



Santé en milieu pénitentiaire : vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé

Rev Med Suisse 2010; 6: 1462-5

J.-P. Rieder
B. Gravier
D. Bertrand
C. Pasche
P. Bodenmann
H. Wolff

Health in prison: shared vulnerability between detainees and health professionals

In prison, the health professional has to take the sanitary needs of a temporary or chronically vulnerable population. His practise has to meet laws and recommendations, as well as the field reality and its numerous constraints. This puts him in a «shared vulnerability and stigmatisation».

He attempts to maintain or restore a health status in a deteriorating environment, at least psychologically. He is in the penitentiary world's eye which he depends upon in many ways to achieve his mandate. His activity is scarcely known and recognised by his peers from whom he can be very out of touch.

To ensure a humanistic, efficient and equivalent-of-care practise, the health professional must rely on sound knowledge of general healthcare, ethics, deontology and medical laws. Basic and continuous training is a main-spring, like networking and development of federal recommendations.

En prison, le professionnel de la santé doit répondre aux besoins d'une population temporairement ou chroniquement vulnérable en se conformant aux textes légaux et aux recommandations tout en s'alignant avec la réalité du terrain. Ceci le met dans des «vulnérabilité et stigmatisation partagées».

Il tente de garder ou rétablir la santé du détenu dans un milieu qui tend à la dégrader, au moins psychologiquement. Exposé au monde pénitentiaire dont il dépend à plusieurs niveaux pour remplir son mandat, son activité est peu connue et reconnue par ses pairs dont il peut être très isolé.

Pour assurer une pratique humaniste, performante et garantissant une équivalence de soins, il 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.

Nous désirons sensibiliser le lecteur à la santé en milieu carcéral. Loin de l'hôpital ou du cabinet, la prison impose au professionnel de la santé (PS) une profonde réorganisation de son fonctionnement pour assumer durablement et efficacement son rôle.

LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ (PS) EN PRISON

La médecine pénitentiaire est un exercice sous pression.¹ Le PS est confronté à des situations cliniques ou éthiques extrêmes, majorées par la violence du contexte et la détresse de certains. Jeûne de protestation, refus de soin, risque suicidaire, demande de traitement sous contrainte, les situations limites sont fréquentes. Les balises éthiques, déontologiques et légales sont indispensables.

Les textes de référence sont nombreux. Citons l'ensemble de règles minima pour le traitement des détenus² définies par l'ONU, la recommandation du Conseil de l'Europe sur les aspects éthiques et organisationnels des soins en milieu pénitentiaire³ et sa convention pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants.⁴ La charte pénitentiaire de l'Assemblée européenne a récemment précisé les conditions d'incarcération respectueuse de la dignité et des droits des détenus dans plusieurs domaines, notamment médical.⁵

Les instances professionnelles ont aussi perçu la vulnérabilité des populations détenues et des PS amenés à les soigner. L'Académie suisse des sciences médicales a émis des directives⁶ constituant une aide précieuse au quotidien. Notons cependant l'absence de droit contraignant au niveau fédéral.

DIFFÉRENTS CONTEXTES CARCÉRAUX

L'accusé en attente de jugement est placé en détention préventive (GE) ou avant jugement (VD). Après condamnation, il est placé en exécution de peine ou de mesure, de durée indéterminée.⁷ Les régimes de détention varient beaucoup



en termes d'hébergement, de contacts avec l'extérieur et d'activités.

Avant jugement, il est fréquent que le détenu passe 23 h/24 en cellule avec plusieurs codétenus. La surpopulation est devenue constante, surtout dans les cantons de Vaud et Genève (169% en 2008 à Champ-Dollon (GE)). Les places d'atelier manquent, rallongeant le temps en cellule. Une fois passé le choc de l'incarcération,⁸ le prévenu est dans l'expectative d'une décision de justice ; la gestion de l'impuissance est délicate.

En exécution de peine les régimes vont du plus sécuritaire au plus ouvert. La cellule individuelle est la règle et le travail obligatoire. La pesanteur est d'une autre nature, confrontant détenu et PS à un temps vécu douloureux.

VULNÉRABILITÉ DU PATIENT-DÉTENU

La population carcérale est éclectique dans ses origines, religions, niveaux socioculturels et statuts résidentiels (tableau 1). A Champ-Dollon, 94,4% des prévenus sont des hommes, 66,4% sont des migrants sans autorisation de séjour et 60% ont moins de 30 ans (52% dans les prisons vaudoises). Une partie significative de la population en situation légale n'est pas moins vulnérable ou marginalisée, surtout dans le contexte d'addictions ou de troubles psychiatriques sévères ou chroniques.

La maladie, le statut de migrant, de clandestin, de détenu, plongent tous les patients dans une stigmatisation et une vulnérabilité, momentanée pour les uns, chronique pour les autres. Des difficultés de communication naissent des provenances diverses, témoignage de *melting pot* migratoire (prisons vaudoises : 23,8% des détenus sont suisses, 39,3% du reste de l'Europe, 4,3% d'Amérique, 4,8% d'Asie et 27,25% d'Afrique), mais également d'une difficulté du patient à livrer sa confiance, l'indépendance du PS étant souvent mise en doute, à tort ou à raison.

ORGANISATION DES SOINS POUR DES PROBLÈMES VARIÉS

Chaque établissement dispose d'un service de soins avec l'équipe infirmière en première ligne. Les médecins interviennent en général à temps partiel. Les grandes structures bénéficient d'un service infirmier 24 h/24 et de médecins présents tous les jours, appelables la nuit et le week-end, mais ceci reste une exception.

Lorsque les besoins d'un patient dépassent le cadre ambulatoire, il peut être hospitalisé en unité cellulaire hospitalière, somatique ou psychiatrique, aux Hôpitaux Universitaires de Genève pour le concordat romand et le Tessin.

La visite sanitaire (tableau 2) est effectuée par un(e) soignant(e) dans les 24 h suivant l'admission, suivie ou non d'une consultation médicale. Le détenu peut en tout temps solliciter le service de santé par écrit.

Les pathologies fréquentes (tableau 3) sont similaires à celles rencontrées dans les centres s'occupant de personnes précarisées faisant peu appel aux structures sanitaires classiques.^{10,11} La prévalence des maladies infectieuses, addictions et troubles psychiatriques est élevée.^{12,13} L'incarcération peut constituer une opportunité unique de dé-

Tableau 1. Profil socio-démographique des détenus de la prison préventive de Champ-Dollon (GE), année 2008

Origine déclarée	%	Religion	%
«Afrique du Nord»	20,6	Musulman	57,8
«Europe de l'Est»	20,5	Catholique	20,3
Union européenne	17,4	Sans	9,8
Afrique subsaharienne	19,4	Orthodoxe	9,1
Suisse	9,5	Protestant	2,4
Autres	12,6	Autres	0,6
Nombre de pays représentés	108	Titre de séjour	%
Nombre de séjours (entrées) sur un an	2652	Pas de titre de séjour	66,4
Taux d'occupation moyen	169%	Valable ou suisse	33,6

Tableau 2. Objectifs de la visite sanitaire d'entrée
(Adapté de réf.⁹).

Santé immédiate individuelle
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation du <i>risque suicidaire</i> («choc de l'incarcération») • Exploration des <i>dépendances</i> et des éventuelles manifestations de <i>sevrage</i> • Evaluation de la poursuite d'un <i>traitement médicamenteux</i> (principe de la continuité des soins) • Détection des <i>lésions traumatiques</i> consécutives à l'arrestation/incarcération • Mise en évidence d'<i>affections somatiques et psychiatriques</i> connues ou méconnues
Sécurité sanitaire collective
<ul style="list-style-type: none"> • Recherche systématique de la <i>tuberculose pulmonaire active</i>
Rôle préventif/réduction de risques
<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage des <i>maladies transmissibles</i> (VIH, hépatites B et C) • Contrôler l'<i>état vaccinal</i>, éventuelles vaccinations de rattrapage • Dispensation de <i>messages de prévention</i> et de conseils généraux sur la santé et l'accès aux soins • Distribution d'un <i>kit de prévention</i> (pommade et solution désinfectantes, compresses, sparadraps, préservatifs) • Présentation du programme d'<i>échange de seringues</i> selon les établissements

pistage, d'obtenir un meilleur contrôle d'une maladie aiguë ou chronique, de transmettre des messages de prévention et de les mettre en pratique.¹⁴ Elle confronte cependant aux limites de l'action thérapeutique si un détenu porteur d'un diagnostic imposant un traitement risque d'être expulsé ou condamné à la clandestinité à sa libération.

La structure et le fonctionnement carcéraux sont complexes ; la santé a parfois de la difficulté à se glisser dans une institution autoritaire, hiérarchisée et peu encline à la souplesse. Il n'est pas rare qu'un détenu renonce à une consultation au profit d'autres activités, ou refuse un avis hospitalier du fait des conditions policières de transfert (menottes).



Tableau 3. Pathologies fréquemment rencontrées en milieu carcéral

(Adapté de réf. 9).

Somatiques
<ul style="list-style-type: none">• Dermatologiques: mycoses, eczéma, acné• Rhumatologiques: dorso-lombalgies aiguës/chroniques, tendinites aiguës• Digestives: constipation, dyspepsie, ulcère, reflux gastro-œsophagien, hémorroïdes• Respiratoires: viroses ORL, asthme, rhino-sinusites• Cardiovasculaires: HTA, coronaropathie• Métaboliques: diabète, dyslipidémie• Neurologiques: céphalées de tension, migraine• Traumatiques: automutilations, plaies, entorses• Dentaires: infections dentaires et gingivales• Ophtalmologiques: anomalies de la réfraction• Infectieuses: abcès cutanés, VIH, hépatites B et C chroniques, tuberculose
Psychiatriques
<ul style="list-style-type: none">• Trouble de l'humeur (anxio-dépressif, bipolaire...)• Trouble de la personnalité (borderline, histrionique, narcissique, antisocial, paranoïaque...)• Troubles psychotiques• Pathologies de la sexualité (pédophilie, paraphilies)• Dépendance (stupéfiants, cannabis, alcool, médicaments psychotropes, nicotine...)

L'indépendance du médecin, même dans les établissements où il est employé par les autorités, est un principe cardinal.^{3,4,6} 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. Le patient a droit à des soins dans le respect de la confidentialité, et l'agent pénitentiaire revendique la connaissance des risques que peut lui faire courir le détenu. Ces dernières années ont permis un progrès dans la compréhension et le respect des espaces mutuels. L'échange d'information est devenu « autorisé avec l'accord du patient pour des motifs légitimes », une divulgation étant « possible en cas de danger ».⁶

VIOLENCE

Les comportements violents sont toujours plus fréquents en prison, s'expliquant par la haute prévalence de troubles de la personnalité et de pathologies psychiatriques, la surpopulation et les rapports de force entre différents groupes.¹⁵ La violence entre détenus n'est pas rare, faite de contraintes, racket, voire sévices sexuels.¹⁶ Elle peut être le fait d'agents de détention ou des forces de l'ordre lors de certaines arrestations.

Le PS joue un rôle tant diagnostique et thérapeutique que préventif. Un constat de lésions traumatiques, précis et complet – en évitant toute interprétation – est indispensable au détenu pour faire valoir ses droits. Le signa-

lement systématique des allégations de violence à l'autorité compétente, en prenant garde au respect du secret médical, est fondamental. Le rôle préventif d'une telle démarche n'est plus à démontrer.^{17,18}

EFFETS DE L'INCARCÉRATION SUR L'ACCÈS AUX SOINS

L'influence d'une incarcération sur l'accès aux soins n'est pas étudiée. En préventive, la majorité des détenus est en situation irrégulière en Suisse. L'accès aux soins est connu pour être moins bon dans cette situation que pour les résidents locaux par manque de structures et de connaissance de leur existence.^{19,20} On pourrait en déduire que ces détenus bénéficient d'un meilleur accès aux soins durant l'incarcération au nom de l'équivalence, sans qu'un tel constat ne soit réellement documenté. Il ne faut pas occulter la réalité d'une autre partie des détenus, mieux insérée, pour qui l'accès aux soins peut être équivalent dans sa qualité mais plus lent qu'en liberté, surtout en cas de surpopulation.

VULNÉRABILITÉ DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

La première rencontre entre le PS et le patient-détenu est un moment intense. En préventive, il peut s'agir du cinquième « interrogatoire » en 24 à 48 h (police, juge, greffe) pouvant être vécu comme une agression. En exécution de peine, les questions ne sont pas toujours bien accueillies non plus. Si la confiance s'installe en principe rapidement, elle demeure fragile.

Lors de l'exécution d'une mesure, le psychiatre est en charge d'un mandat de soins dont il doit rendre compte aux autorités. Il est aisé de comprendre la difficulté de l'instauration de la confiance de par la place qu'occupe alors le PS dans le système carcéral.

Les pressions exercées sur la structure pénitentiaire n'épargnent pas le PS, surtout en cas de surpopulation. Il a alors un accès limité au patient ce qui rend les situations complexes difficiles à gérer, avec ce que cela induit comme risques pour le détenu et le médecin. Dans un milieu très exposé à la justice et aux médias, les conséquences outre celles sur la santé peuvent être redoutables.

Le PS doit veiller à ne pas être instrumentalisé par les autorités, le patient ou son avocat. Il peut se retrouver en porte-à-faux entre son rôle de traitant et une « loyauté » attendue par les acteurs pénitentiaires ou judiciaires. On peut lui demander un avis avant une sanction, pseudo-expertise dont il n'a pas le mandat et qu'il doit décliner.^{3,4,6} La justice s'attend souvent à être renseignée sur l'évolution d'un détenu en jeûne de protestation, information elle aussi soumise au secret professionnel.

Il est essentiel d'être très clair sur le cadre médico-légal de l'activité sanitaire afin de les remémorer à ses interlocuteurs au besoin. Ceci peut être délicat dans le cas où le PS est employé par les autorités.

La vulnérabilité du PS est accentuée par les questions de sa protection juridique et sa responsabilité civile, laissées en général aux médecins indépendants intervenant



dans la majorité des petites prisons de Suisse sans que les instances cantonales ne s'en soucient. Plusieurs collègues ont dû faire face dans la solitude à des situations où leur pratique était durement remise en question alors que leur attitude clinique ne faisait place à aucun reproche.¹

L'activité du PS en prison est presque toujours méconnue de ses pairs qui le considèrent souvent comme un praticien à part, exerçant une médecine rudimentaire aux ordres de l'institution qui l'accueille. Une certaine stigmatisation peut être observée. Le nouveau cursus de formation des médecins de premier recours par les Hôpitaux Universitaires de Genève implique qu'environ un tiers des internes aille passer une année à temps partiel en milieu carcéral. Ceci modifiera sans doute leur perception de la médecine pénitentiaire. Cette expérience devrait être généralisée aux autres lieux de formation.

SYNTHÈSE

Nous constatons une vulnérabilité et une stigmatisation partagées par le PS en prison et le patient-détenu. Ceci nourrit l'importance d'un cadre de pratique clair, soutenu par une organisation aux moyens suffisants. L'intégration aux structures publiques de santé, comme à Genève, Vaud, Neuchâtel et en Valais, constitue la garantie d'une organisation permettant un accès large aux soins et le respect du principe d'équivalence. Il s'ensuit une délimitation claire où, s'il est partenaire, le médecin n'est pas auxiliaire du monde pénitentiaire et ne peut être associé à ses aspects répressifs.

Les stratégies pour affronter ce dilemme comportent plusieurs niveaux qui ont comme base commune la transparence et le respect des droits humains, comme énoncé dans les différentes directives et règles nationales et internationales.³⁻⁶ La complexité des structures cantonales et le morcellement en petites unités de détention rendent

leur application difficile.²¹ Il est indispensable que la Suisse se dote d'une formation structurée²¹ et reconnue de tous les PS exerçant en milieu pénitentiaire et que ces derniers disposent de lieux de rencontre pour confronter et harmoniser leurs pratiques. ■

Implications pratiques

- La vulnérabilité des détenus, évidente, est partagée par les professionnels de la santé en milieu carcéral
- Les principes fondamentaux de la médecine pénitentiaire sont: équivalence, indépendance, et confidentialité
- La création d'une formation structurée et la mise en réseau des professionnels peuvent renforcer leur position et réduire la vulnérabilité de leur fonctionnement

Adresses

Drs Jean-Pierre Rieder, Dominique Bertrand et Hans Wolff
Service de médecine de premier recours
Unité de médecine pénitentiaire (UMP)
Département de médecine communautaire
et de premier recours
HUG, avenue de Champel 9, 1211 Genève 4
jean-pierre.rieder@hcuge.ch
dominique.bertrand@hcuge.ch
hans.wolff@hcuge.ch

Pr Bruno Gravier
Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires
Département de psychiatrie
CHUV, 1011 Lausanne
bruno.gravier@chuv.ch

Drs Christophe Pasche et Patrick Bodenmann
Unité des populations vulnérables
PMU, 1011 Lausanne
christophe.pasche@chuv.ch
patrick.bodenmann@hospvd.ch

Bibliographie

- 1 Gravier B. La médecine en milieu pénitentiaire: un exercice médical sous pression. BMS 2008;89:976-8.
- 2 Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, résolutions 663 C (XXIV) du premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants (1957).
- 3 * Recommandation N° R (98) 7 aux états membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, Comité des ministres du Conseil de l'Europe (1998).
- 4 Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), Conseil de l'Europe (2002).
- 5 Recommandation 1747 Charte pénitentiaire européenne. Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (2006).
- 6 ** Exercice de la médecine auprès de personnes détenues. Académie Suisse des Sciences Médicales (2002).
- 7 Art. 59 et 64 CPS (Code pénal suisse).
- 8 Gravier B. Le traumatisme de l'incarcération. In: Louzoun C, Doray B, eds. Les traumatismes dans le psychisme et la culture. Toulouse: Erès, 1997; 227-35.
- 9 Beer D, Gravier B. La médecine générale en milieu de détention. Rev Med Suisse 2006;2:2690-2, 2694-6.
- 10 Bodenmann P, Depallens Villanueva M, Schoch M, Puelma A, Pécoud M. Etre malade et «sans papiers» à Lausanne: quo vadis? Med Hyg 2003;61:2023-30
- 11 Haller DM, Elger B, Slama S, Wolff H. Médecine pénitentiaire: une part d'accès au réseau de soins communautaires. Rev Med Suisse 2007;3:2171-4.
- 12 Iten A, Gravier B, Elger B. Difficultés rencontrées lors de la prise en charge médicale de patients vivant en milieu carcéral. Med Hyg 2003;61:928-35.
- 13 * Watson R, Stimpson A, Hostick T. Prison health care: A review of the literature. Int J Nurs Stud 2004; 41:119-28.
- 14 Rieder JP, Wolff H, et al. Programme d'échange de seringues pour usagers de drogues par voie intraveineuse dans une prison préventive à Genève. Le Flyer 2009;37:4-10.
- 15 Bertrand D, Niveau G. Médecine, santé et prison. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène, 2006.
- 16 Gravier B, Legoff V, Devaud C. Gewalt im Gefängnis. In: Eisner M, Manzoni P, eds. Gewalt in der Schweiz. Zürich: Rüegger Verlag, 1998;265-85.
- 17 Hearn-Walker J. Migrants' access to health care needs to be improved, conference is told. BMJ 2009; 338:b1244.
- 18 Bertrand D, La Harpe R, Martin JL, et al. Constata-tion des violences chez les personnes arrêtées ou détenues: rôle préventif du médecin. SZK 1995;2:9-19.
- 19 Watson R. Migrants in Europe are losing out on care they are entitled to. BMJ 2009;339:b3895.
- 20 Wolff H, Besson M, Holst M, Induni E, Stalder H. Inégalités sociales et santé: l'expérience de l'Unité mobile de soins communautaires à Genève. Rev Med Suisse 2005;1:2218-22.
- 21 Hafner U, Schipper O. Le système carcéral est une boîte noire. Horizons 2009;83:30-1.

* à lire

** à lire absolument