



La grande misère de la médecine pénitentiaire

● LA SANTÉ EN PRISON EST UN PROBLÈME CRUCIAL ● MALADIES CONTAGIEUSES ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES DESSINENT UN TABLEAU TRÈS SOMBRE DE LA SITUATION ● SI LE DIAGNOSTIC EST PARTAGÉ, LES SOLUTIONS SEMBLENT CEPENDANT SINGULIÈREMENT ABSENTES ● DANS UN TEL CADRE, L'EXERCICE MÉDICAL POSE DE NOMBREUX PROBLÈMES.

C'EST UN FAIT QUE PERSONNE, AUJOURD'HUI, N'OSE CONTESTER : L'ÉTAT DE SANTÉ DES DÉTENUS EST GLOBALEMENT MOINS BON QUE CELUI DE LA POPULATION GÉNÉRALE. Cela ne signifie pas que ce déficit soit forcément dû à la prison : il est clair que les maisons d'arrêt et autres établissements pénitentiaires concentrent des populations marginalisées, en grandes difficultés. Il n'est pas rare que les personnes arrivent avec des problèmes d'addictions avérés ou des troubles psychiatriques, comme l'expliquait en 2001 un rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) : « *Le faible accès aux soins*

de cette population avant qu'elle n'entre en prison et, plus fondamentalement, les situations de précarité et d'exclusion auxquelles elle a été souvent confrontée en fait une population qui cumule les facteurs de risque. »

Hépatites, sida, tuberculose... Des chiffres alarmants

La prison, lieu clos où la promiscuité règne en maître, ne peut qu'aggraver la situation. Le problème se situe moins dans les maisons centrales, où s'effectuent les longues peines, que dans les maisons d'arrêt, qui accueillent les détentions provisoires et les courtes peines. Car là, la surpopu-

lation est endémique, certains établissements affichant des taux d'occupation qui peuvent atteindre 200 % ! Avec les conséquences que l'on imagine en termes de santé publique, comme en témoignait le Pr Didier Sicard lors du colloque « Santé en prison », organisé par la Direction générale de la santé en décembre 2004. Pour le président d'honneur du Comité consultatif national d'éthique, qui a été médecin à la prison de la Santé, à Paris, la prison ressemble en effet à « *un laboratoire épidémiologique d'infections et de maladies transmissibles* ». C'est donc en connaissance de cause qu'il dénonce la cohabitation de plusieurs détenus par

D^r Piernick Cressard, neuropsychiatre, auteur du rapport sur les soins et les injonctions de soins en milieu pénitentiaire pour le Cnom

LE POINT DE VUE DE L'ORDRE

« LE MÉDECIN EST LÀ POUR SOIGNER LES DÉTENUS, PAS POUR ASSISTER LES AUTORITÉS PÉNITENTIAIRES ! »



La société a parfois des exigences qui entrent en contradiction avec le code de déontologie médicale, avec la loi sur le droit des malades. Ainsi, elle exerce une pression permanente

sur la médecine pénitentiaire pour lui faire jouer un rôle qui n'est pas le sien. Tenu au respect du secret professionnel, là comme ailleurs, le médecin en milieu carcéral est prié de se prononcer sur des situations qui sont du ressort de l'administration. Ce n'est pas son rôle. Il est là pour soigner des patients

qui, certes, sont privés de liberté, mais pas du droit à la santé. Ce n'est pas à lui de décider qui peut aller au cachot, qui peut être remis en liberté et qui doit rester en prison ! Ces décisions relèvent de la responsabilité de la justice et d'elle seule. Cette dernière, si nécessaire, peut diligenter un expert médical pour répondre aux questions précises posées par le juge. Mais cet expert lui-même ne peut pas exprimer autre chose qu'un avis médical. C'est au juge, après avoir entendu cet avis et d'autres, d'évaluer les risques de récidive – puisque tel est aujourd'hui le nœud du débat – et de se prononcer sur une remise en liberté.

Donc, ne confondons pas tout : le médecin en prison a pour mission d'apporter ses soins aux détenus, non d'assister les autorités pénitentiaires dans leur travail. Quant à l'expert médical, cessons de lui demander de se porter caution de la rédemption de tel ou tel détenu. Il n'a pas le pouvoir de prédire l'avenir. Notre société voudrait se prémunir de tous les risques et réclame au psychiatre non plus un avis médical mais un jugement ! C'est une position intenable. Notre société doit accepter cette réalité : tous les comportements déviants ne peuvent pas être expliqués par un désordre pathologique...

cellule, la circulation de la drogue, etc. Au-delà de toute polémique, les chiffres sont éloquentes : selon un rapport rendu public en 2005 par le Collège des soignants intervenant en prison, il y aurait dans les prisons françaises trois fois et demi plus de cas de sida que dans la population générale, sept fois plus de cas d'hépatite C, cinq fois plus de cas de dépendances aux drogues et à l'alcool, sept fois plus de suicides et de schizophrénies, et vingt et une fois plus de dépressions !

On ne peut parler d'exagération. La série de rapports publiés depuis une demi-douzaine d'années sur le sujet prouve la réalité d'une situation pour le moins inquiétante. Les plus hautes instances de l'État se sont penchées sur ces questions, alertant largement sur les déficiences en la matière¹. Notre pays a même été condamné par la Cour européenne des droits de l'homme à deux reprises, en 2002 et 2003, pour atteinte à la dignité humaine dans le cadre d'une prise en charge médicale... Sans que cela change grand-chose : « *La prison demeure un lieu de non-respect de l'accès aux soins, de la protection de la santé et de la dignité de la personne détenue, notamment de la personne malade, handicapée ou en fin de vie* », accusait en

2006 le Comité consultatif national d'éthique, dans son avis n° 94 « La santé et la médecine en prison ». Il citait alors deux exemples : l'accouchement d'une détenue menottée et l'entrave d'un détenu âgé ne se déplaçant qu'à l'aide d'un déambulateur.

Pénurie de médecins

Or, rien ne laisse présager une amélioration prochaine de cette situation. Jamais, depuis la Libération, les prisons françaises n'ont été aussi pleines : on compte en

permanence près de soixante mille personnes incarcérées, en attente de jugement ou condamnées et en train de purger leurs peines. Chaque année, quatre-vingt-cinq mille détenus sont libérés et un nombre équivalent emprisonnés. Et pour soigner cette population carcérale, on manque cruellement de médecins. En ces temps de pénurie générale dans la profession, l'exercice médical en prison n'intéresse pas grand monde. C'est, de fait, un milieu clos donc nécessairement très contraignant : >

POLÉMIQUE SUR LES FUTURS CENTRES D'ENFERMEMENT

Promulguée le 26 février dernier, la loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental prévoit la création de centres fermés dans lesquels les criminels dangereux pourront être internés à leur sortie de prison. Cette mesure « à titre exceptionnel » devrait ne concerner que les personnes exécutant une peine de quinze ans ou plus pour crimes graves (assassinat, torture, viol, enlèvement). Et, précise le texte, à condition qu'elles présentent « une particulière dangerosité caractérisée » et une « probabilité de récidive ».

Cette loi a déclenché des polémiques dans

le monde politique, celui des droits de l'homme et dans le monde médical. Car c'est un collège de médecins psychiatres qui devra juger de la dangerosité des détenus et décider de les enfermer dans un centre à leur sortie de prison. Ou au contraire de ne pas le faire.

Les médecins sont ainsi mis dans une situation terrible : « *Soyons clairs : on demande aux médecins une caution pour réincarcérer des personnes alors que c'est la responsabilité de la société ! Quel psychiatre prendra ce risque ? On ne peut pas déclarer quelqu'un dangereux pour la vie. Même au purgatoire, il y a une sortie !* », estime le D^r Cressard.



La médecine pénitentiaire compte 425 médecins généralistes, spécialistes et psychiatres. Un contingent bien dérisoire pour prendre en charge les 60 000 personnes incarcérées.

> pour y entrer, il faut passer des barrages – cela prend du temps –, se délester de son téléphone, bref, se plier aux règles de la prison. De plus, certains détenus dangereux obligent à prendre des précautions lors des consultations : ce ne sont pas des conditions idéales pour travailler. Et les rémunérations ne sont pas particulièrement attractives...

Cela étant, depuis la promulgation de la loi du 8 janvier 1994, les statuts de la médecine pénitentiaire ont été profondément modifiés. Autrefois placée sous l'autorité du ministère de la Justice, celle-ci est passée sous l'autorité du ministère de la Santé. Chaque établissement carcéral est aujourd'hui rattaché à un centre hospitalier; la structure de soins est donc une structure hospitalière intégrée dans la prison. Ces statuts définissent clairement le rôle du médecin qui exerce en prison : membre du personnel hospitalier détaché, il est là pour donner des soins et n'a pas à intervenir dans les missions qui relèvent du domaine judiciaire. Ce qui le distingue d'ailleurs du médecin expert qui, lui, étant missionné par un juge pour examiner un détenu, doit répondre à des questions précises posées par le juge.

La maladie mentale : un problème majeur

La médecine pénitentiaire est organisée en deux secteurs indépendants, qui communiquent très peu entre eux. D'un côté, la « santé physique », prise en charge par les 250 généralistes et spécialistes « équivalents temps plein » des unités de consultations de soins ambulatoires (UCSA). De l'autre, la « santé mentale », qui relève des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et « tourne » avec 175 psychiatres « équivalents temps plein »².

Ces contingents de médecins apparaissent bien dérisoires, particulièrement en psychiatrie. Car, il faut bien le dire, la maladie mentale est aujourd'hui le problème sanitaire numéro un en milieu carcéral. La proportion de détenus souffrant de troubles psychiatriques augmente d'année en



année, ce qui aggrave les tensions et les violences dans les prisons. Aujourd'hui, le taux de pathologies psychiatriques y serait vingt fois plus élevé que dans la population générale³! Selon une étude du ministère de la Justice réalisée en 2004 sur huit cents détenus : « Huit hommes sur dix et plus de sept femmes sur dix présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité cumulant plusieurs troubles. »

Comment en est-on arrivé là? Dans le rapport « Les soins et les injonctions de soins en milieu pénitentiaire », qui vient d'être adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins lors de sa session de mars dernier, le Dr Piernick Cressard, neuropsychiatre et expert auprès des tribunaux, explique ce glissement de l'hôpital psychiatrique vers la prison par la modification, en 1994, du code pénal. Selon lui, celle-ci a entraîné un effondrement du pourcentage des personnes considérées comme irresponsables de leur comportement du fait d'un « état de démence » au moment de l'acte criminel (personnes qui relèvent de l'hôpital psychiatrique et non de la prison). Cette dénomination a en effet disparu au profit de deux notions : l'« abolition du discernement » (qui correspond à l'état de démence d'avant 1994 et relève de l'hôpital psychiatrique) et l'« altération du discernement » (qui n'ôte pas la respon-

sabilité et donc relève de la prison). Or, la notion d'abolition du discernement a tendance à s'effacer, aujourd'hui, au profit de l'altération. Et « dans ce cas, la personne sera jugée, condamnée, souvent même plus sévèrement afin de préserver la paix sociale », précise le rapport.

Le résultat de ces évolutions, c'est que la prison est en train de devenir « l'asile du XXI^e siècle », comme le constatait déjà en 2005 l'Observatoire international des prisons dans un rapport accusateur sur les conditions de détention en France. « *Un tiers des personnes incarcérées devraient être en hôpital psychiatrique* », confirme le Dr Jacques Mornat. Et d'ajouter que non seulement ce n'est pas le cas, mais que, vu le manque de professionnels en milieu carcéral, un détenu peut rester six mois incarcéré en préventive avec des troubles psychiatriques sans rencontrer un seul médecin psychiatre!

En fait, face à l'afflux de détenus présentant une maladie mentale avérée ou même des troubles psychiatriques temporaires favorisés par l'enfermement, le dispositif de soins apparaît totalement inadapté et insuffisant. « *Le plus souvent, on pallie les manques par la prescription de psychotropes*, précise Piernick Cressard. *Les benzodiazépines sont largement prescrites pour permettre une sédation*

108



Un tiers des personnes incarcérées devraient être en hôpital psychiatrique. La prison est en train de devenir « l'asile du XXI^e siècle ».

nocturne. Bien sûr, ces médicaments sont parfois nécessaires, mais souvent ils pourraient être évités si l'on avait les réponses adaptées. »

Délinquance sexuelle... et responsabilité médicale

Une fois leur peine effectuée, la plupart des détenus « psychiatriques » sortent de prison au mieux dans l'état où ils y sont entrés, mais généralement dans un état qui s'est détérioré. Ce n'est guère favorable à la prévention des récidives ! Pourtant, quand un cas de récidive est médiatisé, c'est vers

les « médecins que l'opinion publique se tourne. On leur reproche de n'avoir rien vu venir, de n'avoir pas su prévoir la dangerosité de tel détenu et de l'avoir laissé sortir ! », se scandalise Piernick Cressard. « L'expert, argumente-t-il, peut donner un pourcentage sur la dangerosité éventuelle d'une pathologie psychiatrique. Mais il ne peut pas l'affirmer pour une personne déterminée. »

C'est d'ailleurs tout le problème de la nouvelle loi sur la rétention de sûreté (voir encadré). Cette loi prévoit que les médecins qui assureront le suivi socio-judiciaire du détenu auront connaissance des éléments de la procédure judiciaire et notamment des expertises, pour une meilleure prise en charge.

L'injonction de soins difficilement applicable

Les relations entre le personnel pénitentiaire et les médecins sont souvent tendues. Le respect du secret médical n'est pas toujours bien perçu par l'administration. Il rend même certains dispositifs pratiquement inapplicables, ainsi que le souligne le D^r Cressard, citant la loi du 12 décembre 2005 sur le traitement de la récidive des infractions pénales. Celle-ci prévoit des remises de peines si le condamné accepte de suivre un traitement. Elle concerne surtout les détenus qui présentent une pathologie addictive. Le médecin est alors censé dire à l'administration si son patient suit le traitement et doit remplir une fiche avec des données médicales... ce qui est déon-

logiquement inacceptable. Et, ajoute-t-il, « peu pertinent, car il est facile de feindre l'adhésion à un traitement dans le seul but d'obtenir un aménagement de la peine. La personne peut ne pas prendre les médicaments prescrits. »

Les mêmes problèmes se posent dans le cadre du suivi médico-judiciaire et de l'injonction de soins pour les délinquants sexuels. Le jugement d'une personne condamnée à une peine de prison ferme, assortie pour partie du sursis, peut en effet préciser une obligation à des soins psychiatriques, entre autres obligations. La personne s'engage à consulter régulièrement, le certificat médical devant attester sa présence au rendez-vous, sans fournir de renseignements médicaux. Reste que le secret médical du patient est préservé par rapport à l'agent de probation... et que « le soin ne peut avoir d'intérêt que si la personne reconnaît son comportement comme pathologique et qu'elle en fait la demande afin d'être aidée lors des entretiens avec le médecin, tenu au secret médical envers l'administration judiciaire », explique le rapporteur ordinal.

Et celui-ci de préciser que l'injonction de soins relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles se révèle d'une application difficile : « Si les notions de médecin coordonnateur et de médecin traitant sont définies d'une manière administrative, la réalité est plus confuse, dit-il. Leurs rôles respectifs devront être définis en accord avec le code de déontologie, en



DÉONTOLOGIE ET DROIT DES PATIENTS PRIVÉS DE LIBERTÉ

Un détenu est un patient comme un autre : il bénéficie des droits inscrits dans le code de déontologie médicale et dans la loi du 4 mars 2002. Au regard du médecin, il ne doit faire l'objet d'aucune discrimination en raison de sa détention ou de ses causes.

Voici les principaux textes qui fondent ces droits :

- art. 4 du code de déontologie médicale (ou R.4127-4 du code de la santé publique) : « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions

établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu et compris. »

- art. 7 du CDM (ou R.4127-7 du CSP) : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quels que soient leur origine, leurs mœurs (...) leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »

- art. 10 du CDM (ou R.4127-10 du CSP) : « Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou de mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer

l'autorité judiciaire. »

- art. 95 du CDM (ou R.4127-95 du CSP) : « Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. (...) Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité (...). »

D^r Sophie Brisset, généraliste au centre pénitentiaire de Chauconin, près de Meaux

« NOUS SOMMES SOUVENT CONTRAINTS DE RÉPONDRE AU PLUS PRESSÉ »

Pourquoi avoir choisi d'exercer en prison ?

Au début, c'était pour diversifier ma pratique de médecin libéral. J'ai commencé il y a dix ans avec une vacation par semaine. Cela m'a intéressée, je me suis investie de plus en plus, puis j'ai décidé de passer le concours de praticien hospitalier pour être titulaire de mon poste. J'aime mon travail, même s'il est parfois difficile et stressant.

Vous arrive-t-il d'avoir peur ?

Le milieu est assez hostile... Mais en prison, le médecin n'est pas vraiment seul avec son patient. Toutes les portes possèdent une petite ouverture vitrée et il y a toujours une surveillance derrière, même si elle reste très discrète pour respecter le secret médical. Cela rassure. Il arrive qu'un détenu très agité nécessite la présence de deux surveillants dans le cabinet médical, mais c'est exceptionnel.

Le secret médical est-il respecté ?

Il n'est pas rare que les personnels pénitentiaires nous demandent, à nous médecins, des informations

sur les détenus. Mais, déontologie oblige, nous ne pouvons rien leur dire. C'est un point d'achoppement. Dans l'ensemble, cependant, ils l'acceptent.

Connaissez-vous l'histoire judiciaire de vos patients ?

Non, pas systématiquement. Je peux le savoir en posant la question au détenu ou en passant par l'administration. Mais, pour un généraliste, c'est loin d'être indispensable. Ce qui m'intéresse, en revanche, c'est de savoir combien de temps le détenu sera incarcéré, car la prise en charge ne sera pas la même s'il reste un mois ou cinq ans! Bien sûr, c'est différent pour les psychiatres. Eux ont besoin de savoir ce qui s'est passé. Ils en parlent directement avec leurs patients; cela fait partie de la psychothérapie.

Y a-t-il des pathologies spécifiques ?

Globalement, c'est une population très jeune, avec une prévalence de problèmes liés à la toxicomanie, d'hépatite C notamment. Par ailleurs, la prison étant un lieu de brassage de population, avec

une importante proportion de détenus originaires des pays de l'Est et d'Afrique, on constate une recrudescence de la tuberculose. Mais je vois aussi des personnes âgées pour des hypertensions artérielles ou d'autres pathologies, comme à l'extérieur.

Que se passe-t-il lorsqu'un détenu a besoin de vos soins ?

Il écrit un mot. Tous les matins, l'infirmière collecte les mots et, en cas de doute sur une requête, voit avec le médecin traitant s'il faut lui amener le patient en consultation. Reste que là comme dans toutes les prisons, les praticiens ne sont pas assez nombreux, nous sommes souvent contraints de répondre au plus pressé. Cela dit, chaque détenu, à son arrivée au centre est vu par un médecin. Cette visite d'entrée consiste à ouvrir le dossier médical du patient, à dresser son état physique, lister ses antécédents, ses traitements en cours, sa situation vaccinale, etc. On prend une radio pulmonaire obligatoire pour le dépistage de la tuberculose – examen renouvelé tous les

ans. Le médecin profite aussi de ce premier contact pour proposer des dépistages sérologiques (hépatite, HIV). Mais ils ne sont pas obligatoires, les détenus peuvent les refuser.

Et pour les urgences ?

De 8 h à 18 h, elles sont gérées par l'Ucsa. En dehors de ces heures, les surveillants font appel au centre 15. Les hospitalisations de moins de 72 heures sont faites à l'hôpital de Meaux, dont notre unité dépend (avec garde policière devant une chambre sécurisée). Pour des interventions plus longues, nous envoyons les détenus à la prison-hôpital de Fresnes.

Que faites-vous avec les détenus présentant des troubles psychiatriques ?

C'est le problème le plus aigu de la médecine pénitentiaire. Ils sont traités par les médecins psychiatres des Ucsa, mais, souvent, l'environnement de la détention ordinaire n'est pas adapté à leur pathologie! De nombreux détenus, les psychotiques notamment, devraient être dans des structures adaptées. Mais les SMPR n'ont pas de place pour eux.

> *particulier sur le niveau de formation spécifique (sur quels critères et par quels formateurs ?).*

Il faudra décrire le statut de ces médecins, ainsi que celui de la personne soumise à cette injonction : secret médical, consentement et refus de soins, accès au dossier médical, rapports avec les médecins de l'échelon médical, avec l'administration de la CPAM. »

La réflexion devra notamment prendre en considération leur éventuelle responsabilité devant la juridiction ordinaire et les autres.

Dossier : **Arlette Chabrol**

1. Voir les rapports du Sénat (« Prisons : une humiliation pour la République ») et de l'Assemblée nationale (« La France face à ses prisons ») en 2000, de l'Académie de médecine et du Conseil national du sida en 2003, de la Commission nationale consultative des droits de l'homme en 2004 et en 2006, du commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe en 2005...
2. Chiffres 2004 du Collège des soignants intervenant en prison.
3. Avis n°94 du CGNE, « La santé et la médecine en prison », 2006.

@ POUR EN SAVOIR PLUS

- Le rapport « Soins et injonctions de soins en médecine pénitentiaire » [section Éthique et Déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins, mars 2008].
- Le rapport du P^r Bernard Hoerni, « Aspects déontologiques de la médecine pénitentiaire », adopté par le Cnom en juin 2001.

Ces deux documents sont disponibles sur le site : www.conseil-national.medecin.fr