

# SOIGNANT/SOIGNÉ : UNE RELATION AU CŒUR D'ENJEUX ÉTHIQUES

La prison n'est pas un lieu de soin. Ce n'est pas sa vocation. Et si elle est théoriquement un lieu de préparation à la réinsertion, elle reste majoritairement, au vu de la manière dont elle est pensée et organisée, un lieu de punition. Toujours est-il qu'elle a le devoir de soigner, dans le sens du « cure », et qu'elle ferait bien d'également de s'attarder sur le « care » au quotidien.

**Vinciane Saliez, co fondatrice et directrice d'I.Care asbl.**

La relation soignant/soigné est largement déterminée par les conditions d'exercice de la pratique professionnelle en santé, la sécurité, la contrainte et les conditions de vie des personnes détenues. Différents facteurs ont un impact non négligeable sur cette relation particulière.

## De l'enfermement et de ses conditions.

Lieu de privation d'intimité, de stigmatisation, de méfiance, un lieu dans lequel certaines personnes incarcérées nous disent que pour survivre, il est important « d'entrer dans la peau du détenu, mais pas trop », « de toujours faire un pas de côté pour ne pas se faire manger par la machine ».

Les personnes détenues sont soit enfermées dans leurs cellules, soit sous surveillance. À travers l'ocilleton de la porte, elles peuvent être vues sans pouvoir voir. Conserver une zone d'intimité et une marge d'autonomie devient un enjeu majeur dans un monde dans lequel la moindre demande est soumise à une autorisation via une petite feuille de papier, qui elle-même transite par des agents pénitentiaires. Comment se dire et faire confiance dans un contexte traversé continuellement par le soupçon, dans lequel la ruse permet de survivre ? Si la ruse du renard est la stratégie des hommes et des femmes enfermés, elle l'est aussi pour certains soignants qui cherchent à faire soin et à interroger le système.

Comme le souligne Anne Lécu, philosophe et médecin, la prison fait mal : « Par le retour en

force du corps et de ses limites, l'enfermement réveille la finitude. Nombreux sont ceux qui demandent à rencontrer le médecin pour un mal de dents, un mal de dos, un mal de tête, toutes sortes de symptômes souvent résumés en 'body pain'. Certains n'ont que ces quelques mots d'anglais pour exprimer un mal-être ».<sup>1</sup> Que répondre à quelqu'un qui dit « Docteur, je dors mal » ? Quelle est la marge de manœuvre lorsque la relaxation ou la balade dans le quartier ne sont plus que des mirages ? Il reste une arme : la médication. Si le médicament soigne ou estompe la douleur et l'anxiété, il est aussi au cœur du système économique du milieu fermé. Monnaie d'échange, il donne potentiellement un pouvoir d'achat. Dès lors, on retrouve au cœur de la consultation la ruse et le soupçon, car les prescripteurs deviennent potentiellement les facilitateurs de trafics en tous genres, au risque de miner la relation.

**De la situation des soignés.** Distinguons santé et soins de santé. Les déterminants sociaux de la santé jouent un rôle prépondérant dans la situation des personnes détenues et dans leur chance de réinsertion. La population carcérale est frappée de plein fouet par les inégalités en santé, avant même de pénétrer dans cet univers. Les personnes détenues représentent une population vulnérable de manière temporaire ou chronique, et ne sont pas des patients comme les autres. Toxicomanie, problèmes de santé mentale, suicide, violence, tensions interculturelles, propagation d'infections virales, consommation de médi-

1. A. Lécu, *La prison, un lieu de soin ?* Les belles lettres, 2012.

## Un laboratoire d'innovation

I.Care est une asbl fondée en novembre 2015 dont la particularité est d'être portée par des acteurs de la santé et du social exerçant des deux côtés des murs. La clinique de l'accueil et de la concertation est au cœur de ses préoccupations. En cohérence avec la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, son programme agit à trois niveaux :

- global, dans l'objectif que des politiques publiques seront menées pour assurer l'équivalence des soins et réduire les inégalités en santé ;
- environnemental, dans le but que les professionnels de la santé et du social en contact avec des (ex) détenus améliorent leur accompagnement de ce public spécifique par une meilleure connaissance des enjeux de santé et un renforcement du travail en réseau ;
- individuel, afin que les détenus soient renforcés dans leurs savoirs, savoir-faire et savoir-être.

**Care.Connexion.** Dans l'objectif de réduire les inégalités sociales en santé, deux « semeuses » de la promotion de la santé, une infirmière et une éducatrice, vont à la rencontre des femmes détenues à la prison de Berkendael. Leurs actions se déroulent au cœur des cellules, mais aussi en groupe communautaire et, bientôt, selon les autorisations au préau, dans une forme de « travail de rue ». Une modernisation de la section santé de la bibliothèque est en cours, les ouvrages disponibles datant majoritairement des années 70. En dix-huit mois, ce projet a pris sa place dans l'établissement. Il est bien accueilli par la direction, les agents pénitentiaires et les acteurs externes se rendant en prison. La collaboration reste encore difficile avec le service médical qui, sous couvert de « je n'ai pas le temps », n'en mesure pas l'intérêt ne fût-ce que pour se soulager lui-même. Lorsqu'on informe une détenue qu'elle est porteuse d'une hépatite C, lorsqu'on a une patiente atteinte d'un diabète non équilibré, et qu'on ne peut agir que dans une fonction curative, il paraît utile aux yeux d'I.Care de collaborer avec un acteur de promotion de la santé qui a les compétences et le temps de les accompagner. Les semeuses agissent en respectant le secret professionnel, en stimulant l'autonomie de la personne et lui donnant accès à l'information qui lui manque. C'est avant tout un travail d'écoute, de soutien et d'attention au renforcement de l'estime de soi.

**Drugs Lab.** L'équipe est pluridisciplinaire : médecin généraliste, infirmiers, psychologues. Dans une perspective de transfert de la compétence « soins de santé », I.Care est en charge d'un projet pilote initié par la Santé publique dont le but est de modéliser la prise en charge de publics particuliers. Son choix s'est arrêté sur les usagers de drogues, réalité (taboue) de chaque établissement pénitentiaire, mais à laquelle les professionnels de la santé présents dans la prison (en sous-effectifs, peu formés dans ce domaine et pris parfois dans la vague sécuritaire ou de stigmatisation) n'ont que peu de temps à consacrer. Il s'agit de détecter les usages, d'accompagner les détenus consommateurs et de les orienter vers les services spécialisés, tout en formant le personnel en place. Ce projet se décline Saint-Gilles, Berkendael, Lantin (Fédito Wallonne asbl, projet Macadam) et Hasselt (CAD Limburg). ■

caments achetés au marché noir, automutilation, etc., le milieu en lui-même est particulièrement pathogène. De plus, ce public est fréquemment passé à travers les mailles du filet de l'aide et du soin dans son parcours de vie.

Les soignants sont face à des soignés qui ont majoritairement une faible connaissance en santé, des pathologies parfois lourdes, un isolement important, des demandes nombreuses (ou dans

certain cas aucune malgré les besoins) et pour qui un rendez-vous médical est une rare occasion de sortie de cellule (en maisons d'arrêt en particulier, où les activités sont rares et la surpopulation particulièrement problématique). L'accueil et l'analyse des besoins et de la demande s'avèrent particulièrement complexes et chronophages et ne reçoivent aujourd'hui pas la place qu'ils méritent.

**Des soins de santé sous la tutelle de la Justice.** Les soins de santé en prison étant sous la tutelle de la Justice, l'enveloppe budgétaire santé est limitée par le besoin sécuritaire, ce qui a un impact considérable sur leur qualité. Et la logique actuelle est économique et budgétaire, on gère un « stock » de détenus à moindre coût. L'organisation des soins de santé est centralisée par l'administration pénitentiaire qui lui a tout de même consacré un service spécifique. Les rapports du Comité de prévention de la torture et des traitements inhumains du Conseil de l'Europe (CPT), les constats des Commissions de surveillance, les difficultés rencontrées par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) à obtenir la pleine collaboration de ce service dans le cadre de sa recherche, et nos propres constats de terrain font écho à cet extrait d'un rapport du Haut Comité de la santé publique français<sup>2</sup>, publié en 1993, lorsque les soins de santé étaient encore sous la tutelle de la Justice française : « *L'absence de savoir-faire et de légitimité de cette administration centrale à concevoir des politiques de santé et à assurer le repérage systématique des besoins des détenus en la matière, le recours à des personnels sanitaires de statuts très disparates, la précarité de leurs modes de rémunération nuisent à la capacité des services médicaux des établissements pénitentiaires à assurer convenablement la continuité des soins et à définir un véritable projet de service dans l'établissement* ». Le parallèle est sans doute réducteur, mais il met en lumière l'impact de la gouvernance sur la qualité des soins.

**Du difficile recrutement de professionnels de la santé.** Outre le fait de travailler en milieu fermé, cette logique économique et cette gestion des soins de santé n'attirent pas les professionnels. Dès lors, la gestion des ressources humaines devient complexe. Aujourd'hui, parce qu'on ne sait pas se passer de certains prestataires de soins en place faute de pouvoir les remplacer, on maintient dans leurs fonctions des professionnels incompetents et/ou qui dysfonctionnent, ce qui est catastrophique pour la qualité des soins.

**Du manque de formation spécifique.** Stigmatisation et dévalorisation ne sont pas l'apanage des détenus... Être soignant en prison

dans un système isolé du monde extérieur et de sa modernité le fait entrer ce professionnel dans une catégorie « à part ». Pour assurer une pratique humaniste, performante et garantissant une équivalence de soins, le professionnel de la santé « *doit disposer de solides connaissances médicales, éthiques, déontologiques et de droit médical. Les formations de base et continue sont essentielles, tout comme le renforcement des réseaux de travail et le développement de recommandations fédérales* »<sup>3</sup>. Or nous constatons l'arrivée de professionnels de la santé non spécifiquement formés et devant s'adapter à un système chaotique qui a vite fait d'user leur idéal.

**De la difficulté à organiser la continuité des soins.** Les murs des prisons sont hauts quand il s'agit d'élaborer une trajectoire de soins cohérente et intégrée. De nombreux facteurs y participent, comme la suspension de l'accès à la Sécurité sociale, la difficulté lorsqu'il s'agit d'envoyer des détenus en milieu hospitalier, la non-connaissance de la date de libération ou l'impossibilité, voire le refus, de certaines structures d'accueil de mener des entretiens d'admission en fin d'incarcération.

**De la dépendance quotidienne aux agents pénitentiaires.** Toute action nécessite un mouvement et tout mouvement nécessite une action d'un agent de surveillance. Cette dépendance a un impact sur la qualité des soins et en particulier sur le respect du secret médical : il est parfois tellement difficile d'avoir un détenu dans un local pour une consultation que des soignants finissent par consulter en salle d'attente ou en cellule. Or ce secret est primordial pour nommer l'indicible, particulièrement en milieu carcéral où le défaut de confidentialité a des conséquences sur la détention. « *Vous voulez entrer dans cette cellule ? Est-ce qu'on vous a dit que Madame X est séropositive ?* » Question posée par un agent pénitentiaire à une professionnelle d'I.Care. Si ce partage d'information part d'une bonne intention, il traduit l'ampleur du combat qu'il reste à mener. Pour des raisons pratiques ou de sécurité, le secret professionnel continue d'être bafoué ne fût-ce qu'occasionnellement.

**De la suradaptation des soignants au contexte carcéral.** Pris dans l'inertie du

2. Santé en milieu carcéral : rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus, Haut Comité de la santé publique, 1993, Avis et recherches du HCSP, cité par B. Milly, Soigner en prison, Presses universitaires de France, Paris, 2001.

3. J.-P. Rieder et al, « Santé en milieu pénitentiaire : vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé », *Revue médicale suisse*, juin 2010.

paquebot carcéral qui, sur le plan des soins de santé, n'a pas de capitaine à son bord, chaque professionnel de la santé tente de mener à bien sa mission. Dans certains établissements, il est difficile de ne pas perdre le nord. La prison est un lieu d'épreuve pour les soignants « *qui se demandent un jour ou l'autre s'ils ont raison ou non d'être là et de faire ce qu'ils font* »<sup>4</sup>.

Le professionnel qui débute sa pratique en milieu carcéral tente de s'adapter et décode progressivement l'organisation complexe de l'établissement dans lequel il travaille. Mais comme beaucoup d'éléments lui échappent et qu'il y preste un temps de travail parfois très restreint, la suradaptation le guette... Tolérer que soient inscrits les noms des détenus sous traitement de substitution dans le bureau des agents pénitentiaires « parce que c'est plus pratique pour le mouvement tox du matin », accepter de ne pas voir un détenu qui le demande parce qu'une infirmière a décrété qu'il n'avait pas été assez respectueux lors d'une autre visite médicale, accepter de ne pas faire de dépistage de maladies virales « parce qu'il faut faire des économies »... Nous sommes certains jours effrayés par la vitesse à laquelle tout professionnel finit par compromettre l'idéal de sa fonction. L'indépendance du médecin est un principe cardinal. Le respect du consentement libre et éclairé, de la confidentialité et du secret médical reste fondamental comme dans toute autre pratique. « *Ces principes si évidents en milieu libre sont souvent mis à mal en prison par la nécessité de l'échange qui doit s'instaurer avec les équipes de surveillance et le huis clos dans lequel les différents partenaires de l'institution sont pris.* »<sup>5</sup>

### De la négation du système pénitentiaire de « ce qui fait santé ».

La sécurité prévaut sur la santé. Au nom de la sécurité, ce qui fait santé est régulièrement mis de côté. Un projet de réinsertion nécessiterait le maintien des liens affectifs, un soutien psychologique intense, des activités formatrices ou du moins constructives et une possibilité de construire des projets en favorisant l'autonomie... là ou trop souvent on isole, on infantilise, on coupe, on tait, on met au cachot après une tentative de suicide... Comment le soignant peut-il conserver une relation de soins dans un univers qui broie trop

fréquemment les personnes qui y passent ? Le soin pour diagnostiquer, éventuellement pour guérir, peut y trouver sa place. Le soin pour reconstruire, réinsérer, valoriser doit s'installer dans les pauvres interstices des briques.

**Un transfert de compétences ?** Aujourd'hui, la perspective d'un transfert de compétences vers la Santé publique nous donne l'espoir de fondations solides sur lesquelles les soignants pourront se reposer pour inscrire une certaine éthique au cœur de leur pratique professionnelle. Mais il faudra probablement encore une génération pour que s'opère un changement de mentalités. En attendant... le transfert de compétences rencontre des freins au sein même de l'univers carcéral et de la part des professionnels de la santé et du social. Notre pratique nous amène à rencontrer de manière récurrente, cinq positionnements :

- les optimistes, pour qui un transfert de compétences améliorera de toute évidence l'accès et la qualité des soins de santé ;
- les semi-optimistes, pour qui ce transfert est indispensable, mais qui craignent une demi-réforme, ou une réforme qui ne tiendrait pas compte des réalités du terrain, et donc des demi-effets ;
- les « aquoibonistes », pour qui un transfert ne changera rien, entre autres parce que les budgets n'augmenteront pas à la hauteur des besoins ;
- les méfiants, qui observent le durcissement de la politique de Santé publique dans la société libre et qui s'inquiètent des conséquences négatives sur certaines catégories de la population carcérale, comme les personnes en séjour illégal pour qui l'accès aux soins en prison risque d'être réduit ;
- les résistants au changement, qui craignent de perdre leurs acquis, leurs primes, leur très relatif confort de travail.

Si aujourd'hui la Santé publique et la Justice se concertent en se basant sur l'étude menée par le KCE<sup>6</sup>, nous espérons qu'elles tiendront compte des réalités de terrain... Notons que le KCE n'a pas interrogé de détenus ni envoyé d'observateurs au cœur même des services médicaux des prisons, là où les enjeux se donnent à voir au détour d'un couloir ou d'une porte fermée. ■

4. A. Lécu, op cit.

5. J.-P. Rieder et al, op cit..

6. P. Mistiaen et al, KCE Report 293Bs, *Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur*, 2017.