

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 compétentes⁴ 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.

⁴ 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.

Références

A. Références juridiques

1. Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales; Conseil de l'Europe; Rome, 4.XI.1950.
2. Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants; Conseil de l'Europe; Strasbourg; 26.XI.1987
3. Code Pénal Suisse (notamment art. 38, 43 et ss; art. 321).
4. Code Civil Suisse (notamment art. 16, art 397a et ss).
5. Loi fédérale sur le séjour et l'établissement des étrangers du 26 mars 1931.
6. Loi fédérale sur les mesures de contrainte en matière de droit des étrangers du 4 décembre 1994 et lois cantonales d'application.
7. 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 F Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatr the United Nations General Assembly; Resolution 37/194 of 18 December 1982.
- "Health Professionals with Dual Obligations"; in Investigation and Documentation of Tortu Degrading Treatment or Punishment (The Istanbul Protocol); Commission on Human F 2001.
- Règles pénitentiaires européennes; Recommandations du Comité des Ministres; Conseil
- "L'organisation des services de soins de santé dans les établissements pénitentiaires c ropéen de la Santé; Conseil de l'Europe; juin 1998.
- "Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaires"; Recon 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 décembre 1992; CPT; Conseil de l'Europe; juin 1993.
- "Personnes retenues en vertu de législations relatives à l'entrée et au séjour des étrang vités du CPT couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1996; CPT; Conseil de l'I

- Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice; World Psychiatric Association assembly on August 25, 1996.
- Déclaration de Tokyo de l'Association Médicale Mondiale; Directives à l'intention des r torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation a nement, Adoptée par la 29e Assemblée Médicale Mondiale; Tokyo, Octobre 1975.
- Déclaration de Malte de l'Association Médicale Mondiale sur les Grévistes de la Faim; Médicale Mondiale; Malte, Novembre 1991.
- Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and other Medical Association ; Adopted: October 2000.
- Le médecin et son patient; in Vademecum du médecin suisse; FMH; 1992.

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

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

Approuvées par le Sénat de l'ASSM le 28 novembre 2002.