

# Les multiples facettes de la médecine pénitentiaire

Bruno Gravier

Journées de la Conférence des Médecins Pénitentiaires Suisses

Neuchâtel, 25 janvier 2014

« une médecine ordinaire dans un lieu qui ne l'est pas » ?

(Anne Lécu, 2013)

- « *On ne saurait accepter une médecine pénitentiaire dont les praticiens seraient intégrés dans l'administration et soumis à son autorité. (...)* »
- *De même on ne saurait considérer la médecine pénitentiaire comme une spécialité médicale* » (R. Badinter, 2006)
- la médecine pénitentiaire se situerait donc à une position particulière:
  - celle qui vient entendre et prendre en charge une souffrance spécifique, celle de l'enfermement et de ses conséquences sur la santé du détenu.
- Est-il possible de donner la cohérence d'une professionnalité spécifique à un engagement souvent très personnel comme l'est celui du médecin pénitentiaire ?
- L'identité professionnelle du médecin pénitentiaire se construit-elle à partir de cette ligne de tension?

# Le statut du médecin pénitentiaire et celui de son malade

- A qui obéit le médecin des prisons ?
  - au tribunal qui lui enjoint de nourrir contre son gré un gréviste de la faim
  - au directeur de la prison où il travaille
  - au directeur de l'hôpital auquel le service de médecine pénitentiaire est rattaché
- Est-il au service de son patient ou de la collectivité ?
- Les directives de l'ASSM ainsi que les recommandations internationales nous donnent des indications claires sur ce point.
- Reconnaître à un détenu « **le statut de malade (...) permet de tenter de se dégager de l'emprise carcérale, de restaurer une identité menacée en recourant à la différenciation contre l'uniformisation** » (Lhuillier, 2000)
- Fonction particulière du médecin pénitentiaire
  - nomme et reconnaît la pathologie qui s'exprime dans les murs comme singularité du sujet emprisonné.
  - par ses constats diagnostiques et cliniques il se trouve en position de témoignage, de dénonciateur potentiel de l'indignité et des dérives carcérales.
- Limite d'une spécialité médicale?
- Exercice particulièrement inconfortable

## Vers une spécialité de médecine pénitentiaire?

- **Schwerpunkt, CAS**
- **Médecine en milieu pénitentiaire:**
  - Médecine interne générale
  - Psychiatrie
- **Médecin pénitentiaire =**
  - médecin généraliste + compétences en psychiatrie + notions de droit?
  - Médecin de l'institution (comme le médecin militaire ou le médecin scolaire)?
- **Articulation et recouvrement avec la psychiatrie forensique?**
  - Un psy qui assume un mandat de traitement ordonné a-t-il un regard identique à celui du soignant qui n'est pas lié par ce mandat

- Une médecine nivelée ou une médecine hybride et plurielle?
- Une médecine de liaison:
  - Indispensable pour restituer au détenu une image de lui même globale et non clivée comme celle qu'il projette sur l'ensemble de l'institution
  - Une liaison constante entre psy et médecine somatique est fondamentale
  - Se décline aussi bien en termes de capacité de compréhension de ce qui se joue dans la santé du détenu qu'en termes d'élaborations sur la place de chacun dans l'accompagnement médical du détenu

## Un contexte sanitaire à prendre en compte

- Une médecine qui doit se penser avec l'évolution de la population pénale:
  - Vieillissement, pathologies complexes, maladies infectieuses
  - Exigences de planification, de prévention
  - Les soins en prison comme maillon d'un système sanitaire global (populations vulnérables, dépendances, ..)
- Définir des prédicteurs de la santé en prison
  - Identifier les pathologies qui vont augmenter la consommation médicale en prison
  - Le fait d'avoir déjà été incarcéré va augmenter de manière significative la consommation médicale en prison (étude en cours)

# Penser des modèles organisationnels

- Doivent tenir compte de la configuration du milieu pénitentiaire où va s'exercer la médecine
- Une polysémie des organisations (MPP, des médecines en milieu pénitentiaire..)
- Complexité des niveaux d'organisation et des moyens d'intervention pour garantir l'accès au soin
  - Exemple des transferts en milieu hospitalier
  - Hôpital en prison vs prison à l'hôpital

# Une médecine au risque de la violence

- Toute violence irrationnelle, automutilante, expression comportementale inadéquate est perçue comme expression pathologique
- Ce qui provoque contre-attitude, sidération, incompréhension (p ex: expressions relationnelles perverses) est renvoyé au médical
- **Au sein de la détention : démêler**
  - **Ce qui nécessite une approche clinique spécifique et pose la question d'une réponse thérapeutique (p. ex: traitement contraint)**
    - Décompensation psychotique
    - Réactivation délirante
  - **Ce qui nécessite une réponse prioritairement pénitentiaire**
    - Transgression
    - Violence pour obtenir un aménagement de la détention, un médicament psychotrope
  - **Entre les deux:**
    - expression de la réactivité antisociale/psychopathique et du trouble de la personnalité (ingestion de corps étrangers, actes auto agressifs)
- **Tout le monde est débordé et se sent impuissant**



# Des réponses médicales à des questions non médicales?

- De tout temps, hier....
  - « A l'intérieur des prisons (du XIXe siècle) les médecins jouent un rôle essentiel car la détention diversifie les formes de punitions , **comme la solitude, l'isolement , la privation de lumière, la restriction de nourriture** ; toutes mesures produisant des conséquences médicales dont le médecin de la prison doit se charger » (Fantini).
  - « dans la prison cellulaire, la médecine joue un rôle fondamental dans la **vérification des conditions hygiéniques** , dans la **répartition minutieuse des temps de la vie quotidienne des prisonniers**, ( ....) dans l'évaluation des conséquences de la vie cellulaire sur **la santé mentale**.

# Des réponses médicales à des questions non médicales

- Et maintenant .....
- des questions qui laissent perplexes quant à leur appartenance au champ médical:
  - Un détenu qui ne supporte pas la sanction en cellule d'isolement
  - Un détenu mécontent, suicidaire?
  - Demandes de certificat médical pour tout aménagement de cellule, de régime...
    - la seule question qui vaut, c'est : « la question posée est-elle médicale » et si elle ne l'est pas , « comment trouver une réponse qui le soit ? »( Anne Lécu)

# Construire une identité professionnelle

- *Une pratique traversée par l'émotion*
  - Un médecin pas plus qu'un autre citoyen n'est insensible aux préoccupations du public, surtout lorsqu'il se trouve face à ceux qui réveillent les peurs les plus violentes.
  - Un médecin en prison côtoie au quotidien les agents de détention, mesure la difficulté de leur tâche et le caractère ingrat de celle-ci mais aussi leur humanité dans la rencontre avec ceux qu'ils détiennent.
  - Il éprouve aussi et légitimement le besoin de partager, d'échanger dans ce monde lourd et complexe.
  - Il ressent les peurs, l'emprise, et entend les colères
- *Quelle sensibilité aux préoccupations sécuritaires?*
  - La mission thérapeutique peut s'obnubiler de la crainte et du souhait de contrôle,
  - elle peut se laisser embarquer dans la séduction et le clivage généré par le fonctionnement psychique si particulier de ces détenus.

# Construire une identité professionnelle

- *Une « typologie » des professionnels du soin en prison*
- Chacun finit par se forger un positionnement
  - Les « **organicistes** » qui centrent leur activité sur l'acte technique de soin
  - Les « **spécialistes pénitentiaires** » qui entendent faire reconnaître une forme de spécificité de l'exercice des métiers de santé en prison
  - Les « **consensuels** » qui cherchent avant tout à éviter les conflits avec le personnel pénitentiaire
  - Les « **puristes** » qui vivent dans le souci permanent de respecter les normes déontologiques
- (B. Milly, soigner en prison, 2001)

# Une spécialité et/ou un carrefour?

- Le monde médical doit reconnaître qu'il existe une pratique médicale particulière en prison dont la légitimité doit être reconnue ....
- L'avenir de la médecine pénitentiaire passe par une connaissance forte **du droit, de l'éthique**
- Inscrire dans une **reconnaissance académique la question des interfaces** avec l'institution pénitentiaire et la justice pour ne pas se laisser happer par ceux-ci
- Donner des outils permettant de penser **l'impensable des situations extrêmes**
- La pratique du côtoiement de l'institution carcérale ne doit pas être que le seul fait de l'humanité du médecin et de son engagement personnel **mais doit faire partie intégrante de l'exercice professionnel et de la construction de celui-ci**

- Vivre l'ambiguïté:

- L'ambiguïté de la médecine fait partie de son être même, tendue **entre la nécessaire objectivation du corps et du symptôme et la nécessaire relation intersubjective** entre le patient et son médecin, mais elle est majorée – ou plus visible- dans un endroit comme la prison. Il faut du temps pour le percevoir et plus encore pour le penser » ( A. Lécu)

- Dialectiser son jugement moral

- Le haut risque existe lorsque les normes « **sont si incertaines que le jugement moral en situation reste la seule ressource** », et plus encore, lorsque l'on sollicite le médecin dans la «médicalisation de la punition ».
- **La prison majore l'ambivalence de la médecine** puisque les personnes incarcérées sont déjà « fixées » par la prison, dans une cellule. (Ricoeur)