Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 36 (1980)

Artikel: Ethique en médecine pénitentiaire

Autor: Bernheim, Jacques

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-308252

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 14.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss. 36, 411-418 (1980)

ETHIQUE EN MEDECINE PENITENTIAIRE

JACQUES BERNHEIM

Résumé

A propos de l'activité d'un service médical pénitentiaire, diverses situations et décisions relevant de l'éthique médicale sont discutées.
L'indépendance du médecin est considérée tout d'abord en fonction de son statut administratif.
Contrairement aux relations privées ordinaires entre médecin et patient, la liberté mutuelle de choix n'existe pas.
Le consentement du patient peut également impliquer le droit de ne pas être traité.
L'activité du médecin en prison est difficile à délimiter, parce que les patients lui adressent également des demandes qui ne sont pas de nature médicale.
Le médecin pénitentiaire doit en principe éviter de participer à des décisions qui sont du ressort des autorités judiciaires. Il doit de même se garder d'intervenir dans les domaines qui sont de la compétence de l'administration pénitentiaire.
Personnel de soin et personnel de surveillance sont cependant appelés à collaborer dans divers programmes de médecine préventive et de sociothérapie.
Un espace de liberté thérapeutique peut exister en prison, lorsqu'il est possible d'équilibrer les exigences de la sécurité, de l'autonomie personnelle et de la santé.

Summary

A series of situations and decisions involving medical ethics in a prison medical service are discussed.
The doctor's independence is considered in relation to his contract with administrative authorities.
In contrast with most private doctor-patient relationships, there is usually no possibility for prisoners to chose their doctor and vice-versa.
Freedom of consent on the part of the patient may also imply a right to no-treatment.
Medical care in prison is not easy to delineate, also because patients often try to involve the doctor in non-medical demands.

A prison doctor should avoid taking part in decisions which ought to be made by the judiciary or by administrative authorities.
Programmes involving preventive medicine and sociotherapy imply collaboration between therapeutic and security staff.
The continuous interplay and readjustment between powers based on public authority, on the rights of each individual prisoner and on the medical programmes makes it possible for some sort of therapeutic freedom to exist in the prison.

Un détenu est une personne privée de sa liberté conformément à la loi pénale. Ses besoins et ses désirs ne peuvent manquer de s'opposer à certains intérêts publics. Le médecin pénitentiaire se trouve ainsi le serviteur de deux maîtres, son malade et l'Etat.
Certes, la vocation des médecins comporte fondamentalement une sorte de double allégeance, à la fois privée et publique. Mais la prison imprime aux relations humaines une tension particulière, dont l'évidence pourrait s'illustrer selon la réflexion du vieux berger Corin dans As you like it, "that a great cause of the night is lack of the sun".
1. L'indépendance des médecins pénitentiaires doit être mise en relation avec le statut juridique qui leur est fait et avec l'état du droit dans leur pays.
En Suisse, ce sont le plus souvent des praticiens privés qui travaillent dans les institutions pénales, sur la base de divers contrats à temps partiel. Parfois, le médecin est un fonctionnaire qui exerce une part de ses tâches en milieu pénal.
Dans quelques cantons, le Département de Justice et Police loue les services de cliniques ou instituts universitaires, par exemple à Zurich et à Genève. Il place ainsi l'activité médicale en dehors des cadres pénitentiaires et ouvre la prison à divers programmes d'enseignement et de recherche.
2. Le droit des prisonniers à des soins a pour conséquence que le médecin pénitentiaire n'a pas le libre choix de ses malades.
Sans doute, en pratique privée et dans la plupart des institutions publiques, un patient ne peut réellement s'imposer à un médecin en dehors de l'urgence. L'obligation du médecin ne devient manifeste que si le malade ne dispose pratiquement pas d'autre entrée dans le système des soins à disposition dans la communauté.
En milieu de détention, il ne peut être question de refuser des soins à un patient, même s'il a exercé des menaces, voire des violences. Cas échéant, un éclaircissement raisonnable de la situation doit être tenté entre toutes les personnes intéressées.

La situation n'est pas différente en cas de transfert dans un service hospitalier ordinaire ou dans un service d'urgence. Le personnel soignant non préparé peut tirer bénéfice d'une formation appropriée en vue de l'accueil des patients pénaux.
L'admission d'un détenu à l'hôpital psychiatrique est réglée de façon diverse selon les équipes, les programmes et les installations à disposition. Nombre de psychiatres et aussi d'autres personnes pensent que la clinique psychiatrique ne devrait pas se substituer à la prison pour prévenir ou réparer une partie du mal causé par l'incarcération. Les correctifs sont plutôt à rechercher dans la prison elle-même et dans le système de la justice pénale.
Selon notre usage, la clinique psychiatrique accepte les patients pénaux aussi longtemps qu'un traitement hospitalier est nécessaire. Dès que leur condition est telle qu'ils pourraient sortir et recevoir des soins dans la communauté s'ils n'étaient pas détenus, ils retournent à la prison.
3. Dans la plupart des établissements pénitentiaires, le libre choix du médecin n'est pas reconnu aux patients.
L'entrée à la prison est réservée à des médecins agréés. Par ailleurs, un service médical pénitentiaire ne peut être conduit comme une clinique privée, ouverte à différents médecins.
Il paraît en conséquence souhaitable de favoriser la visite des anciens médecins-traitants. Ils peuvent voir le dossier du patient, s'entretenir avec lui et avec le médecin du service. Certains psychothérapeutes de l'extérieur, surtout dans le cas de jeunes patients, peuvent être autorisés à poursuivre un traitement en cours.
4. Le consentement des patients en prison s'élabore dans des conditions défavorables. D'une part, ils ne peuvent s'entretenir facilement avec leurs proches ou avec des conseillers de leur choix. D'autre part, l'environnement carcéral entraîne chez de nombreux prisonniers un état de dépendance et de régression qui limite leur liberté de décision.
De toute manière, les motivations au traitement apparaissent fréquemment de façon ambiguë, par exemple lorsque le patient pense que son engagement dans un programme thérapeutique aura une influence favorable sur son avenir pénal.
Divers moyens médico-légaux ou thérapeutiques peuvent être utilisés pour permettre aux patients de bénéficier d'une qualité raisonnable d'information et d'option. Par exemple, il est utile de mettre à la disposition des malades les certificats ou rapports médicaux qu'ils demandent. De tels documents peuvent aussi contribuer au respect des droits fondamentaux de la personne dans le fonctionnement du système pénal.
Dans le cours du traitement, nous essayons de donner à chacun la liberté de disposer des médicaments qui lui ont été prescrits. Nous ne contrôlons pas leur absorption à l'exception des cures de sevrage (méthadone) chez les toxicomanes.

Sans doute, cette attitude favorise-t-elle d'une certaine manière le trafic, le stockage et l'abus. Mais nous avons observé que la politique inverse crée plus de problèmes qu'elle n'en résoud; un contrôle étroit n'empêche pas l'usage dévié de médicaments mais il empêche sûrement toute relation thérapeutique de confiance avec le malade. La libre disposition du médicament est non rarement ressentie par le patient comme un droit fondamental et ultime sur son propre corps.

5. Lorsqu'un niveau suffisant de soins est réellement à disposition, il peut être justifié de rappeler le droit de chaque personne à ne pas être traitée.

Nous avons ainsi renoncé à toute visite médicale obligatoire, l'exception habituelle étant la situation d'urgence.

Il faut en particulier se garder d'intervenir à l'insu du patient. Si par exemple l'administration entend signifier ou exécuter une mesure à l'égard d'un détenu, nous ne pouvons accepter de donner par avance à l'intéressé, sous quelque prétexte, un médicament sédatif. De même, nous pensons qu'il faut être réservé en milieu de détention à l'égard de l'emploi de placebos.

Ces principes sont assez généralement admis dans les systèmes d'organisation politique et professionnelle qui reconnaissent que la société ne doit pas imposer un traitement pour la raison qu'elle désapprouve un comportement. Cette position est également corroborée par la conviction de plus en plus répandue qu'il n'existe pas de relation simple entre désordres mentaux et criminalité, de sorte que le traitement des premiers ne conduit pas à une réduction appréciable de la seconde.

Parfois cependant, des programmes de traitement sont recommandés par un expert et ordonnés par un tribunal. Le médecin chargé des soins en milieu pénal ou post-pénal est alors conduit à rechercher les éléments d'un accord thérapeutique dans des conditions relativement difficiles Si cette situation est désavantageuse dans nombre de cas, il ne faut pas méconnaître qu'elle peut se révéler utile lorsque le patient est atteint dans l'exercice même de sa volonté. Il est possible que les premières rencontres avec le médecin soient plus ou moins contraintes mais qu'elles se développent ensuite dans une relation thérapeutique authentique. Faute de quoi, il ne resterait qu'à proposer d'interrompre l'essai. Un exemple non exceptionnel est celui du travail psychothérapeutique avec un délinquant pédophile, cas échéant avec son épouse.

6. Le programme des soins médicaux en prison doit être délimité d'une manière ou d'une autre, surtout en matière médico-sociale et préventive.

Faut-il se borner à traiter les urgences et les affections majeures? Qu'en est-il des soins chroniques, de la correction des infirmités, des prothèses, des traitements dentaires, de la physiothérapie, du soutien psychologique? Faut-il offrir des services comparables en tous points à ceux qui sont accessibles à l'extérieur?

Notre référence est, dans la mesure du possible, celle de l'hôpital général. Nous avons cependant fait une distinction entre les soins qui obéissent à une indication médicale stricte et ceux qui consistent dans des activités psycho-sociales justifiées mais dont les résultats sont difficiles à établir: groupes de discussion, relaxation, participation à un atelier communautaire sociothérapeutique. Si un détenu doit interrompre l'une de ces activités parce qu'il est puni, nous n'avons pas à disposition d'argument décisif pour intervenir. Par contre, nous pouvons veiller à une distribution sans restriction des soins médicaux ou psychiatriques.

7. Nombre de patients pénitentiaires ne présentent pas de demande réellement médicale. Certains se disent malades et d'autres non; il s'agit plutôt chez eux de désordres de la personnalité et du caractère ou de désordres des habitudes (alcoolisme, toxicomanie).

En conséquence, les difficultés qui conduisent ces patients vers notre service relèvent fréquemment de la pédagogie, de l'éducation, de la psychologie, du travail social, de l'aide spirituelle, voire du dévouement non-professionnel. Nous devons décider quand répondre et quelle limite mettre à notre engagement professionnel.

Parfois, les demandes deviennent étrangères à la vocation même du médecin. Il s'agit par exemple d'une quête intense ou insidieuse de médicaments. Ce phénomène est devenu banal un peu partout, même en pratique ordinaire, mais il est spectaculaire en prison, non seulement pour fuir la réalité mais aussi pour acquérir un moyen d'échange et faire commerce en vue du nécessaire. Soumis à une pression difficile et enclin à refuser, le médecin ne peut cependant faire abstraction de toute préoccupation préventive. Il faut considérer en effet qu'une réduction massive des prescriptions ne ferait que déplacer certains patients vers des passages à l'acte auto-agressif plus dangereux qu'un abus de médicaments ou vers d'autres violences.

Une deuxième situation de pression se produit lorsque le détenu décide d'utiliser son corps pour témoigner d'une cause ou pour protester contre une autorité. On observe ainsi des menaces de mutilation, des grèves de la faim ou d'autres démonstrations telles que l'ivresse médicamenteuse. Dans ces conditions, le patient entend parfois recruter le personnel soignant à ses côtés dans un combat étranger à la médecine. En fait, il ne peut attendre de nous que des explications claires et une sorte d'alliance thérapeutique limitée à sa santé, par exemple en relation avec un certain niveau d'alimentation.

Lorsque le risque pris par le patient devient grave et durable, le plus souvent en cas de grève de la faim, nous devons prendre position dans le conflit classique entre la vie et la volonté du patient. Il faut également considérer la responsabilité des organes de l'Etat à l'égard de celui qui a été privé de la liberté.

L'Association médicale mondiale recommande de s'abstenir de tout traitement par contrainte. Nombre de sociétés médicales nationales prévoient d'intervenir lorsque l'intéressé n'est plus en état de prendre des décisions sur son propre état. Telle est en particulier la suggestion du Ministère public fédéral suisse. En fait, des directives politiques ou professionnelles contraignantes sont peu souhaitables dans un tel contexte: il semble raisonnable de laisser au praticien le droit de déterminer lui-même sa position car il est le mieux en mesure de prendre en considération l'ensemble des éléments en cause.

8. Lors de demandes adressées au médecin pénitentiaire par un juge ou par une autorité administrative l'usage est de se conformer aux règles ordinaires de la médecine de soins. Il est du devoir du médecin de mettre au premier plan ses objectifs thérapeutiques et il s'abstiendra en principe de participer à l'élaboration des décisions judiciaires ou administratives.

La prudence s'impose même si le patient a délié le médecin du secret et lui a demandé son concours. En effet, l'activité d'une consultation médicale en prison serait rapidement altérée si les patients s'y rendaient avec l'espoir de bénéfices non-médicaux.

Il peut néanmoins arriver que le médecin pénitentiaire soit conduit à répondre à l'appel d'un tribunal et apporte son témoignage, par exemple pour confirmer un certificat médical. Dans cette circonstance, nous ne produisons pas notre dossier d'observation.

De même, il est préférable que le médecin pénitentiaire décline les missions d'expertise qui peuvent lui être proposées; le rapport d'expertise est destiné à répondre à des questions juridiques, ce qui n'est pas, dans la règle, l'affaire d'un médecin-traitant. Exceptionnellement, nous avons estimé utile de donner notre opinion à un juge ou à une autorité administrative sur l'opportunité d'une mesure de placement dans un foyer ou dans un milieu thérapeutique spécialisé, par exemple dans un centre pour toxicomanes.

9. Le personnel soignant doit se garder d'intervenir dans les domaines qui sont du ressort de l'administration pénitentiaire: organisation carcérale, déroulement de la vie et du travail en prison; régime de chaque prisonnier.

Par exemple, le médecin ne doit pas être celui qui informe un détenu des mesures administratives ou judiciaires qui sont prises à son égard. Il se tient de même à l'écart de toute participation au processus de décision et d'exécution des punitions.

Cependant, la distinction n'est pas toujours aisée. En présence des divers conflits et désordres qui résultent de l'incarcération, il est souvent vain de séparer les réactions violentes ou dépressives qui sont l'affaire du médecin et celles qui appartiennent plutôt au magistrat, à l'administration, à l'avocat.

Par exemple, dans l'entreprise urgente et difficile de détecter les suicidants, il faut remarquer que, dans la grande majorité des cas, il ne s'agit pas de malades mais de personnes qui expriment au moyen de leur corps une protestation ou un témoignage à grand risque. Si la surveillance est assumée en première ligne par les gardiens qui assurent la protection des détenus, il n'en reste pas moins que l'intervention du médecin est souvent indispensable, à la fois dans l'urgence et dans le soutien à long terme.

Inversement, il est en premier lieu de la compétence des médecins de faire transférer à l'hôpital les personnes dont l'état et la conduite font penser à un danger suicidaire. Mais cette procédure implique également la participation du personnel de sécurité et des dépenses non négligeables. Il en résulte qu'un engagement administratif est nécessaire, ainsi qu'une option politique à l'égard du niveau de risque médical acceptable en milieu carcéral.

Ainsi, dans nombre de situations, l'indépendance du médecin et le bon exercice de ses responsabilités sont inséparables d'une collaboration avec l'administration.

10. Mettant au point des programmes destinés à aider les personnes, un service médical pénitentiaire est également conduit à des préoccupations plus générales de médecine préventive, c'est-à-dire d'hygiène mentale et sociale appliquées à l'environnement.

De là notre tendance à prendre en considération, dans le travail médical en milieu pénal, des modèles sociothérapeutiques inspirés des communautés thérapeutiques et des théories de la communication.

Une part de notre programme s'adresse en conséquence à l'ensemble de la collectivité fermée et est également destinée au personnel de surveillance. Nous sommes conduits à favoriser les échanges individuels, la circulation des informations, les discussions de groupe et diverses situations dans lesquelles les barrières constituées par les rôles statutaires sont abaissées.

Dans la même optique, nous contribuons à des cours de formation et de perfectionnement du personnel de sécurité. Ces cours n'ont pas seulement pour but d'entretenir le niveau professionnel et technique des gardiens mais aussi de souligner le sens social qui est attaché à leurs activités. Nous pensons que la réflexion personnelle des gardiens, entretenue de façon appropriée, peut augmenter l'estime que chacun a de soi-même et de son métier, contribuant aussi à la qualité de leur vie privée. Il serait certainement utile d'établir s'il existe réellement une corrélation positive entre le niveau de la vocation des gardiens et le mieux-être des détenus.

Dans la prison où nous travaillons, nous avons en permanence l'impression d'un ajustement de plusieurs pouvoirs. On peut ainsi distinguer celui qui est issu de l'autorité publique, celui qui appartient à chaque détenu dans l'exercice de ses droits personnels et celui qui résulte

de la présence médicale. De là une sorte d'image dans laquelle trois vecteurs se composent pour agir sur les décisions, représentant si l'on veut les valeurs de la sécurité publique, de l'autonomie personnelle et de la santé. Le jeu de ces forces dans la prison empêche la prévalence d'un système institutionnel univoque ou "total". De leur équilibre plus ou moins mouvant naît en définitive un espace de liberté qui permet le travail médical.

Adresse de l'auteur: Prof. J. Bernheim, Institut Universitaire de Médecine Légale, 8, passage de la Radio, CH-1205 Genève (Suisse)