

ASPECTS DEONTOLOGIQUES DE LA MEDECINE EN MILIEU PENITENTIAIRE

Résumé

En milieu pénitentiaire, la pratique de la médecine et le respect des règles déontologiques sont délicats. Le principe d'équité conduit à soigner des personnes privées de liberté aussi bien que d'autres, avec une attention et une protection renforcées, en tenant compte en particulier de fréquents désordres psychiatriques, infectieux, toxicomanes ou sexuels. La qualité des soins doit être assurée, tout en respectant les personnes, avec notamment une grande vigilance quant au secret médical, dans leur intérêt.

La pratique de la médecine en milieu pénitentiaire a été améliorée après la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, et de ses textes d'application. Elle a également bénéficié d'une Recommandation n° R(98)7 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe relative aux aspects éthiques ou organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire (8 avril 1998) soulignant que les personnes incarcérées doivent bénéficier des mêmes mesures de prévention et prestations de santé que les personnes libres, même si un tel ~~vo~~ peut paraître à certains irréaliste.

Elle reste difficile, même s'il ne s'agit pas d'une médecine à part, mais avec un cadre et plusieurs aspects particuliers. Cela justifie ce document résultant d'une concertation entre le Conseil national de l'Ordre et des médecins engagés dans cette pratique.

1 - CADRE

Le milieu pénitentiaire est un monde marginal, isolé du monde extérieur pour des raisons impératives de sécurité, où l'on rencontre fréquemment tromperie, violence et contrainte, même si ces traits ne lui sont pas spécifiques. Un principe déontologique, le libre choix du médecin, ne peut pas y être pleinement respecté.

1.1 - Détenus

Ce sont en grande majorité des hommes (95 % environ), le plus souvent des jeunes, d'origine socioculturelle très variée.

Beaucoup sont doublement marginalisés :

- dans leur vie libre antérieure, du fait de conditions socio-économiques et psychologiques défavorables ;

- du fait de l'incarcération qui les isole du monde "normal" et impose des contacts étroits avec d'autres marginaux, exposant à diverses contaminations biologiques, pressions physiques, harcèlements psychologiques ou influences culturelles qui peuvent entraîner ou accentuer une spirale dysfonctionnelle sur les plans sanitaire et social.

Ils sont souvent défavorisés sur un triple plan :

- au plan personnel : carences affectives et éducatives ou maltraitances, sources d'immaturation et de troubles de la personnalité ;
- au plan social : environnement familial, professionnel et culturel précaire ;
- au plan médical : médicalisation antérieure insuffisante malgré une toxicomanie assez fréquente dont l'ampleur varie avec les établissements et selon sa définition (inclusions ou non de l'alcoolisme et du tabagisme).

Les trois volets de la santé définie par l'OMS (1946) - physique, mental et social - sont tous trois affectés ici.

Les relations entre patients et médecins connaissent fréquemment des caractères particuliers :

- accès parfois difficile des patients à un médecin en raison du fonctionnement de l'établissement, alors même que l'intervention d'un praticien est irremplaçable ;
- demandes des patients complexes, indirectes, décalées par rapport à d'autres détenus ;
- simulations et tromperie pour obtenir des avantages indus ;
- chantage et pressions diverses sur le médecin, avec refus de traitement, y compris vital (insuline pour un diabète, grève de la faim...).

Cela entraîne, de la part des soignants, bien qu'ils doivent éviter tout préjugé, plus de prudence que vis-à-vis d'autres patients. Plus encore qu'ailleurs leur rôle est à la fois technique et humain, mais les moyens dont ils disposent font qu'ils sont souvent débordés par l'ampleur des difficultés rencontrées.

1.2. Etablissements pénitentiaires

L'exercice de la médecine en leur sein est conditionné par plusieurs caractères.

1.2.1. Leur *variété* dépend de :

- leur taille et leur évolution ;
- leur caractère public ou semi-privé ;
- leur statut de maison d'arrêt ou d'établissement pour peines ;
- la nature et l'importance de leur service médical, plus ou moins complet : UCSA (unités de consultations et de soins ambulatoires), SMPR (services médico-psychologiques régionaux), liés à un centre hospitalier (au sein duquel existe ou peut être saisie une Commission de conciliation) ou assurés par une société privée pour les établissements du programme 13 000, suivant une convention devant préciser en particulier certains éléments critiques comme le dépistage anonyme et gratuit du VIH, la prise en charge psychiatrique, de toxicomanie ou des urgences, les soins dentaires...
- leur ambiance, liée à leur histoire, leur architecture, leur direction, etc.

1.2.2. Leur *fonctionnement* conditionne les possibilités d'y pratiquer une surveillance médicale et des soins. Il est déterminé par :

- l'obligation de surveillance avec ses contraintes pour des surveillants dont la fonction a été dévalorisée, est peu gratifiante et incite à des comportements primaires d'autorité ou de démission ;
- leur situation aux abords d'une grande ville ou loin de toute agglomération ;
- la disposition des lieux et la situation du service médical par rapport aux locaux d'hébergement.

Les demandes de consultations exprimées par les détenus peuvent être filtrées par les surveillants dont le bon vouloir est parfois souverain. Seule la consultation d'entrée et la visite régulière des isolés sont obligatoires (code de procédure pénale, convention de soins). Leurs conditions dépendent des moyens du service médical et de l'afflux des détenus.

La place des visiteurs bénévoles, considérés parfois comme suspects ou tout au moins dérangeants, est diversement reconnue.

1.2.3. Leur *médicalisation* est très variable.

Elle dépend de la structure de soins et de ses moyens qui sont dans l'ensemble insuffisants, malgré les progrès réalisés, compte tenu de besoins importants, et qui se trouvent spécialement pénalisés en cas de pénurie. Les détenus ne disposent guère du libre choix de leur praticien, même si la Recommandation européenne suggère que les détenus puissent bénéficier de la consultation d'un médecin de leur choix ou d'un deuxième avis.

Dans la plupart des cas, l'organisation et la gestion de la permanence des soins et de l'urgence ne sont pas convenablement réglées (médecins conventionnés ?) et supposent la disponibilité de moyens plus conséquents. La crainte du suicide reste une hantise pour tous. Malgré des progrès, le fonctionnement des équipes de soins est encore trop souvent élémentaire et devrait être amélioré pour élaborer un projet de soins. Les internes sont trop peu expérimentés face aux problèmes rencontrés et ne restent pas plus de six mois. La distribution des médicaments qui n'est en principe plus assurée par les surveillants mais par le personnel médical n'offre pas toute la sécurité, toute la discrétion ni toute la régularité souhaitables. L'accès du médecin aux cellules de détention est aléatoire. Les soins à des détenus violents et dangereux peuvent être difficiles.

1.2.4. Leur *relation avec un centre hospitalier*, prévue par les nouvelles réglementations, n'est pas encore bien assurée partout.

Les transferts entre établissements pénitentiaires et hospitaliers restent difficiles en raison des moyens de transport disponibles et de la nécessité d'une surveillance : les extractions sont parfois déprogrammées pour des raisons de sécurité.

Selon les cas, il existe des salles de détention médicalisées ou des secteurs surveillés à l'hôpital avec des aménagements qui facilitent ou plus souvent compliquent les soins et la surveillance. Les entraves corporelles, parfois jugées indispensables, sont difficiles à tolérer pour des malades gravement atteints ou lors d'un accouchement...

L'hospitalisation d'office des détenus souffrant de troubles mentaux graves se heurte souvent à la faible coopération des psychiatres des services de secteur où on manque de

place en unité pour malades difficiles. Il paraît indispensable que ces patients puissent être admis et pris en charge dans les services hospitaliers psychiatriques dans des conditions permettant à la fois d'assurer l'ordre public, la sécurité et la qualité des soins.

2 - PRINCIPES

Malgré ces conditions difficiles, l'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire n'échappe pas aux règles de la déontologie. Les détenus doivent être traités comme d'autres patients. Les médecins en cause sont soumis aux mêmes principes que dans tout autre mode d'exercice.

2.1. Les détenus sont des personnes comme les autres

Les détenus - malades plus particulièrement, mais aussi ceux qui n'ont pas d'atteinte pathologique caractérisée - doivent pouvoir être suivis ou médicalement pris en charge aussi bien que d'autres personnes et bénéficier de mesures de prévention ou d'hygiène générale.

Ils ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination (art.7 du code de déontologie médicale, CDM), ni en raison de leur détention ou de ses causes, ni en raison de leur marginalité. Au contraire, en tant que personnes privées de liberté, ils doivent être l'objet d'une attention spéciale, notamment si le médecin constate des sévices ou de mauvais traitements qu'il doit signaler aux autorités compétentes, sauf exception avec le consentement de la personne concernée (art.10 du CDM).

Cette attention doit s'exercer dès la visite d'admission, notamment vis-à-vis de questions sanitaires particulièrement pertinentes dans ce milieu :

- infections sexuellement transmissibles, à VIH, à un virus d'hépatite, au bacille tuberculeux, etc.
- toxicomanies sous leurs différentes formes, dont on peut rapprocher des consommations excessives d'alcool ou de psychotropes ;
- affections psychiatriques avec augmentation importante du nombre des malades mentaux en prison par suite d'une psychiatrie ouverte qui expose à une prise en charge insuffisante de ces patients, à leur marginalisation et à leur délinquance. La raréfaction des non-lieux psychiatriques aggrave cette situation en responsabilisant abusivement des délinquants souffrant de troubles mentaux psychotiques.

Cela amène à souligner plusieurs points.

2.1.1. Absence de discrimination

Le médecin n'est pas censé connaître systématiquement les raisons de l'incarcération. La connaissance du contexte individuel et des antécédents du patient reste cependant souhaitable pour la prise en charge médicale, surtout psychiatrique, comme pour tout patient. Quels que soient les éléments transmis - principalement par le détenu - au praticien, ce dernier doit s'abstenir de tout jugement à son endroit et le soigner le mieux possible, conformément à l'éthique médicale.

2.1.2. Respect de la personne

Quels que soient les antécédents sociaux ou médico-légaux du détenu, il doit être respecté en tant qu'individu et dispensé de tout traitement dégradant, comme de tout comportement

indigne. Dans toute la mesure du possible, comme pour un individu libre, il sera fait appel à sa responsabilité et à sa coopération, en sachant qu'elles sont souvent imparfaites, en vue de développer l'autonomie du détenu vis-à-vis de sa maladie.

Le consentement du détenu est indispensable comme ailleurs, peut être plus qu'ailleurs, pour éviter d'ajouter une contrainte supplémentaire. Il peut être refusé, alors qu'un traitement s'impose avec un important enjeu, pour faire pression sur le médecin, sur le système pénitentiaire ou judiciaire et essayer d'obtenir un avantage. Les grévistes de la faim voient leur comportement respecté jusqu'au moment où il met leurs jours en danger, ce qui impose alors une attitude médicale active. Encore plus qu'ailleurs, l'observance est problématique et difficile à vérifier.

2.1.3. Secret professionnel et dossier médical

Le secret médical, d'intérêt privé et public, n'a aucune raison d'être moins respecté en milieu pénitentiaire, au contraire (art.4 du CDM). La discrétion est d'autant plus requise que certaines informations revêtent une singulière importance. Sa qualité conditionne celle du dossier médical dont rédaction et tenue influent sur la qualité des soins. Le patient doit pouvoir faire toute confiance au médecin, en étant assuré que sa confiance ne sera pas trahie.

Dans l'établissement pénitentiaire, le service médical doit bénéficier de locaux sûrs, verrouillés, accessibles aux seuls soignants et protégés par exemple par un code (connu du chef d'établissement exclusivement et changé périodiquement). Malgré bien des usages abusifs et beaucoup de difficultés, tout doit être fait pour assurer cette sécurité. Des expériences réussies montrent qu'elle n'est pas hors d'atteinte. La conservation d'archives médicales relève désormais du régime des archives hospitalières.

Lorsqu'un détenu est extrait de la prison pour être transporté dans un hôpital, il est indispensable que le dossier puisse accompagner le malade dans les conditions de confidentialité et de sécurité habituelles, sans être ouvert par quiconque avant le médecin hospitalier, pour permettre à ce dernier d'intervenir dans les meilleures conditions.

La mise en œuvre d'un dossier médical informatisé a été autorisée par l'arrêté du 10 août 1994 portant création d'un modèle type de traitement automatisé d'informations nominatives ayant pour objet la gestion des dossiers médicaux dans les établissements pénitentiaires dont le fonctionnement est régi par une convention mentionnée à l'article 2 de la loi n° 87-432 du 22 juin 1987.

Ce dossier médical informatisé contient des « informations couvertes par le secret médical et, il est utilisé sous la responsabilité du médecin responsable du service médical de l'établissement pénitentiaire ». L'arrêté indique les modalités du droit d'accès prévu par la loi du 6 janvier 1978 et rappelle que le droit d'opposition n'est pas applicable. Il est à noter que les informations « relatives à l'état de santé et aux consultations médicales du détenu » sont transmises à leurs destinataires soignants « sur support papier dûment authentifié par le médecin responsable du service médical de l'établissement ».

La CNIL, consultée à propos de cet arrêté, a préconisé dans sa délibération du 8 février 1994, un certain nombre de dispositions : « le traitement est réalisé sur des micro-ordinateurs autonomes, situés dans les locaux des services médicaux (de médecine pénitentiaire), dont l'accès sera contrôlé par une procédure de mots de passe individuels attribués sous la responsabilité du médecin chef de service ».

2.1.4. Continuité des soins

Impliquant la qualité de la communication, elle est souhaitable comme partout, que ce soit :

- entre établissements pénitentiaires hébergeant successivement un même détenu ;
- entre prison et hôpital ;
- lors de consultations post-pénales ;
- entre prison et médecin traitant s'il existe.

La plupart des détenus bénéficieront de la sécurité sociale à leur libération pendant un an au moins. Ils peuvent alors se voir remettre une ordonnance. Un courrier sera adressé, sans délai, au médecin de leur choix. Cette transmission est particulièrement importante en cas d'affection psychiatrique.

2.1.5. Prévention et hygiène

Les détenus doivent pouvoir bénéficier, en établissement pénitentiaire, des mêmes mesures, en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire (art.12 du CDM), que celles valables ailleurs. Dans l'établissement, les règles d'hygiène et de prophylaxie sont spécialement importantes. Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), en liaison avec l'UCSA, doivent y veiller. La désinfection régulière des cellules est indispensable ; elle est impérative après hébergement d'un détenu contagieux.

A partir de la consultation d'entrée, la détention peut être l'occasion de prendre en charge médicalement des personnes qui en ont besoin et s'étaient jusque là négligées. La période de détention peut être mise à profit pour une éducation sanitaire, une information, la réalisation de vaccinations, la lutte contre des conduites addictives, la pratique de tests de dépistage...

2.1.6. En fin de vie

En cas de maladie d'évolution fatale, la période terminale doit bénéficier d'une prise en charge médicale dans les conditions les plus humaines. Suivant le code de procédure pénale, une suspension ou un aménagement de peine, ou une grâce peuvent être envisagées, dans des délais prenant en compte l'évolution probable. Une hospitalisation est une mesure médicale toujours possible.

2.2. Les médecins exerçant en milieu pénitentiaire sont soumis aux mêmes principes et aux mêmes règles déontologiques que les autres

Etant donné leurs conditions de travail, les risques auxquels ils sont exposés et leur faible gratification, ces médecins doivent être fortement motivés. Ils n'en sont pas pour autant soustraits aux règles de la profession.

Ils doivent bénéficier d'une formation initiale et continue appropriée (art.11 du CDM)

2.2.1. Indépendance professionnelle

Elle est essentielle pour que rien ne s'oppose à la recherche première des intérêts légitimes du patient (art.5 du CDM).

Le médecin doit pouvoir bénéficier de l'objectivité et de la neutralité nécessaires à des soins de qualité, avec une compétence correspondant à ses principaux rôles (hygiène, infections, toxicomanie, psychiatrie), avec disponibilité des moyens nécessaires.

Il ne saurait être subordonné ni à l'administration pénitentiaire ni à l'autorité judiciaire. Il ne saurait tolérer des pressions ou intimidations d'aucune sorte. Il doit également faire reconnaître et affirmer son indépendance vis-à-vis des détenus. Il n'a pas à renseigner les autorités pénitentiaires ou judiciaires sur des points relevant de l'expertise médicale ou psychiatrique.

Une séparation des diverses fonctions que peut remplir un médecin est indispensable. Le même médecin ne peut être traitant et expert pour le même patient (art.105 du CDM).

Les nouvelles dispositions doivent également permettre qu'un même médecin ne soigne pas en même temps les détenus et le personnel de surveillance comme auparavant.

2.2.2. Secret professionnel

Le médecin exerçant dans l'établissement pénitentiaire est responsable de son respect. Il doit obtenir de l'administration des dispositions pratiques qui permettent de l'assurer, de façon absolue. Il doit veiller au comportement des personnes qui l'assistent (art.72 du CDM) et éviter toute indiscrétion qui se produirait en son absence (art.73 du CDM).

Il doit ainsi pouvoir assurer dans les meilleures conditions la tenue du dossier médical - informatisé ou non - sans avoir à redouter des indiscrétions.

Il doit aussi pouvoir assurer des consultations en préservant leur confidentialité grâce à des dispositions adaptées ou faire distribuer des médicaments sensibles sous une présentation banalisée.

Le recueil, le codage et la saisie des informations relatives au PMSI doivent être réalisés avec les mêmes précautions et sécurités que dans les établissements de soins autres que les services médicaux des établissements pénitentiaires. C'est ainsi que les informations médicales personnelles doivent rester sous la responsabilité du médecin désigné pour les recueillir et les traiter. Elles ne sauraient donc quitter l'établissement pour être traitées à l'extérieur, même sous la responsabilité d'un autre médecin.

S'il s'agit de traitement d'informations médicales personnelles ayant pour fin la recherche, les dispositions du chapitre V^{bis} de la loi du 6 janvier 1978 doivent être strictement respectées, de même celles du chapitre V^{ter} de la même loi qui concerne le traitement de ces données à des fins d'évaluation ou d'analyse des activités de soins et de prévention.

Le traitement des informations nominatives concernant les infractions, les condamnations et les mesures de sûreté doit se faire dans les conditions de l'article 30 de la loi du 6 janvier 1978, c'est-à-dire uniquement par les juridictions et autorités publiques agissant dans le cadre de leurs attributions légales ainsi que, sur avis conforme de la CNIL, par les personnes morales gérant un service public. Il en résulte qu'il n'est pas licite, hors ces conditions très particulières, de lier ce type d'informations à des informations médicales quel que soit l'intérêt d'une telle liaison pour étudier par exemple leur retentissement sur d'éventuelles pathologies psychiatriques ou affections psychosomatiques...

2.2.3. Liberté de prescription

En milieu pénitentiaire le médecin doit bénéficier, dans l'intérêt des patients, de la même liberté de prescrire des examens complémentaires ou des médicaments, les plus appropriés et limités "à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins", en tenant compte de leurs avantages, de leurs inconvénients et de leurs

conséquences (art.8 du CDM). UCSA et SMPR sont soumis aux listes limitatives des produits agréés dans les hôpitaux, qui en principe n'altèrent pas la qualité des traitements.

2.2.4. Information des patients

Les détenus doivent recevoir une information "loyale, claire et appropriée" sur leur état, les investigations ou les soins proposés (art.35 du CDM). Elle est un préalable au consentement qui mérite d'être recueilli avec encore plus d'attention que de la part de personnes libres. Elle précisera aussi la situation et le rôle du médecin et du service médical, au sein de l'établissement, sans lien de dépendance avec son encadrement administratif ou de surveillance et d'abord au service des individus.

Cette information peut être particulièrement développée en matière d'hygiène et d'éducation sanitaire.

2.2.6. Pluridisciplinarité

Comme au cours d'autres pratiques, l'exercice médical en milieu pénitentiaire est de moins en moins souvent isolé. Au sein d'une UCSA ou d'un SMPR, il peut y avoir collaboration entre médecins, ainsi qu'éventuellement avec ceux d'un service hospitalier. De même, un médecin a des collaborateurs infirmiers ou des relations avec le personnel socio-éducatif. Avec tous, de bons rapports sont souhaitables dans l'intérêt des patients (art.64 et 68 du CDM). Des informations peuvent être échangées dans la mesure où elles sont utiles aux soins (le nécessaire et le suffisant). Le médecin chef de service est responsable de l'organisation de son service, ainsi que des liaisons entre le service médical de la prison et l'hôpital.

2.2.7 Recherche et évaluation

Comme d'autres, la communauté des détenus doit pouvoir bénéficier d'une recherche - notamment psychologique, sociale, criminologique, épidémiologique - susceptible de bénéficier à l'ensemble des détenus présents et à venir, par l'intermédiaire des médecins les prenant en charge. Cette recherche doit respecter les dispositions légales et réglementaires, en particulier celles prévues :

- à l'article L.1121-5 introduit dans le code de la santé publique par la loi n° 94-630 du 25 juillet 1994 modifiant la loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 sur la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale et qui précise que : « Les personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative, les malades en situation d'urgence et les personnes hospitalisées sans consentement en vertu des articles L.3212-1 et L.3213-1 qui ne sont pas protégées par la loi ne peuvent être sollicités pour se prêter à des recherches biomédicales que s'il en est attendu un bénéfice direct et majeur pour leur santé. »
- par la loi n° 94-548 du 1er juillet 1994 relative au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Une attention spéciale doit être apportée à l'information et au recueil du consentement, ainsi qu'au respect de l'anonymat.

Le 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, dans son article R.711-13 prévoit une étude épidémiologique

basée sur les données collectées lors de la visite médicale d'entrée. Un arrêté conjoint du ministre de la justice et du ministre chargé de la santé en date du 30 avril 1997 en a précisé les modalités : la « fiche santé entrant » se présente de façon telle que l'anonymat peut être parfaitement respecté.

Conclusion

L'exercice médical en milieu pénitentiaire apparaît ainsi comme une pratique extrême et non comme une pratique à part. Pour de nombreuses raisons, c'est un exercice difficile qui se heurte à des obstacles plus marqués et plus nombreux, dont quelques-uns seulement sont propres à la condition de détenu. Les principes déontologiques généraux s'appliquent et doivent servir de guide pour assurer les meilleurs soins aux patients.

Rapport rédigé au printemps 1996 et actualisé début 2001 avec la collaboration de :

Docteur Patrick BALOUET,
Professeur Michel BENEZECH,
Professeur Liliane DUSSEY,
Docteur Françoise GLORION,
Docteur Pierre HAEHNEL,
Docteur Françoise HUCK,
Docteur René LEBATARD-SARTRE,
Docteur Anne-Marie SOULIE,
Docteur Jean-François WIRTH,