre discussion consiste à dire que des chiffres aussi probants majoritairement réconfortent notre sentiment de satisfaction au sein de l'activité de notre équipe. Mais de là à considérer que notre relation médecin-malade est la meilleure, c'est l'erreur même qu'il ne faut jamais commettre. L'intérêt même est de s'intéresser aux chiffres globalement négatifs.

La question qui me semble marquante, est la perception d'une éventuelle dépendance aux magistrats ou à l'administration pénitentiaire et on a des chiffres de 32,5 %. Cela passe à 45 % lorsqu'il n'existe pas de suivi extérieur et à 24,3 % lorsqu'il en existe. D'où le fait que pratiquement 1/3 de nos patients pense qu'une dépendance vis-à-vis des magistrats ou de l'administration pénitentiaire existe, nous donne l'orientation qui reste à accomplir.

Concernant les cas (NSP), pas de réponse aux questions, sur la relation médecin-malade (23,25 %), sur l'avis concernant l'hôpital Sud-Francilien (18,60 %), la confiance (13,95 %), le choix secondaire du même médecin (9,60 %), quelle explication donner à cela ? Peut-être une incompréhension ou pas d'avis ?

Les réponses « oui » et « non » en même temps, très limitées dans l'ensemble, expriment-elles un doute ?

Et la discussion reste toujours ouverte, surtout dans ce milieu !

X) CONCLUSION

Grâce à cet enseignement de DEA, notre approche de ce type de prise en charge est devenue plus évidente permettant d'une certaine manière une évaluation de notre pratique.

Globalement, nous sommes bien perçus, mais le chemin accompli de notre indépendance vis-à-vis du Ministère de la Justice est en très bonne voie, puisqu'il ne reste qu'un tiers de nos patients qui a un doute sur cela.

Il reste à essayer d'améliorer tous les paramètres de prise en charge d'où l'idée qu'épisodiquement, toutes les deux années par exemple, réévaluer la situation avec le même questionnaire, dans des conditions quasi identiques.

S. RAMEIX (7) écrit de Levinas qu'il thématise « *l'obligation morale de soigner, avec tous les moyens dont on dispose, tout homme quel qu'il soit, même celui coupable du crime le plus odieux, même le terroriste, même le tortionnaire. Dans le colloque singulier, le patient est l'Autre, il est un absolu qui prime sur toute autre considération. La rencontre du visage et du regard de l'homme malade impose l'obligation de faire tout pour lui, indépendamment du « personnage » qu'il est. Il importe de s'abstenir de toute position personnelle, de tout jugement à partir de soi-même, et de se laisser « prendre » par l'autre, même si ce décentrement de soi-même sur un malade n'est pas psychologiquement facile* ».

BIBLIOGRAPHIE

- 1) « Éthique médicale ou bioéthique », **Pr C. HERVE**. Cahiers L'éthique en mouvement, Ed L'Harmattan.
- 2) « Surveiller et punir », **M. FOUCAULT**, Ed Gallimard.
- 3) « Prisons = un état de lieu de l'observatoire international des prisons », Section Française. Esprit Frappeur.
- 4) « La relation Médecin-Malade en milieu carcéral », Concours médical du 22/01/2000, p. 211-212. **V.VASSEUR**
- 5) « Hippocrate et le scanner », **D. SICARD**, DDB Éditions 1999.
- 6) « Prisons = une humiliation pour la république ». Rapport parlementaire, juillet 2000.
- 7) « Éthique et morale », **P. RICOEUR**, 1991, Ed Seuil.
- 8) « Fondements philosophiques de l'éthique médicale », **S. RAMEIX**, 1996.

ANNEXES

1) Charte d'Athènes (Conseil international des services médicaux pénitentiaires), 1979.

2) Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

3) Protocole entre le centre hospitalier Louise Michel d'Évry et les Maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis.

4) Plan de masse du centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis.

5) Questionnaire distribué pour l'enquête.