

# Exercice de la médecine auprès de personnes détenues

Directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM

## Avant-propos

Le décès par asphyxie survenu en 1999 d'une personne expulsée de Suisse ainsi que d'autres événements similaires en Europe, ont interpellé les membres de la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Il fut donc décidé à fin 2000 de créer une sous-commission chargée de rédiger pour la première fois des directives concernant l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues. C'est le texte de ces directives élaborées au cours de seize séances de travail et après l'audition de plusieurs représentants des milieux intéressés qui est publié ci-après. Ce texte a reçu l'aval du Sénat de l'ASSM lors de la séance plénière du 29 novembre 2001 et est maintenant soumis au processus de consultation.

D'aucuns estimeront qu'il va trop loin, d'autres qu'il ne va pas assez loin dans les droits et les devoirs du médecin, des personnes privées de liberté ou faisant le sujet de mesures judiciaires, enfin des autorités qui exécutent ces mesures judiciaires. Entre refus pur et simple du médecin d'entrer en matière qui, le cas échéant, pourrait correspondre à une non-assistance à personne en danger, et une obéissance servile aux autorités, un champ d'action respectueux des principes fondamentaux d'éthique médicale a été recherché.

Le premier principe, mis en exergue, est que la personne détenue ou privée de liberté suite à une mesure judiciaire, n'est pas pour autant privée de tous ses droits; en particulier, elle a droit aux soins de santé qu'exige son état comme tout autre personne. Les autres exigences découlent de ce principe premier et concernent le consentement, la confidentialité, les conditions d'examen médical et l'équivalence des soins.

L'attitude à laquelle doit se tenir le médecin dans des circonstances particulièrement délicates, comme lors de l'application de mesures de

contrainte policières ou pénitentiaires, de situations d'urgence lorsque la personne présente momentanément une incapacité de discernement ou enfin en cas de grève de la faim, est clairement exposée. Cette attitude doit éviter au médecin de devenir l'otage, voire le complice, soit des autorités, soit de la personne détenue tout en assurant l'assistance à laquelle elle a droit. Ainsi ces directives devraient fournir un cadre décrivant les droits et les devoirs du médecin qu'il agisse comme thérapeute ou comme expert mandaté; ce cadre délimite du même coup les exigences des autorités et réserve les droits à l'accès aux soins de santé des personnes détenues, assurant au mieux possible de les protéger de sévices possibles ou alors de dénoncer ceux-ci aux autorités.

Les membres de la sous-commission ont veillé à ce que ces directives soient non seulement conformes au Droit suisse, mais aussi aux Conventions du Conseil de l'Europe ainsi qu'aux Recommandations de ce Conseil et de l'Assemblée Médicale Mondiale dont on trouvera, entre autres, les références en fin de texte.

Que le Président et tous les membres de la sous-commission trouvent ici l'expression de notre gratitude pour le travail considérable accompli. Comme les signataires de cet avant-propos, ils attendent maintenant les critiques, suggestions et propositions de modification qui peuvent être adressées d'ici à fin avril 2002 au Secrétariat général de l'ASSM: ASSM, Petersplatz 13, 4051 Bâle, fax 061 269 90 39, e-mail: mail@samw.ch.

*Prof. Michel Vallotton, Président de la CCE*  
*Prof. Werner Stauffacher, Président de l'ASSM*

Voir aussi sur ce thème le bulletin ASSM 4/2001 qui lui est largement consacré (disponible sous [www.assm.ch](http://www.assm.ch)).

## I. Préambule

L'intervention de médecins lors de mesures de contrainte policières appliquées notamment à des personnes refoulées hors du pays suscite de nombreuses interrogations dans l'opinion publique. Pour répondre aux attentes des différents milieux concernés, l'ASSM a élaboré des directives pour les médecins susceptibles d'être sollicités dans un contexte aussi sensible et indubitablement à risque de dérapages éthiques. Plus généralement, la réflexion a été élargie aux interventions médicales auprès de toute personne détenue par la police ou incarcérée dans un établissement pénitentiaire.

La multiplicité des codes de procédure pénale et des différents régimes cantonaux d'exécution des peines ne facilite pas l'élaboration de telles directives. Lorsque la personne retenue ou détenue présente des troubles psychiques, la complexité des dispositions applicables en matière de tutelle, actuellement en voie de révision au plan fédéral, complique encore la situation.

Le manque d'établissements pénitentiaires, psychiatriques ou socio-thérapeutiques spécialisés susceptibles d'accueillir ces patients de même que la carence en personnel médical (et social) ayant bénéficié d'une formation spécifique, est malheureusement à relever.

Dans un environnement actuel aussi complexe, l'ASSM propose des directives qui tout en s'inspirant largement des recommandations internationales concernant les soins aux personnes détenues, n'ont nullement la prétention d'épuiser le sujet. Tout particulièrement, la question générale des mesures de contrainte décidées dans un contexte psychiatrique ou de médecine somatique d'urgence, sur une base strictement médicale devra faire l'objet d'une autre réflexion ultérieure approfondie, d'ores et déjà prévue par l'ASSM.

## II. Directives

### 1. Principes généraux; notion d'objection de conscience

- 1.1 Les règles de base éthiques et juridiques qui régissent l'activité médicale notamment en matière de consentement et de confidentialité s'appliquent également lorsque la personne est privée de liberté.
- 1.2 Dans un tel cas toutefois, le médecin est souvent obligé de prendre en compte des exigences d'ordre et de sécurité, même si son but doit toujours rester le bien et le maintien de la dignité de son patient. Dans ce contexte, les obligations du praticien aussi bien à l'égard de ses patients privés de liberté qu'aux autorités engendrent une réelle spécificité de l'exercice d'une telle médecine en raison d'intérêts et d'objectifs poursuivis parfois divergents.
- 1.3 Compte tenu de ces paramètres dont l'ajustement peut parfois heurter l'éthique personnelle du médecin (qu'il s'agisse de mandats à long terme ou d'interventions ponctuelles), ce dernier doit toujours pouvoir agir selon sa conscience et refuser l'expertise ou la prise en charge clinique de personnes privées de liberté, sauf s'il se trouve confronté à une situation d'urgence.

### 2. Conditions d'examen

- 2.1 Pour faciliter l'instauration d'un climat de confiance réciproque, le médecin doit s'efforcer de préserver le cadre et la dignité habituels de la relation médecin-malade.
- 2.2 Lorsqu'il procède à l'examen d'une personne privée de liberté, il doit toujours pouvoir disposer d'un local équipé et adéquat pour un examen médical. Sauf demande contraire du médecin, l'examen doit avoir lieu hors de la vue et de l'écoute de tiers, y compris du personnel de surveillance.

### 3. Activités et situations d'expertise

- 3.1 Hormis les situations de crise ou d'urgence, le médecin ne peut pas cumuler à la fois l'identité de médecin thérapeute et de médecin expert.
- 3.2 Avant tout acte d'expertise, il doit clairement informer la personne qu'il est chargé d'examiner que le secret médical ne couvrira pas le résultat des examens pratiqués.

### 4. Sanctions disciplinaires

A chaque fois que le médecin est interpellé sur l'aptitude d'une personne à subir une sanction disciplinaire, il ne se prononce qu'une fois la décision formellement arrêtée par les autorités. Son avis n'intervient donc que dans un deuxième temps et, cas échéant, prend la forme d'un veto basé sur une appréciation strictement médicale.

## 5. Equivalence des soins

- 5.1 Une personne privée de liberté a droit à la même qualité de soins que la population générale.
- 5.2 Comme dans un établissement médical public, une personne privée de liberté peut demander cas échéant que son médecin traitant soit associé dans la mesure du possible à sa prise en charge médicale. Toutefois, la décision clinique appartient toujours au médecin mis en position de responsabilité par l'autorité compétente.

## 6. Mesures de contrainte policières ou pénitentiaires

- 6.1 Lorsque le médecin est appelé à renseigner les autorités sur les risques et les conséquences d'un transfert sous contrainte (d'ores et déjà décidé par l'autorité), sur l'état de santé d'une personne privée de liberté (expulsion d'un logement, refoulement hors du territoire national, etc.), il doit faire preuve de la plus grande prudence et réunir au préalable les informations nécessaires sur l'histoire médicale du patient. Le médecin doit tenir notamment compte du moyen de transport envisagé, de la durée probable du transfert et des mesures de sécurité et de contention qui sont susceptibles d'être appliquées à la personne visée.
- 6.2 En cas de doute, il doit à chaque fois exiger un accompagnement médical, en particulier lorsque le patient en fait la demande ou lorsque l'importance des mesures de contention et de sécurité utilisées est susceptible de faire courir en soi un risque pour la santé de la personne.
- 6.3 Dans les cas où il est appelé à intervenir auprès d'une personne privée de liberté qui fait l'objet d'une mesure de contrainte décidée et appliquée par le personnel policier ou pénitentiaire, il doit immédiatement se démarquer de l'exécution de la mesure auprès de son patient potentiel en l'informant clairement qu'il est à sa disposition et qu'aucune mesure médicale ne sera entreprise contre son gré (demeure réservée la situation décrite sous 7.3.)
- 6.4 Si le médecin est persuadé que les moyens utilisés pour exécuter la mesure (tels que bâillonnement, liens serrés et prolongés, position dite de l'hirondelle: pieds et mains menottés postérieurement en position d'opisthotonos, etc...) font courir un risque de santé immédiat et majeur au patient, il doit en informer sans délai l'autorité tout en refusant formellement de prêter son concours au cas où les moyens prévus ne seraient pas abandonnés.

## 7. Consentement à la prise en charge médicale

- 7.1 Comme en situation médicale ordinaire, un médecin, agissant en qualité d'expert ou de thérapeute, n'est autorisé à entreprendre un acte diagnostique ou thérapeutique sur une personne détenue que s'il a obtenu de sa part un consentement libre et éclairé (informed consent).

- 7.2 Toute administration de médicaments, en particulier psychotropes à des personnes privées de liberté ne peut donc être effectuée qu'avec l'accord du patient et sur la base d'une décision strictement médicale.
- 7.3 En situation d'urgence et dans les mêmes conditions qu'avec un patient non détenu, le médecin peut se passer de l'accord du patient lorsque ce dernier présente une incapacité de discernement causée par un trouble psychique majeur avec un risque immédiat de gestes auto- ou hétéro-agressifs (conditions cumulatives). Dans un tel cas, le médecin est tenu de s'assurer que le patient privé de liberté bénéficiera d'un suivi médical approprié à court et à long terme (notamment sous la forme d'un transfert provisoire en milieu psychiatrique lorsque par exemple une décision d'expulsion s'avère médicalement impossible).
- 7.4 Le recours médical à des mesures de contention physique ne peut être envisagé que pendant une durée de quelques heures. Dans tous les cas de contention médicale, le médecin responsable est tenu d'en surveiller régulièrement l'application et la justification; il doit procéder à des réévaluations rapprochées.

## 8. Maladies contagieuses

En cas de maladie contagieuse, l'autonomie et la marge de liberté du patient détenu ne peuvent être limitées que selon les critères applicables à un groupe de population vivant dans des conditions similaires de promiscuité (p.e. unité militaire, colonie de vacances, etc.).

## 9. Grève de la faim

- 9.1 En cas de jeûne de protestation, la personne privée de liberté doit être informée par le médecin de manière objective et répétée des risques inhérents à un jeûne prolongé.
- 9.2 Sa décision doit être médicalement respectée, même en cas de risque majeur pour la santé, lorsque sa pleine capacité d'autodétermination a été confirmée par un médecin n'appartenant pas à l'établissement.
- 9.3 Si elle tombe dans le coma, le médecin intervient selon sa conscience et son devoir professionnel à moins que la personne n'ait laissé des directives explicites s'appliquant en cas de perte de connaissance.
- 9.4 Tout médecin qui fait face à un jeûne de protestation doit faire preuve d'une stricte neutralité à l'égard des différentes parties et doit éviter tout risque d'instrumentalisation de ses décisions médicales.
- 9.5 Malgré le refus d'alimentation formulé, le médecin doit s'assurer dans tous les cas que de la nourriture est quotidiennement proposée au gréviste.

## 10. Confidentialité

- 10.1 Le secret médical doit être respecté selon les mêmes dispositions légales qui s'appliquent pour les personnes libres (art. 321 CPS). Les dossiers des patients doivent être notamment conservés sous responsabilité médicale. Les conditions d'examen décrites sous chiffre 2 s'appliquent.
- 10.2 Toutefois, la promiscuité créée par la vie carcérale, qui peut durer quelquefois plusieurs années, de même que le rôle de garant et parfois même d'auxiliaire de soins souvent joué par les agents pénitentiaires ou les policiers peuvent imposer un échange d'informations sanitaires entre le personnel de santé et le personnel de sécurité.
- 10.3 Dans ces conditions, le médecin doit s'efforcer avec l'accord du patient détenu de répondre à chaque fois aux interrogations légitimes du personnel pénitentiaire ou policier.
- 10.4 Lorsque le patient détenu s'oppose à une divulgation, en situation de danger pour la sécurité ou pour des tiers, le médecin peut demander à être délié de son secret par l'autorité compétente s'il estime qu'il est de son devoir d'informer des tiers, notamment les responsables et/ou le personnel de surveillance en charge du cas (art. 321, al. 2 CPS). Dans un tel cas, le patient doit être averti qu'une levée du secret médical le concernant a été demandée.

## 11. Dénonciation d'éventuels mauvais traitements

- 11.1 Toute trace de violence observée sur une personne privée de liberté lors d'un examen médical doit être dûment consignée. Le médecin doit clairement distinguer les allégations (circonstances du traumatisme décrites par le patient) et les plaintes (sensations subjectives ressenties par le patient) des constatations cliniques et paracliniques objectives (taille, localisation, aspect des lésions, radiographies, résultats de laboratoire, etc...). Si sa formation et/ou son expérience le lui permettent, le médecin indique si les allégations du patient sont compatibles avec ses propres constatations médicales (par exemple la date du traumatisme alléguée par le patient et la couleur de ses hématomes).
- 11.2 Ces informations doivent être transmises sans retard aux autorités de surveillance policières ou pénitentiaires. La personne privée de liberté garde en tout temps la possibilité d'obtenir un exemplaire du rapport médical dont elle fait l'objet.
- 11.3 Lorsque la personne privée de liberté s'oppose formellement à la transmission de ces informations, le médecin doit faire une pesée des intérêts en présence et cas échéant procéder selon 10.4.

## 12. Indépendance médicale

- 12.1 Quelles que soient ses conditions particulières d'exercice (statut de fonctionnaire public ou contrat privé), le médecin doit bénéficier d'une totale indépendance à l'égard des autorités policières ou pénitentiaires. Ses décisions cliniques et toutes autres évaluations relatives à la santé des personnes détenues ne peuvent être fondées que sur des critères strictement médicaux.
- 12.2 Afin de garantir l'indépendance médicale des professionnels de la santé exerçant en milieu policier ou pénitentiaire, toute relation hiérarchique ou même contractuelle directe entre ces derniers et la direction de l'établissement doit être évitée.

## 13. Formation

Tout professionnel de la santé exerçant de manière suivie auprès de patients privés de liberté devrait être au bénéfice d'une formation spécifique concernant la mission et le fonctionnement des différents établissements de privation de liberté, ainsi que la gestion des situations de danger potentiel et de violence. Des connaissances ethno-socio-culturelles sont également nécessaires.

Approuvées par le Sénat de l'ASSM le 29 novembre 2001.

*Prof. M. Vallotton, Genève (Président de la Commission Centrale d'Ethique)*

*Membres de la sous-commission responsable de l'élaboration de ces directives:*

Dr J.-P. Restellini, Genève (Président); Dr Joseph Osterwalder, St-Gall; Dr Daphné Berner-Chervet, Neuchâtel; Dr Fritz Ramseier, Königsfelden; Cdt Peter Grütter, Zurich; Dr Ursula Steiner-König, Lyss; Prof. Olivier Guillod, Neuchâtel; André Vallotton, Lausanne.

## Références

### A Références juridiques

- Conseil de l'Europe. Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Rome, 4.10.1950.
- Conseil de l'Europe. Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Strasbourg, 26.11.1987.
- Code Pénal Suisse (notamment art. 38, 43 et ss; art. 321).
- Code Civil Suisse (notamment art. 16, art. 397 a et ss).
- Loi fédérale sur le séjour et l'établissement des étrangers du 26 mars 1931.
- Loi fédérale sur les mesures de contrainte en matière de droit des étrangers du 4 décembre 1994 et lois cantonales d'application.
- Jurisprudence du TF sur la contrainte.
- RCC 1992, p. 508; ATF 118 II 254; ZBl. 1993 504; ATF 121 III 204; ATF 125 III 169; ATF 126 I 112; ATF 127 I 6; arrêt du 8 juin 2001, 1P.134/2001; arrêt du 15 juin 2001, 6A.100/2000 (idem); arrêt du 22 juin 2001, 5C.102/2001.

### B Références médico-éthiques

- Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Adopted by the United Nations General Assembly; Resolution 37/194 of 18 December 1982.
- Commission on Human Rights. Health Professionals with Dual Obligations. In: Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (The Istanbul Protocol). United Nations; 13 March 2001.
- Règles pénitentiaires européennes. Recommandations du Comité des Ministres. Conseil de l'Europe; 1987.
- Comité européen de la Santé. L'organisation des services de soins de santé dans les établissements pénitentiaires des Etats membres. Conseil de l'Europe; juin 1998.
- Comité des Ministres. Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire. Recommandation n° R(98) 7 et exposé des motifs. Conseil de l'Europe; avril 1999.
- CPT. Services de santé dans les prisons. Dans: 3<sup>e</sup> rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1992. Conseil de l'Europe; juin 1993.
- CPT. Personnes retenues en vertu de législations relatives à l'entrée et au séjour des étrangers. Dans: 7<sup>e</sup> rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1996. Conseil de l'Europe; août 1997.
- World Psychiatric Association. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. Approved by the General Assembly on August 25, 1996.
- Déclaration de Tokyo de l'Association Médicale Mondiale. Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement. Adoptée par la 29<sup>e</sup> Assemblée Médicale Mondiale. Tokyo, Octobre 1975.
- Déclaration de Malte de l'Association Médicale Mondiale sur les Grévistes de la Faim. Adoptée par la 43<sup>e</sup> Assemblée Médicale Mondiale. Malte, Novembre 1991.
- World Medical Association. Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and other Communicable Diseases. Adopted October 2000.
- Le médecin et son patient. Dans: Vademecum du médecin suisse. Bern: FMH; 1992.