Texte : Nathalie Da Cruz

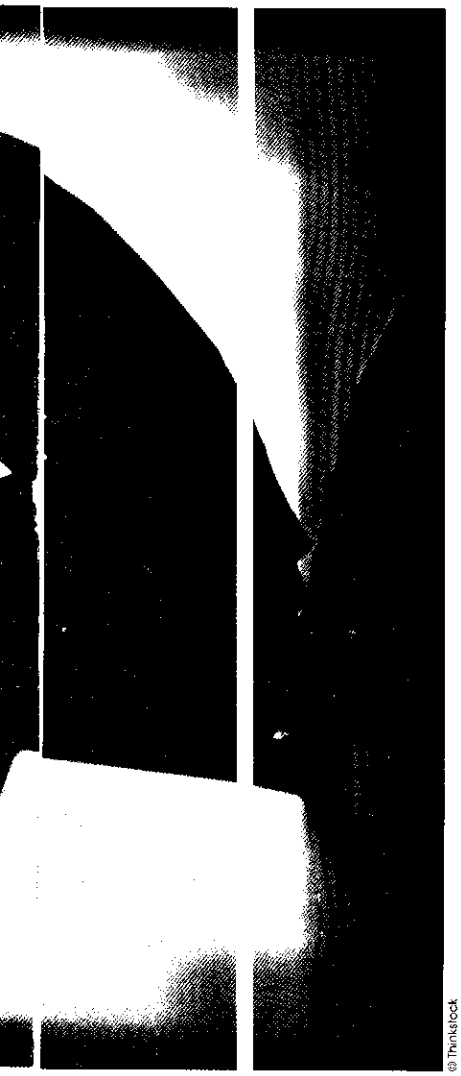
Prisons : menace sur le secret médical

Selon un décret paru fin 2010, le personnel soignant des prisons doit être représenté aux commissions pluridisciplinaires uniques, au cours desquelles on peut lui demander des informations sur les détenus. Cette nouvelle menace, qui pèse sur le respect du secret médical en prison, ravive les inquiétudes...

C'est dep
loi du 1
vier 199
l'hôpita
entré da
prisons
la cré
des unités de consultation
soins ambulatoires (UCSA)
services médico-psycholo
régionaux (lire l'encadré «
savoir »). Rattachées à un é
sement hospitalier, ces stru
ne sont pas subordonnées
ministration pénitentiaire
état de fait qui a du mal à

« Il faut des crédits pour assurer un nombre suffisant de médecins – en particulier en psychiatrie, où le problème est le plus criant... »

C'est depuis la loi du 18 janvier 1994 que l'hôpital est entré dans les prisons, avec la création des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et des services médico-psychologiques régionaux (lire l'encadré « Bon à savoir »). Rattachées à un établissement hospitalier, ces structures ne sont pas subordonnées à l'administration pénitentiaire… Un état de fait qui a du mal à entrer dans les pratiques professionnelles, des tensions récurrentes entre les deux corps de métier. Les enjeux des conflits ? Le personnel pénitentiaire – directeur d'établissement, chef de détention, surveillants – est souvent à l'affût d'informations sur la santé des détenus, notamment sur d'éventuels troubles psychiatriques, en vue de prévenir tout risque d'agression ou de suicide… Comme l'a rappelé l'article 45 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, seul un danger avéré ou un accident permettent de contourner le secret médical. Mais selon le corps médical, celui-ci est régulièrement mis à mal entre les murs des établissements… Le décret du 23 décembre 2010 est venu mettre le feu aux poudres : il institue les commissions pluridisciplinaires



© Thinkstock

POINT DE VUE de l'Ordre

« Ne pas se soumettre aux exigences de la détention »

Dr Piernick Cressard, président de la section Éthique et Déontologie du conseil national de l'Ordre des médecins.

« Les médecins sont soumis au code de déontologie. En cas de non-respect du secret médical, des détenus peuvent les traduire devant les chambres disciplinaires : il y a déjà eu des précédents. Par ailleurs, contourner le secret médical brise la relation de confiance entre le patient détenu et le médecin. Pour les praticiens, les détenus sont des patients comme les autres. L'article 7 du code de déontologie indique bien que *« le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes »* quelles qu'elles soient. Par conséquent, les patients, détenus ou non, ont droit au respect du secret médical et bénéficient des droits que leur confère la loi du 4 mars 2002 : droit de désigner une personne de confiance, droit de refuser des soins… L'UCSA, c'est le milieu médical hébergé dans la prison. Le directeur de l'établissement pénitentiaire est censé assurer sécurité, usage et bon fonctionnement des locaux. Mais il n'a pas d'autorité sur les soignants. Ceux-ci sont sous la tutelle du chef de pôle de l'hôpital. Certes, les prisons hébergent nombre de personnes confrontées à d'importants problèmes médico-sociaux, ce qui rend nécessaire l'échange d'informations entre le milieu médical et la détention, pour préserver la sécurité sanitaire du détenu et de son environnement (surveillants, autres détenus). Tout le litige que nous avons avec la Chancellerie porte sur le contenu des informations qui peuvent être divulguées sans compromettre la vie et l'intégration du détenu par la suite. Or la détention veut tout savoir du passé, du présent et de l'avenir d'un détenu, pour prévenir tout risque d'agression ou de suicide. Rappelons que les confrères de l'UCSA sont uniquement dans le soin. Ils n'ont pas à se prononcer sur l'état de santé d'un détenu, qui lui permettrait ou non d'aller au quartier disciplinaire, ni à donner les antécédents, le diagnostic d'une pathologie. Ils doivent se borner à des constatations cliniques : problèmes d'audition, de vue, descriptif d'un patient, sans le rattacher à une étiologie particulière ».

EN CHIFFRES

199 établissements pénitentiaires

On compte 199 établissements pénitentiaires dont 106 maisons d'arrêt (pour les personnes en attente d'un jugement), et 87 établissements pour peine (incluant les centres pénitentiaires, les centres de détention, les maisons centrales, les centres de semi-liberté et les six établissements pour mineurs).

(Sources : Ministère de la Justice, Rapport du CGLPL)

uniques (CPU), instances qui se réunissent régulièrement pour examiner la situation et le parcours pénal des détenus. Des représentants des soignants font partie de la CPU, stipule ce texte, devenu l'article D 90 du code de procédure pénale. Des médecins d'UCSA ont immédiatement écrit à l'Ordre pour signaler leurs inquiétudes... La section Éthique et Déontologie du Cnom a alors rédigé un courrier adressé à tous les confrères exerçant en prison, leur rappelant que les UCSA dépendent de l'hôpital et non de l'administration pénitentiaire.

Non-respect du secret médical : quelles conséquences ?

Non seulement le fait de ne pas respecter le secret médical est contraire au code de déontologie médicale et à la loi, mais il brise le lien de confiance entre le patient et le médecin. Car les conséquences peuvent être lourdes pour les détenus. Apprendre que l'un d'eux est porteur du VIH ou du virus de l'hépatite C peut conduire le personnel pénitentiaire à des attitudes stigmatisantes, s'il estime, par exemple, à tort, qu'il faut porter des gants pour tout contact avec lui. Sans parler des réactions, brimades ou violences possibles de la part des autres prisonniers...

Les commissions pluridisciplinaires uniques, en pratique

Sur le terrain, comment est appliqué le décret du 23 décembre 2010 ? *« On nous demande de venir aux différentes sous-commissions de la CPU ; nous n'y allons pas. Même si nous le voulions, nous ne pourrions pas, par manque de temps »*, témoigne le Dr Patrick Serre, responsable de l'UCSA du Mans. *« Les pressions sont insistantes »*, souligne pour sa part le Dr Catherine Paulet, psychiatre, responsable du SMPR à la prison des Baumettes, à Marseille. Dans les faits, certains médecins cèdent aux pressions, se rendent en CPU et remplissent même le « cahier électronique de liaison »

témoignages

« Notre objectif est de contribuer à améliorer l'état de santé d'un patient - et non d'éviter la récidive... »

Dr CATHERINE PAULET,

PSYCHIATRE, RESPONSABLE DU SMPR DES BAUMETTES À MARSEILLE, PRÉSIDENTE DE L'ASPMP (ASSOCIATION DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE)

« En prison, les médecins font souvent l'objet d'une demande d'évaluation de la dangerosité criminologique – qui correspond au risque de commettre une infraction pénale. Elle est d'ailleurs souvent confondue avec la dangerosité psychiatrique – laquelle se définit par un risque grave pour soi ou pour autrui du fait de troubles mentaux. Mais cette demande ne concerne pas le médecin traitant. Du reste, la prévention de la récidive délinquante n'est pas un objectif thérapeutique en soi. Un acte répréhensible, aussi terrible soit-il dans ses conséquences, n'est pas nécessairement lié à la folie, ou le fait d'un malade mental... L'objectif (modeste) du soin est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la personne, lui permettre de se réconcilier avec elle-même, autrui et le monde environnant et lui donner de meilleures chances de trouver sa place parmi ses semblables. La médecine et la psychiatrie en milieu pénitentiaire ont donc une position nécessairement « décentrée » par rapport à la logique de la détention, tout en y étant articulée. Ce qui peut susciter des incompréhensions. De même que le secret professionnel médical. Ces notions, parfois mal comprises, sont ressenties à tort comme un signe de défiance à l'encontre des autres professionnels exerçant dans la prison. Nous avons à faire un effort de pédagogie pour expliquer que nous exerçons une médecine de soin, centrée sur la personne malade, en souffrance ou en demande. Et ce en lui garantissant, comme pour tout un chacun, la stricte confidentialité des examens et des échanges ».

(CEL), qui consigne des données sur les personnes condamnées. Mais la plupart des praticiens font de la résistance, selon le contrôleur général des lieux de privation de liberté (lire le « Point de vue extérieur »). Et ce en dépit des pressions ou des mesures d'intimidation, qui ne sont pas rares… « *Nous avons déjà entendu des propos du type : "Si vous ne venez pas en CPU et qu'un problème se présente avec un détenu, vous pourrez être tenu pour responsable"*, confie le Dr François Moreau, responsable de l'UCSA de Versailles-Bois-d'Arcy et vice-président du Syndicat des praticiens exerçant en prison (SPEEP). *De manière récurrente, on tente d'instrumentaliser le corps médical pour qu'il devienne un agent d'information dans un but sécuritaire…* ».

Vague de suicides

Les pressions sont croissantes depuis la vague de suicides, très médiatisés, qui a frappé le monde carcéral l'année dernière. Le risque suicidaire est certes à surveiller de près ; cependant, « *les personnes qui menacent de se suicider ne sont pas forcément celles qui passent à l'acte* », indique le Dr Piernick Cressard, neuropsychiatre, président de la section Éthique et Déontologie du Cnom. Soupçonner une tendance suicidaire ne va pas forcément dans l'intérêt du patient. Le port d'un pyjama en papier, qui se déchire facilement, conduit parfois les détenus à se retrouver dénudés, ce qui est attentatoire à leur dignité. Sans parler des réveils nocturnes effectués par les surveillants… Pour autant, les médecins ne sont pas rétifs à tout échange d'informations : « *Lorsqu'un patient court ou fait courir à autrui un risque vital en raison de son état de santé, il va de soi que nous statuons et alertons les partenaires, en accord avec lui ou en l'en informant* », précise le Dr Catherine Paulet.

Interrogée à ce sujet, l'administration pénitentiaire nous précise sa vision des choses : « *Nous ne désirons pas avoir accès à des informations relevant du secret médical (pathologie, traitement…), sauf en cas de maladie infectieuse à déclaration obligatoire, mais nous souhaitons des informations pratiques et utiles pour la gestion quotidienne*

Bon à savoir

L'HÔPITAL DANS LA PRISON

- **Les UCSA (unités de consultations et de soins ambulatoires) et les SMPR (services médico-psychologiques régionaux) sont des services médicaux au sein des prisons, rattachés à des établissements hospitaliers.**
- **Au sein de l'UCSA exercent une équipe de médecine générale et une équipe de psychiatrie. Dans les établissements pénitentiaires, sièges de SMPR (on en dénombre 26, auxquels il faut ajouter une dizaine d'antennes), l'UCSA ne dispense que des soins de médecine générale.**
- **La loi du 9 septembre 2002 a créé les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), chargées de réaliser les hospitalisations psychiatriques des détenus. Pour l'instant, seule une UHSA est opérationnelle, depuis septembre 2010, au centre hospitalier Le Vinatier, à Bron (Rhône).**

« Nous sommes des soignants et non des experts »

Dr PATRICK SERRE,*
RESPONSABLE DE L'UCSA DU MANS, PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EXERÇANT EN PRISON (APSEP)

« Sur le terrain, les soignants des UCSA attendent avec impatience le guide méthodologique décrivant les informations qui pourront être échangées avec la détention. Les confrères et les équipes sont déboussolés, ils ont besoin d'un cadre. Il n'y a pas à donner d'informations à l'administration pénitentiaire, sauf si elles relèvent d'un registre socio-sanitaire (préparation à la sortie en cas de poursuite de traitement, etc.) ou en cas d'agressivité d'un détenu envers lui-même ou envers l'autre. Un confrère nous a écrit pour témoigner : le personnel pénitentiaire lui a demandé de se prononcer sur les risques de récidive d'un détenu ! Il y a une dérive : on nous demande de plus en plus d'endosser une fonction d'expert, alors que nous sommes des soignants. Il y a une frontière à ne pas franchir ».

EN CHIFFRES

64 148
détenus

En avril 2011, 64 148 personnes étaient détenues, pour un nombre effectif de 56 500 places.

des personnes détenues, en particulier dans deux situations : l'accueil des arrivants, qui peut être un passage difficile, et le risque de suicide – la prévention du suicide reste une priorité pour nous », indique Dominique de Galard, *conseillère santé du directeur de l'administration pénitentiaire. Et ce dans l'intérêt du détenu, afin d'assurer sa protection mais aussi celle des autres prisonniers et de tous les personnels* ».

La confidentialité des soins souvent compromise

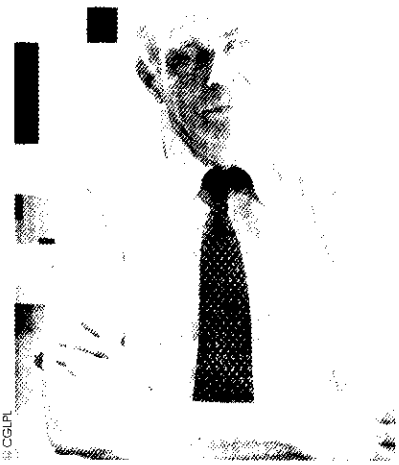
Si le décret du 23 décembre 2010 a suscité de telles réactions, c'est parce qu'il intervient dans un contexte sanitaire délicat dans les prisons; il est déjà bien difficile d'y assurer la confidentialité des soins. Première raison invoquée : l'exiguïté des locaux dans nombre d'établissements vétustes. « *À la maison d'arrêt de femmes de Versailles, nous avons une pièce pour les consultations, les soins et la délivrance des médicaments, un cabinet dentaire, une petite salle de repos et deux "cagibis" – dont un sans fenêtre – pour les psychologues. Nous entendons tout ce qui se dit dans les pièces à côté...* », témoigne le Dr François Moreau. Il arrive fréquemment que les surveillants, en vertu de principes de sécurité, soient présents dans les salles de consultation, y compris lors des « extractions hospitalières », lorsque les détenus sont emmenés à l'hôpital, hors les murs, pour des soins. De plus, dans nombre d'établissements pénitentiaires, les dossiers médicaux sont stockés dans une armoire qui n'est pas fermée à clé, à la disposition de tous.

Un guide méthodologique à paraître

Les solutions ? Les experts plaident en faveur de locaux de soins plus grands et plus adaptés. Pour résoudre les tensions entre le corps médical et le personnel pénitentiaire, la Chancellerie et le ministère de la Santé préparent, depuis l'automne dernier, un guide méthodologique listant le type d'informations que chaque corps de métier est susceptible d'échanger. Et ce dans le respect du secret médical mais aussi du secret professionnel auquel est soumis le personnel pénitentiaire. « *Le secret professionnel est réaffirmé dans le code de déontologie du service public pénitentiaire, paru fin 2010* », rappelle Dominique de Galard. Avant d'ajouter : « *Il faut avoir confiance dans le professionnalisme des personnels exerçant en milieu carcéral.* » Où en est le guide méthodologique ? « *Il est en cours de validation,* répond le Dr Dominique de Penanster,

POINT DE VUE extérieur

Jean-Marie Delarue, contrôleur général des lieux de privation de liberté



© CGLPL

interview

Au cours des contrôles que vous avez effectués en 2010 dans les prisons, quelles difficultés dans l'accès aux soins avez-vous constatées ?

Jean-Marie Delarue : Les principales difficultés affectent la relation personnelle et confidentielle médecin-patient. Les locaux des UCSA sont souvent trop exigus, notamment dans des maisons d'arrêt anciennes – environ la moitié des prisons sont concernées. Cette exiguïté oblige à multiplier les mouvements ou à presser les détenus dans des conditions difficiles, tout en compromettant la confidentialité. Autre problème : la présence d'un surveillant dans la salle de consultation, ou à proximité. Parfois, ce sont les soignants qui demandent une protection... Or leurs craintes ne sont presque jamais justifiées, à mon sens; un détenu malade n'agresse pas une personne qui le soigne. Ces entorses à la confidentialité sont encore plus vives lors des extractions hospitalières. Souvent, les médecins sont paralysés face à la présence de deux policiers en salle de consultation – parfois au bloc opératoire ! – et n'osent rien dire. Mais il faut leur rappeler qu'ils peuvent s'opposer à leur présence et leur demander de sortir.

« Le combat pour la confidentialité des soins est permanent »

Quelles sont, sur le terrain, les conséquences du décret du 23 décembre 2010 ?

J.-M. Delarue : La demande accrue d'informations sur les détenus exprimée auprès des soignants, en particulier des psychologues et des psychiatres, nous inquiète. Or il est illusoire de croire qu'un recueil d'informations permet de dresser le portrait d'un détenu et de prévenir tous les risques… Certains médecins sont sollicités pour renseigner le cahier électronique de liaison (CEL) mis en œuvre par l'administration pénitentiaire, croyant bien faire en le remplissant précisément. Et dans certaines CPU, le contenu du CEL est affiché sur grand écran pendant la réunion ! Dans la plupart des cas, cependant, les soignants sont réticents à remplir ce document. J'approuve tout à fait la position du conseil national de l'Ordre des médecins. Je forme le vœu que les cadres administratifs des hôpitaux aident les médecins des UCSA à bien dessiner la frontière à ne pas dépasser. Mais pour moi, la bataille pour la confidentialité doit se poursuivre.

Quelles bonnes pratiques avez-vous relevées ?

J.-M. Delarue : Dans un certain nombre d'établissements, les dossiers médicaux sont informatisés, ce qui facilite les contacts avec l'hôpital. J'ai aussi vu des médecins d'UCSA mettre sous clé les dossiers médicaux, lesquels restent cependant accessibles si nécessaire aux médecins d'urgence grâce à un code. Dans une maison d'arrêt du Sud-Est, le responsable de l'UCSA a obtenu la construction d'une aile supplémentaire et de deux salles de consultation. L'UCSA qui fonctionne bien, c'est aussi celle qui organise les rendez-vous médicaux en accord avec le personnel pénitentiaire. Il est bon que l'UCSA dispose de deux surveillants : l'un d'eux peut aller chercher en cellule les détenus qui ont un rendez-vous et leur permettre d'arriver à l'heure. En effet, se pose un problème dans les prisons modernes, vastes et comportant une multitude de portiques et grilles à franchir : les mouvements sont difficiles et ralentis. Souvent, les détenus arrivent trop tard à leur rendez-vous avec le médecin, ou renoncent à s'y rendre…

Pour en savoir plus

Entre 2008 et 2010, l'équipe du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL, autorité indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007) a visité plus de 400 lieux de privation de liberté, dont la moitié des établissements pénitentiaires.
• Rapport d'activité 2010, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, mai 2011, éditions Dalloz (consultable sur www.cglpl.fr)

sous-directrice de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques au ministère de la Santé. *Il devrait être diffusé avant la fin de l'année 2011. Il s'agit d'adapter la prise en charge à chaque personne incarcérée, afin que la détention n'aggrave pas son état. On pourra, par exemple, transmettre des informations sur un régime alimentaire particulier, sans pour autant mentionner qu'un patient est diabétique.* »
Pour le Dr Catherine Paulet, il faudrait revoir le concept de pluridisciplinarité dans les CPU, et « *faire participer les détenus concernés à ces réunions, les écouter et les entendre* ». Selon Jean-Marie Delarue, le contrôleur général des lieux de privation de liberté, « *il faut des crédits pour assurer un nombre suffisant de médecins – en particulier en psychiatrie, où le problème est le plus criant…* ». On le voit, ces difficultés autour du secret médical en prison affleurent bien d'autres débats : les soins psychiatriques, la prévention du suicide et la prévention de la récidive. De vrais enjeux de société qui dépassent largement la seule sphère médicale…