

## Synthèse

---

# PRATIQUE MÉDICALE EN MILIEU DE DÉTENTION

## *EFFECTIVITÉ DES DIRECTIVES DE L'ACADÉMIE SUISSE DES SCIENCES MÉDICALES SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE AUPRÈS DE PERSONNES DÉTENUES*

mai 2009

Dominique Sprumont

Gaël Schaffter

Ueli Hostettler

Marina Richter

Jean Perrenoud

## 1. Mandat

L'Institut de droit de la santé (IDS) de l'Université de Neuchâtel (UniNe) a été mandaté par la Conférence suisse des médecins pénitentiaires (CMPS) sur requête de la Fédération des médecins suisses (FMH) en vue de la réalisation d'un rapport sur l'effectivité des directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) intitulées : « *Exercice de la médecine auprès de personnes détenues* », respectivement leur portée sur la pratique médicale en milieu pénitentiaire.

Cette étude a été réalisée en deux étapes ; la première consiste en l'identification puis l'analyse de la réglementation s'appliquant à l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues ; la deuxième consiste en l'analyse de la pratique actuelle dans deux établissements présentant un large éventail des problèmes auxquels sont habituellement confrontés les médecins pénitentiaires en Suisse.

Dans le cadre de la présente étude, il a été créé un groupe de pilotage afin de jouer le rôle de « facilitateur » auprès des personnes amenées à collaborer à l'étude. Ce groupe était constitué de représentants issus de la Conférence suisse des établissements de détention (CSED), de la CMPS et du groupe d'experts de l'IDS (voir annexe).

Dans le but de couvrir une palette la plus large possible de situations selon le type d'établissements et de tenir compte des réalités dans les différents concordats, le groupe de travail a établi une liste d'établissements dont la réglementation a été analysée dans la phase une. Les critères ayant présidé cette démarche ont été la langue, la taille, le type d'exécution, les groupes de personnes pris en charge par l'établissement. Compte tenu du mandat et des ressources disponibles, il a été décidé de ne pas inclure dans l'étude les lieux de détention de police (sous la direction des commandants de police), de même que les établissements de détention en vue de l'expulsion (Ausschaffungsgefängnis). En outre, s'agissant des établissements pour enfants, adolescents et/ou jeunes adultes, seul celui de Pramont a été retenu tout en reconnaissant que leur problématique mériterait en soi une étude spécifique.

Les établissements finalement étudiés sont les suivants :

• Concordat Suisse nord-ouest et centrale (AG, **BE**, BL, **BS**, **LU**, OW, **NW**, SO, SZ, UR, **ZG**)  
:

1. [Anstalten Hindelbank](#), Hindelbank (BE) ;
2. [Massnahmenzentrum St. Johannsen](#), Gals (BE) ;
3. [Untersuchungsgefängnis Basel-Stadt Waaghof](#), Basel-Stadt (BS) ;
4. [Wauwilermoos](#), Egolzwil (LU) ;

5. [Kantonales Untersuchungs- und Strafgefängnis des Kantons Nidwalden](#), Stans (NW) ;
6. [Interkantonale Strafanstalt Bostadel](#), Menzingen (ZG) ;

• Concordat Suisse orientale (AI, AR, GL, **GR**, **SG**, SH, TG, **ZH**) :

7. [Kantonale Strafanstalt Sennhof](#), Coire (GR) ;
8. [Strafanstalt Saxerriet](#), Salez (SG) ;
9. [Strafanstalt Pöschwies](#), Regensdorf (ZH) ;

• Concordat latin (FR, **GE**, **JU**, NE, **TI**, **VD**, **VS**) :

10. [Prison de Champ-Dollon](#), Thônex (GE) ;
11. Prison de Porrentruy, Porrentruy (JU) ;
12. [Penitenziario Cantonale „La Stampa“](#), Lugano (TI) ;
13. [Etablissements de la Plaine de l'Orbe](#), Orbe (VD) ;
14. [Centre éducatif de Pramont](#), Granges (VS).

L'exécution des peines est *a priori* du ressort des cantons (art. 123 al. 2 Constitution [Cst.]), la Confédération *pouvant* néanmoins légiférer en la matière (art. 123 al. 3 Cst.). Le Code pénal, aux articles 74 et suivants, et la Constitution (art. 48a al.1 let. a Cst.) imposent ainsi aux cantons un cadre minimal en matière d'exécution des peines et mesures, de même que l'obligation d'instaurer une collaboration intercantonale dans ce domaine. Mais, dans la mesure où la Confédération n'a pas épuisé son pouvoir législatif, le droit cantonal reste en vigueur. La répartition actuelle des tâches entre la Confédération et les cantons engendre de grandes disparités liées notamment aux concordats (au nombre de trois), aux organisations propres à chaque canton en matière de méthode et de systématique législative et d'organisation de l'exécution des peines. Ces différences ont engendré un travail de recherche de grande ampleur dans les réglementations de chaque canton soumis à l'étude, ainsi que de synthèse et de compilation des normes identifiées. Les directives internes des établissements et les standards professionnels, telles que les directives de l'Académie suisse des sciences médicales ont aussi été pris en compte dans cette analyse.

## 2. Réalisation

Le rapport rédigé suite à cette étude comprend deux parties ; la première sur le droit, la seconde sur la pratique constatée *in situ*. La première partie expose le système des droits des patients en Suisse (sources et interactions), puis présente les directives de l'ASSM sur l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues et leur contenu et, finalement, analyse les législations cantonales dans les domaines couverts par les directives. La deuxième partie est une synthèse des deux visites d'établissement visant à illustrer les différentes problématiques rencontrées dans la pratique médicale en prison en Suisse.

## 3. Analyse des législations cantonales et des directives de l'ASSM

### 3.1. Droits des patients

Avant de procéder à une analyse des directives, il convient de les replacer dans le contexte plus large des droits des patients en général, ceci afin de mieux cerner le champ d'application desdites directives.

Les droits des patients ne sont en soi que la réalisation des droits de la personnalité au sens large dans le domaine spécifique de la relation patient – médecin ou patient – soignant. Ils ne sont donc pas nouveaux, même s'ils n'ont été codifiés que récemment en droit cantonal. Ils prennent en effet racines dans diverses sources antérieures, telles que le Code civil, le droit pénal, le droit constitutionnel et des normes de droit public tant national qu'international. Il n'y a pas actuellement en droit suisse un seul corpus législatif appréhendant l'ensemble des droits des patients.

Certains cantons ont codifié le droit des patients dans leur législation sanitaire. Plusieurs modèles existent, que ce soit par un chapitre de la loi sur la santé ou la santé publique, ou de la loi sur les hôpitaux ou les établissements sanitaires, ou par une loi spécifique sur les droits des patients. Selon les cas, les droits des patients apparaissent au niveau d'une loi ou dans une ordonnance d'application. Les dispositions y relatives présentent enfin un degré de précision variable. Rares sont toutefois les cantons qui n'ont pas regroupé les droits des patients. Les législations sanitaires les plus récentes comprennent ainsi toutes un chapitre sur la question. Il y a toute une typologie de droits dont disposent les personnes qui se trouvent impliquées dans une relation patient – médecin. Il paraît utile de les rappeler brièvement en soulignant que ces droits s'appliquent de manière générale dans toute la Suisse. Leur limitation exige pour le moins, conformément à l'article 36 de la Constitution fédérale, une base légale au sens formelle qui réponde à un intérêt public, au principe de proportionnalité et n'entraîne pas de discrimination.

### **3.1.1. Droit à la santé**

Le droit de la santé consacre le droit de chaque individu à pouvoir jouir du meilleur état de santé qu'il lui est possible d'atteindre grâce à un environnement physique et sociale sain, ainsi que par un accès raisonnable aux soins. Ce droit à la santé n'engendre en principe pas directement de droit à des prestations de la part de l'Etat. Cela dépend toutefois en partie de la notion de santé retenue qui peut varier d'une circonstance à l'autre, mais aussi du statut de la personne concernée.

### **3.1.2. Le libre choix du fournisseur de soins et l'objection de conscience**

La relation d'une personne malade avec son soignant est régie par le droit des contrats, plus précisément par le mandat. En droit suisse, le libre-choix du partenaire contractuel, donc du praticien, est en principe garanti. Ce droit est non seulement supporté par l'aspect contractuel de la relation avec le praticien, mais également par le fait que tout individu est libre de disposer librement de sa personne et partant de choisir le professionnel de la santé qui le traitera.

Par ailleurs, dans la même mesure qu'un patient peut choisir son soignant, ce dernier peut refuser de soigner un patient, dans la mesure où ce refus ne heurte pas le droit du patient à être soigné et son droit à la santé.

### **3.1.3. Le consentement libre et éclairé**

Tout acte médical constitue une atteinte illicite aux droits de la personnalité au sens du Code civil et du droit pénal. L'illicéité de l'atteinte peut toutefois être levée par le consentement du patient, qui apparaît ainsi comme le motif justificatif par excellence de l'intervention médicale, mais aussi comme la clé de voûte de la relation patient – médecin.

Pour être valable, le consentement doit remplir plusieurs conditions. Il doit émaner d'une personne capable, autrement dit disposant du discernement nécessaire relativement à l'acte auquel il doit consentir. En outre le consentement doit être libre, c'est-à-dire qu'il ne doit pas être le résultat de pressions ou d'influences, ou encore de mensonges. Et finalement, le consentement doit être éclairé et, pour ce faire, il doit être donné après que le patient a été dûment informé de la situation. Un délai de réflexion doit d'ailleurs être observé en cas d'intervention de grande ampleur ou en dehors de situation d'urgence.

### **3.1.4. Le droit à l'information**

Pour que le consentement puisse être éclairé, il doit avoir été donné suite à une information suffisante et claire afin que le patient puisse se forger librement son opinion. Le droit à

l'information ne concerne pas uniquement le consentement, il sert également à la formation de la volonté du patient et donc à l'exercice de son droit à l'autodétermination.

L'information doit être claire, compréhensible (pour le patient) et complète. Elle doit concerner notamment tous les aspects du diagnostic, du traitement, des alternatives thérapeutiques avec leurs chances de succès et leurs risques respectifs, les coûts, leur prise en charge par les assurances et le comportement à adopter suite au traitement. Le praticien doit s'assurer que le patient a compris les informations, et doit les adapter à chacun de ses patients.

### **3.1.5. Le droit à la confidentialité**

La relation patient – médecin relève de la sphère intime. Tout ce qui concerne la santé d'une personne doit d'ailleurs aussi être protégé dans la mesure où cela constitue des données sensibles sous l'angle des droits de la personnalité. Il s'agit d'ailleurs non seulement de protéger la sphère privée du patient, mais aussi de garantir la confiance envers le médecin. En effet, ce n'est qu'à la condition de savoir que le médecin respecte son secret professionnel que le patient peut librement lui confier les informations les plus personnelles nécessaires à poser le diagnostic et organiser son traitement.

Tout praticien dans le domaine de la santé est tenu de tenir un dossier médical pour chaque patient qu'il traite et d'y reporter tout ce qui est utile pour le suivi de son patient ; par exemple l'anamnèse et l'évolution de la pathologie du patient, les traitements proposés, ceux entrepris et leurs résultats, les résultats d'analyses et les informations que le praticien a donné au patient. Ce dossier est protégé en tant que tel et le patient a le droit d'y accéder librement.

## **3.2. Les directives de 2002 de l'Académie suisse des sciences médicales sur l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues**

L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) est une fondation de droit privée, créée en 1943, servant d'organe de réflexion du corps médical en Suisse. En autres activités, l'ASSM encourage la recherche et la formation médicale. Depuis la fin des années 60, elle édicte également des directives et recommandations médico-éthiques visant à guider les médecins dans leur pratique. Il en existe ainsi près d'une vingtaine dans des domaines variés où se posent des questions éthiques particulièrement complexes. On peut ainsi mentionner les directives sur le diagnostic de la mort, les soins intensifs ou la collaboration entre le corps médical et l'industrie. Ces directives se veulent de simples recommandations rédigées par ou pour les médecins. Elles ne sont cependant pas sans portée normative.

Premièrement, il est admis par la jurisprudence du Tribunal fédéral qu'elles expriment de manière générale les règles de l'art de la profession. Dans ce sens, elles permettent d'apprécier si un praticien a agit dans le respect de ses obligations professionnelles sans commettre de négligence. Deuxièmement, il arrive que le législateur fédéral ou cantonal y fasse expressément référence. On parle alors de renvoi. Celui-ci peut être direct, dans la mesure où la loi cite précisément la directive à laquelle elle renvoie, ou indirect. Elle peut aussi être statique, la version de la directive en question étant identifiée, ou indirecte, dans ce cas il est fait référence à la directive « dans sa dernière version ». Dans ce dernier cas, se pose un sérieux problème de respect du principe de la légalité, le législateur n'ayant pas le moyen de savoir qu'elles sont les éventuels changements apportés à la directive après sa mention dans la loi. De manière générale, un tel renvoi indirect est fortement critiqué par la doctrine et admis de manière restrictive dans la jurisprudence.

L'ASSM a adopté en 2002 des directives sur l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues. Celles-ci visent à rappeler les principaux droits des patients dans les lieux de détention, ceci afin de guider les médecins amener à intervenir dans de telles situations. Ces directives n'ont pas de portée propre. Elles s'inspirent largement des recommandations internationales concernant les soins aux personnes détenues, notamment celles du Conseil de l'Europe, et expriment l'éthique médicale du moment. Point fondamental, les directives ne couvrent qu'une partie des droits des patients applicables en prison. Elles ne vont donc pas au-delà des dispositions déjà existantes en la matière. Autrement dit, plus qu'un objectif idéal à atteindre, elles se limitent à reprendre des garanties minimales largement acceptées et reconnues au niveau suisse et européen. Les directives de l'Académie constituent ainsi un plancher minimal afin de guider le praticien.

Les directives mettent ainsi surtout l'accent sur les quelques droits dont le respect soulèvent le plus de préoccupation en prison, particulièrement en ce qui concerne l'accès aux soins, le libre choix et la protection des données. Sous l'angle de la pratique professionnelle, elles insistent en particulier sur la nécessité de garantir l'indépendance du médecin dans sa relation avec ses patients incarcérés, de même que sur les besoins spécifiques de formation.

### **3.3. Analyse des législations cantonales applicables aux établissements de détention**

Au vu des législations cantonales abordées par la présente étude, il apparaît que peu de cantons abordent de manière spécifique la problématique des soins aux détenus, de même que celle de leurs droits en tant que patient. Cela pourrait s'avérer problématique. En effet, l'article 36 de la Constitution fédérale impose que toute restriction grave d'un droit fondamental repose sur une loi au sens formel. Il peut dès lors se poser un problème de

respect des droits fondamentaux des détenus dans la mesure où, en pratique, ils pourraient être soumis à des restrictions de leurs droits en tant que patients malgré l'absence de bases légales suffisantes. La situation varie cependant fortement d'un canton à l'autre. Cette appréciation reste cependant purement formelle et ne traduit en rien la réalité dans les cantons et les établissements concernés pour lesquels nous n'avons pas connaissance de problèmes quelconques concernant les droits des patients. Il existe néanmoins une incertitude juridique si des restrictions de ces droits devaient se produire. Une analyse plus détaillée en collaboration avec les cantons et les établissements concernés paraît donc nécessaire afin de mieux évaluer la situation et, le cas échéant, de proposer les aménagements législatifs nécessaires.

Ainsi, dans plusieurs cantons, les droits des détenus en relation avec leur santé et l'accès aux soins sont inscrits dans des lois au sens formel. Les restrictions qui découlent de ces lois répondent donc *a priori* aux exigences de l'article 36 de la Constitution fédérale. Parmi les cantons dont la législation a été analysée, il s'agit de BE, GE, TI, VD, VS et ZH.

Les cantons de BS, GR JU, LU, NW, SG et ZG ne possèdent pas *a priori* de base légale explicite de rang suffisant (loi cantonale) : seuls des textes de droit de rang inférieur (ordonnances ou règlements d'application) y régissent les droits des détenus, sans une base législative plus solide. Dans ces cantons, les restrictions éventuelles des droits des détenus en tant que patients pourraient ne pas répondre aux exigences constitutionnelles. Parmi ceux-ci, les cantons de BS, LU, SG et ZG pourraient *a priori* limiter de manière excessive les droits fondamentaux des détenus.

#### **4. Survol de la pratique médicale en prison à la lumière de deux exemples**

Lors de la phase II, deux établissements différents ont été visités afin d'obtenir, par le biais d'une démarche exploratoire (analyse de documents, entretiens semi-directifs et observations), un aperçu de la pratique médicale pénitentiaire. De ce fait, on s'est attaché non pas à traiter les divers établissements en tant que cas exemplaires, mais plutôt à déduire les facteurs essentiels pour la pratique médicale dans le milieu carcéral suisse.

La médecine pénitentiaire doit notamment satisfaire au principe de l'équivalence des soins. Toutefois, dans le contexte de l'exécution des peines, le libre choix du médecin est forcément limité et correspond en gros à un modèle de médecins de famille. Le libre choix du traitement est garanti par le transfert à l'hôpital ou dans des services spécialisés. Il est du devoir du médecin de résister à d'éventuelles pressions et de garder le secret médical. La remise de médicaments est de la compétence des pharmaciens. Mais cette disposition est justement difficile à appliquer dans un système de consultations ; d'où, en bien des endroits,

le recours à des solutions techniques et organisationnelles intermédiaires pour remplacer le personnel qualifié.

Pour l'application des directives élaborées par l'ASSM et donc pour la pratique médicale, la question de l'indépendance et de sa réglementation est essentielle. Une telle indépendance requiert une séparation technique entre le domaine médical et celui de la direction de l'établissement. S'agissant de la réglementation, celle-ci peut s'étendre d'un ensemble de dispositions formalisées à l'absence de règles formelles et donc à des arrangements informels. Si l'on décrit la pratique médicale en termes d'indépendance et de réglementation, on peut distinguer schématiquement quatre possibilités :

(1) Il n'y a aucune disposition formelle susceptible de garantir au service médical une indépendance professionnelle. Le service médical se retrouve alors dans une position de dépendance par rapport à la direction et doit subordonner aux buts et aux intérêts de l'établissement ses décisions concernant les soins médicaux fournis aux détenus.

(2) Il n'existe aucune disposition formelle, mais sur un plan informel, la direction et le service médical sont conscients de leurs rôles respectifs et se comportent donc en conséquence. La collaboration repose sur une confiance mutuelle et sur une communication informelle qui fonctionne bien. Cela dit, à cause du caractère informel de la réglementation, l'indépendance du service médical dépend des personnes et la continuité de cette situation peut être fortement mise en péril par des changements de personnel.

(3) Il y a des dispositions, mais celles-ci sont lacunaires et ne garantissent l'indépendance du service médical que dans une mesure insuffisante, voire pas du tout. Ce déficit juridique a pour conséquence que le service médical se retrouve dépendant de la direction de l'établissement et ne peut pas se référer aux dispositions existantes, car celles-ci favorisent le statu quo.

(4) Dans le cas d'une indépendance formellement réglementée du service médical, la collaboration entre le médecin et la direction repose sur des dispositions et des directives claires. Le caractère formel des dispositions garantit l'indépendance du service médical quelles que soient les personnes et leurs relations entre elles.

Différents facteurs ont une influence sur la collaboration concrète entre le service médical et la direction. Selon leur **taille**, les établissements sont dotés de ressources différentes, ce qui implique que, dans certaines conditions, des solutions spécifiques doivent être trouvées pour l'organisation du service médical. Du **mandat d'exécution** découlent différentes exigences

pour le service médical (durée pénale, nature de la mesure, sécurité, etc.). Pour les soins médicaux, le fédéralisme conduit à des solutions **centralisées** dans certains cantons et **décentralisées** dans d'autres. Dans le cas de solutions décentralisées, l'indépendance médicale doit être renégociée pour chaque établissement. De plus, les établissements en **milieu urbain** profitent de l'offre médicale étendue qu'on y trouve. Le principe d'équivalence pour le libre choix du traitement doit donc être considéré en relation avec les soins médicaux existants dans la région. En revanche, pour des raisons de sécurité, les établissements fermés utilisent les services sécurisés de l'Hôpital de l'île (Berne) et des HUG (Genève). Dans les établissements, on voit de plus en plus se développer une conception globale de la santé avec le but d'en soumettre tous les aspects à un concept global de la **santé d'entreprise**, tant au niveau de la planification stratégique que dans la transposition opérationnelle. Le facteur **sexe** des détenus ne doit pas non plus être négligé. Durant ces dernières années, la **situation sanitaire des détenus** a changé à différents égards. Les maladies infectieuses (VIH/sida, Hep C) ainsi que le nombre croissant de maladies psychiques représentent un défi particulier. Les premières ont suscité, parmi les collaborateurs, des doutes quant à la sécurité et les dernières ont été sources de surmenage chez les non-spécialistes.

## Conclusions / Schlussfolgerungen

<p>1. Les Directives de l'Académie établissent les principes minimaux nécessaires du point de vue des droits des patients et des obligations professionnelles du médecin.</p>	<p>1. Die Richtlinien der SAMW stellen die minimal notwendigen Grundlagen für Fragen zu Patientenrechten und zu ärztlichen Pflichten dar.</p>
<p>2. Du point de vue du contenu, les droits des patients sont les mêmes dans toute la Suisse.</p>	<p>2. Aus inhaltlicher Sicht sind die Patientenrechte in der ganzen Schweiz gleich.</p>
<p>3. Du point de vue formel, il y a cependant des variations qui ne concernent pas seulement les procédures, mais aussi les autorités compétentes et la propre organisation des soins médicaux.</p>	<p>3. Aus formeller Sicht gibt es jedoch Unterschiede: dies betrifft nicht nur die Verfahrensweisen sondern auch die zuständigen Behörden respektive die eigentliche Organisation der medizinischen Versorgung.</p>
<p>4. Du point de vue des compétences et des responsabilités professionnelles, il faut clairement distinguer les services pénitentiaires (direction et personnel) et les services médicaux (médecins et soignants). Dans la fourniture des soins, les médecins et les soignants sont professionnellement indépendants. Autrement dit, le personnel administratif et d'encadrement n'est pas compétent pour prendre des décisions de soins et ne doit pas interférer dans la relation patient-médecin/soignant. A l'inverse, les services médicaux ne doivent pas davantage interférer dans le champ de compétences du personnel pénitentiaire</p>	<p>4. Bezüglich der professionellen Kompetenzen und Pflichten sollte zwischen Gefängnisadministration (Leitung und Mitarbeiter) und dem medizinischen Dienst (Ärzte und Pflegepersonal) strikt unterschieden werden. Ärzte und Pflegepersonal sind in der Ausübung ihrer beruflichen Pflegetätigkeit unabhängig. Mit anderen Worten sind die administrativen Mitarbeiter und die Kader nicht kompetent, Entscheidungen zu treffen, die den Kompetenzbereich des medizinischen Dienstes tangieren. Sie sind nicht befugt, in die Beziehung Arzt/Pflegepersonal und Patient einzugreifen. Umgekehrt ist der medizinische Dienst ebenso wenig befugt in den Kompetenzbereich des Gefängnispersonals einzugreifen.</p>