Exercice de la médecine auprès de personnes détenues

Directives médico-éthiques de l'ASSM

Approuvées par le Sénat de l'ASSM le 28 novembre 2002
La version française est la version d'origine.

I. Préambule

II. Directives

1. Principes généraux; notion d'objection de conscience
2. Conditions d'examen
3. Activités et situations d'expertise
4. Sanctions disciplinaires
5. Equivalence des soins
6. Mesures de contrainte décidées et appliquées par les autorités policières ou pénitentiaires
7. Consentement à la prise en charge médicale et traitement sous contrainte
8. Maladies contagieuses
9. Grève de la faim
10. Confidentialité
11. Dénonciation d'éventuels mauvais traitements
12. Indépendance médicale
13. Formation

III. Annexe

Indications concernant l'élaboration de ces directives

Exercice de la médecine auprès de personnes détenues[1]

Directives médico-éthiques de l'ASSM

I. Préambule

L'intervention de médecins[2] 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[3].

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 détenue présente des troubles psychiques, la complexité du droit des Tutelles, actuellement en voie de révision au plan fédéral, complique encore la situation.

Le manque d'établissements appropriés, au sens de l'article 43, al. 1 du Code pénal suisse[4], susceptibles d'accueillir ces personnes 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 n'a pas été abordée. Une autre réflexion approfondie concernant cette fois les personnes privées de liberté à des fins d'assistance sur une base strictement médicale (au sens des art. 397a et ss du Code civil suisse) a déjà été engagée par l'ASSM.

L'ASSM est bien consciente qu'une partie de ces directives concernant l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues s'adresse en réalité plutôt aux autorités administratives et exécutives, cas échéant législatives, de notre pays. Lorsque tel est le cas, elles prennent alors la forme du conditionnel dans le texte et visent avant tout à faire connaître le point de vue de la corporation médicale sur le sujet.

---

[1] Au sens de ces directives une personne est détenue (en opposition aux «personnes privées de liberté» au sens des art. 397a et ss du Code civil suisse) lorsqu'elle est privée de sa liberté sur la base d'une décision émanant d'une autorité policière ou judiciaire pénale (y compris militaire) ou lorsqu'il s'agit d'une détention arrêtée en vertu de la loi fédérale sur les mesures de contrainte en matière de droit des étrangers.

[2] Pour simplifier, nous n'emploierons que le masculin pour les deux sexes.

[3] «Etablissements pénitentiaires» au sens des présentes directives: maisons d'arrêts, institutions pour l'exécution des peines, établissements de détention préventive, centres de rétention administrative.

[4] L'article 43 du CPS traite de la prise en charge des délinquants mentalement anormaux.

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 détenus qu'aux autorités compétentes[5] engendre 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 les convictions personnelles du médecin (qu'il s'agisse de mandats à long terme ou d'interventions ponctuelles), ce dernier doit pouvoir agir selon sa conscience et les règles de l'éthique médicale 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 détenue, il devrait toujours pouvoir disposer d'un local adéquat. L'examen doit avoir lieu hors de la vue et de l'écoute de tiers, sauf demande contraire du médecin ou avec son accord.

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 sanction arrêtée. 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] Autorité compétente = direction de l'exécution des peines, autorités judiciaires, autorités policières.

5. Equivalence des soins

La personne détenue a droit à des soins équivalents à ceux dont bénéficie la population générale.

6. Mesures de contrainte décidées et appliquées par les autorités policières ou pénitentiaires

6.1 Lorsque le médecin est appelé à renseigner les autorités compétentes 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 détenue (p.e. expulsion d'un logement, refoulement hors du territoire national, etc.), il doit faire preuve de la plus grande prudence et s'efforcer de réunir au préalable, et dans la mesure du possible, 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 Il doit à chaque fois exiger un accompagnement par du personnel médical, lorsque l'état de santé physique ou psychique du détenu l'exige 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 le médecin est appelé à intervenir auprès d'une personne détenue qui fait l'objet d'une mesure de contrainte, il doit garder une position neutre et professionnelle et informer clairement son patient potentiel qu'il est à sa disposition et qu'aucune mesure médicale ne sera prise 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 informer sans délai l'autorité compétente qu'au cas où les moyens prévus ne seraient pas abandonnés, il n'assumera pas la responsabilité médicale du cas et qu'il ne peut, par conséquent, pas prêter son concours.

7. Consentement à la prise en charge médicale et traitement sous contrainte

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 détenues 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 détenu 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 liberté de mouvements 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 grève de la faim, la personne détenue 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 pouvant être suivie de mort.

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 s'assure 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.
Exceptionnellement, lorsque la vie ou l'intégrité corporelle d'un tiers désigné est gravement et concrètement menacée dans l'immédiat, le médecin peut déroger de lui-même au secret médical et avertir directement les autorités compétentes, ou éventuellement le tiers menacé.

11. Dénonciation d'éventuels mauvais traitements

11.1 Toute trace de violence observée sur une personne détenue lors d'un examen médical doit être dûment consignée.

11.2 Dans son rapport, 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).

11.3 Ces informations doivent être transmises sans retard aux autorités de surveillance policières ou pénitentiaires. La personne détenue a en tout temps le droit d'obtenir un exemplaire du rapport médical dont elle fait l'objet.

11.4 Lorsque la personne détenue s'oppose formellement à la transmission de ces informations, le médecin doit faire une pesée des intérêts en présence et, le cas échéant, procéder selon 10.4.

12. Indépendance médicale

12.1 Quelles que soient ses conditions particulières d'exercice (statut de fonctionnaire ou d'employé 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 des médecins 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 à l'avenir.

12.3 Le personnel de soins ne peut accepter des ordres médicaux que s'ils viennent du médecin traitant (de l'établissement).

13. Formation

Tout professionnel de la santé exerçant de manière suivie auprès de patients détenus doit à l'avenir 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 éthno-socio-culturelles sont également nécessaires.

III. Annexes

1. Références juridiques

Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales; Conseil de l'Europe; Rome, 4.XI.1950.
Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants; Conseil de l'Europe; Strasbourg; 26.XI.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.

2. 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.
Health Professionals with Dual Obligations; in Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (The Istanbul Protocol); Commission on Human Rights; United Nations; 13 March 2001.
Règles pénitentiaires européennes; Recommandations du Comité des Ministres; Conseil de l'Europe; 1987.
L'organisation des services de soins de santé dans les établissements pénitentiaires des Etats membres"; Comité européen de la Santé; Conseil de l'Europe; juin 1998.
Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaires; Recommandation n° R(98) 7 et exposé des motifs; Comité des Ministres; Conseil de l'Europe; avril 1999.
Services de santé dans les prisons; in 3e rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1992; CPT; Conseil de l'Europe; juin 1993.
Personnes retenues en vertu de législations relatives à l'entrée et au séjour des étrangers; in 7e rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1996; CPT; Conseil de l'Europe; août 1997.

Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice; World Psychiatric Association; 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 29e Assemblée Médicale Mondiale;Tokyo, Octobre 1975.
Déclaration de Malte de l'Association Médicale Mondiale sur les Grévistes de la Faim; Adoptée par la 43e Assemblée Médicale Mondiale; Malte, Novembre 1991.
Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and other Communicable Diseases; World Medical Association ; Adopted: October 2000.
Le médecin et son patient; in Vademecum du médecin suisse; FMH; 1992.

Indications concernant l'élaboration de ces directives

Mandat

Le 3 décembre 1999, la Commission Centrale d'Ethique de l'ASSM a chargé une sous-commission d'élaborer des directives concernant l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues.

Sous-commission responsable

Dr Jean-Pierre Restellini, Genève, Président
Dr Daphné Berner-Chervet, Neuchâtel
Cdt Peter Grütter, Zurich
Prof. Olivier Guillod, Neuchâtel
Dr Joseph Osterwalder, St. Gall
Dr Fritz Ramseier, Königsfelden
Dr Ursula Steiner-König, Lyss
André Vallotton, Lausanne
Prof. Michel Vallotton, Genève, Président CCE
avec le soutien de
Dominique Nickel, Bâle, ex officio

Procédure de consultation

Une première version de ces directives a été approuvée pour la procédure de consultation par le Sénat de l'ASSM le 29 novembre 2001.

Approbation

La version définitive des ces directives a été approuvée par le Sénat de l'ASSM le 28 novembre 2002.

Impressum

Mise en page	vistapoint, Basel
Impression	Schwabe, Muttenz
Tirage	2000 d, 800 f
Réimpression	Septembre 2005 (800 f)
Adresse de commande	ASSM Petersplatz 13 CH-4051 Bâle Tél. +41 61 269 90 30 Fax +41 61 269 90 39 e-mail : mail@samw.ch

Toutes les directives médico-éthiques de l'ASSM sont disponibles sur son site Internet, www.assm.ch