



La médecine générale en milieu de détention

Rev Med Suisse 2006 ; 2 : 2690-6

D. Beer
B. Gravier

Dr Daniel Beer
Avenue Tissot 15
1006 Lausanne
d.beer@vtxnet.ch

Pr Bruno Gravier
Service de médecine et psychiatrie
pénitentiaires (SMPP)
Clinique psychiatrique universitaire
Site de Cery
1008 Prilly
Bruno.Gravier@hospsvd.ch

Primary care in a detention environment

Detention is a severe and psychologically traumatising form of withdrawal from society of people who, often, are already jeopardized or suffering from psychical or somatic diseases.

Yet, the individual deprived of freedom has fundamental rights to obtain medical care that should be of equal quality than the general population.

One of the numerous missions of the penitentiary practitioner is to fulfil his practice with total independence within a repressive environment, with multiple constraints of order, respecting both security and judiciary requirements and the fundamental ethical principles of penitentiary medicine.

La détention est une forme sévère et traumatisante de mise à l'écart de la société de personnes souvent déjà précarisées ou souffrant de maladies psychiques ou somatiques. L'individu privé de liberté bénéficie toutefois de droits fondamentaux à pouvoir obtenir des soins qui doivent être de la même qualité que ceux de la population générale. C'est une des nombreuses missions du médecin pénitentiaire que d'exercer sa pratique en toute indépendance dans un milieu répressif, aux multiples contraintes d'ordre, en respectant à la fois les exigences sécuritaires et judiciaires, et les principes éthiques fondamentaux de la médecine pénitentiaire.

INTRODUCTION

Le milieu carcéral est un environnement violent, clos et oppressant où l'individu privé de liberté est soumis à une autorité potentiellement totalitaire, à des mesures disciplinaires contraignantes et à des codes de fonctionnement entre détenus. Le prisonnier se retrouve isolé dans un univers menaçant où il est confronté à la répression, à la dangerosité du milieu ainsi qu'à ses propres angoisses et à sa solitude.

La consultation médicale en milieu pénitentiaire représente alors un espace d'ouverture potentiellement bienveillant et empathique où l'expression des plaintes du corps et de l'esprit peut être écoutée et surtout entendue.

LA MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

La tâche du médecin généraliste exerçant en prison consiste avant tout à prodiguer des soins et des conseils aux détenus mais également à orienter la direction de l'institution sur les mesures adéquates permettant aux personnes incarcérées de bénéficier des mêmes droits à la santé que la population générale.

Toutefois, l'exercice de la médecine au sein de la prison représente un art complexe où le médecin marche tel un funambule sur une corde tendue entre le serment d'Hippocrate et les contraintes d'ordre et de sécurité. Afin d'exercer au mieux son rôle, il peut compter sur des *recommandations* et des directives médicales éthiques pour l'éclaircir dans l'exercice de sa mission thérapeutique qu'il devrait pouvoir assurer en principe en toute indépendance vis-à-vis des autorités judiciaires, voire policières et pénitentiaires, en respectant tout particulièrement la confidentialité et le consentement du détenu.¹⁻³

En pratique toutefois, il s'avère que la prise en charge de la santé des prisonniers manque d'uniformité car variant significativement selon la structure sanitaire en place, l'importance accordée à ce sujet, ou encore le contexte socioculturel et politique du lieu de détention.

Dans cet article nous décrivons l'approche et l'attitude qui prévalent au sein du Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires du canton de Vaud (SMPP). Par comparaison, elles s'accordent volontiers avec la philosophie de soins aux détenus dans le reste de la Suisse, en regard des obligatoires différences régionales.

LA CONSULTATION MÉDICALE

Plusieurs *principes de base* devraient s'appliquer systématiquement lorsqu'il s'agit du droit à la santé d'un prisonnier: possibilité de demander une consultation médicale et de bénéficier de soins équivalents à ceux de la population générale, droit au secret médical, à la confidentialité et au consentement libre et éclairé avant qu'un acte thérapeutique ou diagnostique ne soit entrepris, sauf cas prévu par la loi.

Idéalement *la consultation médicale* se déroule dans des locaux affectés au service médical, exclusivement entre thérapeutes, cothérapeutes et détenus, c'est-à-dire sans participation des représentants de l'autorité (sauf exception). Elle comprend en première ligne un représentant du service infirmier (dispensant notamment soins, conseils et distribution de médicaments de première nécessité ou sur prescription médicale) ainsi que la participation d'un membre du corps médical représenté par un médecin généraliste somaticien, un médecin dentiste, un psychiatre ou un gynécologue. En pratique toutefois, ces principes importants ne sont pas respectés dans un grand nombre d'établissements pénitentiaires.

La visite médicale d'entrée (tableau 1) est effectuée systématiquement et au plus tard dans les quinze jours suivant l'admission afin d'évaluer en particulier l'état de santé du détenu, son aptitude à s'adapter psychologiquement à la prison, de dépister une pathologie contagieuse, psychiatrique ou une dépendance à certains produits, ainsi que d'éventuels symptômes de sevrage vis-à-vis de drogues, d'alcool ou à un traitement médicamenteux.⁴ A ce propos, il est souvent reproché au médecin pénitentiaire d'adopter une pharmacopée spécifique souvent obsolète. Pour notre part, nous essayons le plus possible d'harmoniser nos prescriptions avec celles de la Division universitaire d'abus de substances. Le tableau 2 illustre cette volonté. L'entretien visera également à informer le détenu des mesures générales d'hygiène, d'éducation pour la santé et de prévention (dépistage des infections en particulier hépatites B, C, VIH

Tableau 1. Résumé de la prise en charge médicale de base d'un détenu à son arrivée dans une prison du canton de Vaud (2005)

<p>Visite infirmière (dans les 24 heures) et consultation médicale initiale (dans les 5 jours ou avant en cas de nécessité). En particulier anamnèse médicale, psychiatrique et socio-économique, habitudes de vie, conduites à risque (alcool, toxicomanie, VIH), évaluation de la poursuite d'un traitement médicamenteux habituel, estimation des habitudes de dépendance et des risques de sevrage, discussions de la poursuite ou de l'initiation d'un éventuel traitement de substitution (par exemple: méthadone), conseils généraux sur la santé et l'accès aux soins, messages de prévention.</p>
<p>Distribution d'une trousse sanitaire personnelle Sparadraps, désinfectant, préservatifs, etc.</p>
<p>Examens RX thorax, sérologie hépatite B, vaccinations diphtérie, tétanos ± hépatite B, compléments d'analyses sanguines selon anamnèse et examen clinique.</p>

Tableau 2. Médicaments utilisés pour les sevrages de psychotropes en prison dans le canton de Vaud

Produits	Substitution
Héroïne	Topiramate (max 800 mg/jour) à dose dégressive sur 6 jours
Méthadone	Topiramate sur 10 jours
Opiacés lors de: <ul style="list-style-type: none"> • myalgies • troubles du sommeil • nausées, vomissements • diarrhées • agitation, anxiété 	Tolpérisone Zolpidem ou zopiclone Métoclopramide Lopéramide Quétiapine ou chlorprothixène
Benzodiazépines	Oxazépam ou prazépam
Alcool	Oxazépam, vitamines groupe B, thiamine, sur 4 à 7 jours avec évaluation clinique quotidienne et surveillance biquotidienne (TA, puls, t ⁰)
Cocaïne	Pas de protocole, éventuellement topiramate à faibles doses ou quétiapine

et tuberculose, réduction des risques liés aux rapports sexuels et à l'échange de seringues, et attribution d'une trousse sanitaire contenant notamment préservatifs et désinfectant).⁵ Une radiographie thoracique d'entrée obligatoire (à l'exception des personnes réincarcérées plusieurs fois par année ou suivies régulièrement à l'extérieur par un médecin) permet d'exclure tout particulièrement une tuberculose pulmonaire; par ailleurs le statut vaccinal est vérifié de même qu'une évaluation du traitement entamé avant l'incarcération (principe de la continuité des soins).

Indépendamment des visites systématiques sur demande des infirmiers, *la visite médicale sur rendez-vous* est en général demandée par le prisonnier et agendée selon les jours de visite du médecin dans l'institution (habituellement une à deux fois par semaine) en fonction des sites, le SMPP réunissant les services médicaux de cinq prisons aux réalités cliniques et pénitentiaires très différentes.

Lorsque des *avis médicaux spécialisés* sont requis, ils sont programmés préférentiellement en milieu hospitalier.

La consultation peut aussi être proposée par le médecin au détenu afin d'évoquer des questions relatives à la vaccination, à des résultats d'analyse ou à des sujets plus spécifiques aux soins de santé dans la prison tels que maladies transmissibles (hépatites, sida, tuberculose), alcoolisme, toxicodépendance, capacité de travail en milieu carcéral, troubles psychiatriques ou encore risque de suicide.

La surveillance et la prise en charge de grèves de la faim ou la confrontation avec un détenu refusant un traitement sont des problèmes courants auxquels le médecin pénitentiaire est confronté, de même que ceux liés à la violence entre détenus (agressions physiques, violence à caractère sexuel) ou ceux imposés par l'institution (contention phy-



sique, sanctions disciplinaires telles qu'isolement au cachot ou régime de sécurité renforcée).

Consultation médicale en urgence

Lorsqu'il est nécessaire d'obtenir un avis médical urgent, la *coordination des soins* doit être organisée de façon à ce que le détenu puisse être soigné le plus rapidement possible. Cette règle déontologique est exprimée par de nombreuses recommandations en la matière.¹⁻³

Ceci implique notamment que le service médical puisse être atteignable en permanence. Toutefois, l'intervention du médecin pénitentiaire ne pouvant souvent avoir lieu dans l'immédiat, il est souvent nécessaire de transférer le malade sans délai vers une structure coutumière des procédures particulières de transfert et, si possible, abritant une unité carcérale ou des chambres sécurisées ainsi que du personnel de surveillance.

PATHOLOGIES RENCONTRÉES COURAMMENT

Les *affections somatiques courantes* en milieu carcéral sont assez similaires à celles rencontrées dans les centres de soins médicaux s'occupant de marginaux, de personnes défavorisées ou déstructurées socialement et faisant rarement appel aux structures sanitaires classiques (médecin de famille, réseaux de santé).

A titre indicatif, le **tableau 3** mentionne ici les diagnostics somatiques des 1830 patients ayant séjourné en 2004 dans les cinq prisons du canton de Vaud et examinés par les médecins généralistes et internistes du service.

Des *pathologies plus spécifiques* au milieu carcéral s'expliquent par la proportion élevée de détenus présentant des troubles du comportement liés à l'utilisation de drogues, d'al-

cool et par la haute prévalence de la comorbidité psychiatrique rencontrée en prison (troubles de la personnalité, troubles anxieux et dépressifs, ou troubles de la préférence sexuelle) par ailleurs fréquemment liée aux délits ayant mené à la détention. Ces affections nécessitent idéalement une prise en charge conjointe par le médecin somaticien et le psychiatre, la philosophie du service tendant à favoriser cette pratique de liaison en particulier à travers des colloques et un partenariat avec le service infirmier.

ORGANISATION DES SOINS EN PRISON

Notre service s'est doté d'une infrastructure *multidisciplinaire* à la fois intégrée à la structure pénitentiaire dans une relation de partenariat tout en préservant un esprit critique, son indépendance et ses principes éthiques fondamentaux. Dans le canton de Vaud, le SMPP comprend un médecin coordinateur des soins somatiques afin de favoriser la fonctionnalité et l'échange d'informations entre membres du service ainsi qu'entre ce dernier et les diverses institutions extérieures (service pénitentiaire, autorités médicales de référence, hôpitaux, etc.). C'est aussi de cette façon qu'une telle structure médicale polyvalente pourra servir d'interlocuteur crédible au service pénitentiaire, permettant d'aborder les multiples problèmes concernant les détenus et interpellant le service médical (aspects socio-éducatifs, évocation des mesures disciplinaires, formation de groupes thérapeutiques par exemple de patients psychiatriques, toxicomanes ou délinquants sexuels) ainsi qu'assurer l'interface nécessaire entre établissement carcéral et institutions hospitalières en veillant tout particulièrement à ce que la circulation des informations médicales se fasse correctement et sans déroger à la confidentialité.

Nous nous attachons à ce que les notes manuscrites prises lors des consultations médicales soient rigoureusement retranscrites dans le *dossier médical* qui doit rester confidentiel et nous tenons à ce que le détenu soit informé de cette confidentialité qui représente un des problèmes récurrents de la médecine pénitentiaire. Par ailleurs, nous prenons les précautions nécessaires pour que ce document, qui regroupe habituellement d'autres pièces du dossier judiciaire (jugements, expertises psychiatriques, comptes rendus de réseau), soit gardé sous clé dans les locaux de l'infirmier. A l'issue de l'incarcération ou lors du transfert dans un autre établissement, nous essayons de faire parvenir un résumé médical du séjour au médecin reprenant le suivi, exercice malheureusement difficile compte tenu des contraintes de temps imposées au médecin.

Les *médicaments* sont prescrits sous la responsabilité des différents intervenants médicaux (somaticien, psychiatre, dentiste, gynécologue) et distribués quotidiennement par les membres du service infirmier selon des règles propres à chaque établissement mais partageant le souci d'éviter leur détournement et leur stockage (risques de trafic, d'abus, de tentative de suicide). Cette distribution des médicaments pose fréquemment problème ne serait-ce que par les revendications fréquentes des détenus concernant leur mode d'administration. Dans la plupart des établissements, ils sont donnés dans des barquettes hospitalières sous la forme galénique d'origine et renouvelés quotidiennement, sauf situations particulières.

Tableau 3. Diagnostics somatiques des 1830 détenu(e)s des prisons vaudoises en 2004 (à l'exclusion des affections gynécologiques)

Bonne santé habituelle	
Affections dermatologiques	Dermatite et eczéma, mycoses, acné, pityriasis versicolor, abcès cutanés
Atteintes du système ostéo-articulaire	Dorsolombalgies, douleurs arthrosiques, périarthrite scapulo-humérale, épicondylites
Troubles digestifs	Affections bucco-dentaires, dyspepsie, reflux gastro-œsophagien, constipation, côlon irritable, hémorroïdes
Affections respiratoires	Viroses ORL, bronchite chronique, asthme, otites, rhino-conjonctivite allergique
Maladies infectieuses	Hépatites B et C chroniques, VIH asymptomatique, Sida, séquelles de tuberculose, tuberculose pulmonaire
Atteintes de l'appareil circulatoire	HTA, insuffisance veineuses et artérielle des membres inférieurs, cardiopathie ischémique
Troubles du métabolisme	Obésité, dyslipidémie, diabète
Affections neurologiques	Céphalées tensionnelles, migraines, syndrome du tunnel carpien
Lésions traumatiques	De l'appareil ostéo-articulaire, lésions auto-infligées de type veinoséction et automutilation



En cas de doute sur l'adhérence, le médicament est pris sous observation directe des infirmiers.

RELATION MÉDECIN-PATIENT DÉTENU

Souvent perçue comme une médecine de l'ombre, la pratique médicale en milieu carcéral implique un engagement personnel et professionnel fort.⁶

Souvent au courant du délit du détenu malade, de son éventuelle dangerosité ou du caractère parfois terrible de ses actes, le généraliste doit apprendre à gérer ses émotions et ses éventuelles réactions (colère, peur, incompréhension, parfois dégoût) de façon à établir une relation de neutralité affective dénuée si possible de l'influence émotionnelle que peuvent avoir les faits ayant occasionné la sanction.^{7,8}

La relation médecin-détenu dépend de nombreux facteurs généraux (âge, expression culturelle de la pathologie, problème de langue, attentes du patient), de la personnalité et de la motivation du soignant, et d'éléments plus spécifiques à la prison (comorbidité psychiatrique élevée, haute prévalence de la population toxicodépendante, durée de la détention, violence et impulsivité de certains détenus, anxiété et perturbation des affects et des processus d'adaptation liés à la perte de liberté).⁹ Certains comportements violents et impulsifs rendent difficile une attitude empathique et nécessitent souvent la collaboration étroite des infirmiers et des psychiatres du service.

Dans la pratique, il est souvent nécessaire de rassurer un détenu malade sur l'indépendance du médecin et du service médical vis-à-vis des autorités pénitentiaires, et lui expliquer que la confidentialité de la consultation sera respectée, que son consentement sera requis ou encore qu'on cherchera à lui assurer le meilleur accès possible à la consultation médicale et une équivalence des soins avec le milieu libre. Ceci revient en somme à exposer les *principes fondamentaux de la médecine en milieu pénitentiaire*.

Toutefois, soigner des délinquants c'est aussi être en contact avec certaines personnes susceptibles de l'induire en erreur, de l'impressionner ou de l'intimider pour obtenir des bénéfices qui n'ont rien à voir avec l'exercice médical. La triangulation et le clivage sont aussi des mécanismes auxquels le thérapeute est fréquemment confronté et le mettent en situation difficile alors que la demande ne vise manifestement qu'à satisfaire des usages utilitaires, voire obtenir des aménagements particuliers (obtention d'un arrêt de travail, d'un régime alimentaire particulier, tentative de dérogation à des punitions sous prétexte de problèmes de santé, etc.).¹⁰

C'est pourquoi, il est nécessaire que le médecin reste attentif aux risques de manipulation et de simulation qui sont autant de pièges pouvant le tromper dans son jugement médical, compromettre son image de compétence et le décrédibiliser tout en restant dans une véritable relation thérapeutique au service de son patient.

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS L'INSTITUTION PÉNITENTIAIRE

Le médecin et le corps médical sont souvent accueillis avec la méfiance accompagnant l'arrivée d'un hôte aux vocations humanistes s'accommodant a priori mal de règle-

ments, de contraintes, et bénéficiant de surcroît d'un pouvoir décisionnel (cf. secret médical) perçu de manière fantasmagorique comme favorable à des individus condamnés à subir et à obéir.

De ce fait, il est utile que le généraliste fasse connaissance avec la réalité de la prison, passant par la visite des quartiers cellulaires, des cachots, des postes de travail et des ateliers où travaillent les détenus, mais encore aller à la rencontre des surveillants, des membres de la direction, des responsables d'ateliers et des chargés de sécurité.

De telles rencontres lui permettront aussi d'expliquer ses devoirs et les démarches qu'il a entreprises dans l'élaboration de stratégies de santé en matière préventive et thérapeutique pour les prisonniers.

Ainsi, c'est par les rencontres et les discussions, parfois informelles, les réunions de réseaux et les colloques entre les différents intervenants au sein de la prison que le médecin parviendra à être accepté et reconnu comme consultant nécessaire à la bonne marche de l'institution tutélaire.

DIFFICULTÉS COURANTES DANS LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DU DÉTENU

Iten et coll. ont bien détaillé les problèmes habituels auxquels sont confrontés les médecins pénitentiaires.¹¹ A titre d'exemple, les deux vignettes cliniques ci-dessous illustrent quelques-unes des problématiques quotidiennes auxquelles le médecin pénitentiaire, souvent isolé et loin d'un centre hospitalier, doit faire face.

Ainsi lors de l'évaluation du patient, toute la compétence et l'expérience du médecin pénitentiaire peuvent s'avérer nécessaires pour juger de l'aggravation de l'état de santé d'un détenu (simulation ? conversion hystérique ? troubles somatoformes ou anxieux ?) parfois peu démonstratif ou s'exprimant mal, et juger de la nécessité d'une éventuelle hospitalisation compte tenu des questions de sécurité (risques d'évasion ou d'agression du personnel hospitalier). La vignette A rend compte de la difficulté de l'évaluation d'une pathologie évoluant à bas bruit lorsque les disponibilités restreintes d'accès à la consultation du médecin se compliquent des troubles de la personnalité du patient.

VIGNETTE A

Patient de 60 ans se plaignant depuis deux jours de douleurs diffuses prédominant à l'épigastre puis progressivement d'une dyspnée atteignant un stade 2-3 selon la classification NYHA. Invoquant des conflits mineurs qu'il a eus préalablement avec le service médical, il refuse de se laisser examiner par un membre du service infirmier et exige de n'être examiné que par le médecin. En l'absence de signes apparents d'urgence aiguë, la consultation n'a lieu que quatre jours plus tard. On constate une bradycardie à 36/minute et des signes ECG compatibles avec un infarctus myocardique subaigu. Le patient est alors transféré par ambulance à l'hôpital.

Le délai d'intervention du médecin représente une difficulté pratique en raison de son éloignement géographique et de sa disponibilité souvent réduite, ce qui renvoie l'appré-



ciation d'une situation parfois urgente à un membre du personnel infirmier ou, en son absence (nuit) aux surveillants. Dans certains établissements comme dans ceux du canton de Vaud, un service de piquet infirmier, médical somatique et psychiatrique fonctionnant 24 heures/24 permet de répondre aux critères d'accessibilité à un membre du personnel médical «à tout moment et sans retard» comme cela est clairement exprimé dans les recommandations internationales. Il permet aussi d'éviter le recours à la médecine de garde de ville souvent mal à l'aise et peu au fait des réalités pénitentiaires.

Les investigations médicales spécialisées d'un détenu doivent se faire sous surveillance en milieu hospitalier et sécurisés et nécessitent un temps considérable pour organiser les prises ou les annulations de rendez-vous, les transferts sécurisés à horaires imposés entre prison et hôpital, ou à rectifier des erreurs d'orientation. Toute procédure devient complexe et nécessite un important travail de diplomatie et d'explication, dans le respect du secret médical pour obtenir la meilleure collaboration possible des multiples partenaires mobilisés dans de telles démarches.

L'hospitalisation d'un prisonnier est souvent rendue difficile par de multiples contraintes pénitentiaires et sécuritaires rendant nécessaire une articulation étroite entre le service médical, l'unité d'accueil hospitalière et le service de sécurité pénitentiaire ainsi que celui de l'hôpital. Ceci permettra que les procédures régissant le séjour de ces patients privés de liberté soient respectées, d'éviter que des erreurs liées à la méconnaissance des règles de sécurité ne soient commises ou encore pour apaiser la méfiance et les craintes générées par la présence d'un prisonnier parfois menotté, répondre aux nombreuses questions du personnel de soins hospitaliers et s'assurer que la circulation des informations médicales se fasse correctement et sans trahir les principes de confidentialité, en particulier concernant les motifs d'incarcération. Elle peut aussi devenir pour le détenu un enjeu pour obtenir une prescription ou une autre prestation qu'il ne réussit pas à obtenir en milieu pénitentiaire comme en témoigne la vignette B qui indique aussi le caractère extrême de certaines situations cliniques.

VIGNETTE B

Patient de 25 ans connu pour personnalité dyssociale, bénéficiant d'une polymédication psychotrope (anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques, antalgiques) exigeant bruyamment une dose de morphine en raison d'une sciatgie. L'infirmier appelle le généraliste de piquet qui propose un traitement conservateur simple, refusé catégoriquement par le détenu qui devient menaçant et qui, en signe de protestation, se taillade la gorge à l'aide d'une lame de rasoir. Il est amené d'urgence dans l'hôpital de référence où il sera suturé et, à force d'insistance, recevra une dose de morphine pour calmer sa douleur sciatique. Quelques semaines plus tard ces douleurs réapparaissent et dans un contexte de refus similaire des soins proposés il avale plusieurs lames de rasoir. Le médecin de piquet demande une surveillance clinique en prison et une radiographie de l'ab-

domen. Le patient, constatant qu'il ne sera plus transféré en milieu hospitalier, présente alors des mouvements tonicocloniques d'aspect convulsif motivant le médecin, contacté par téléphone, à le transférer une nouvelle fois en milieu hospitalier.

La mise en pratique du principe d'équivalence des soins est souvent mise à mal, par exemple en termes de démarches diagnostiques et d'investigations médicales. Une des raisons est liée à l'incertitude du devenir des patients (durée de détention inconnue en prison préventive, menaces d'expulsion) ou à l'expression souvent atypique des plaintes qui peuvent être mal formulées ou masquées par le stress de l'incarcération, voire témoignant d'une intrication étroite entre la déstabilisation liée à l'incarcération et les perturbations psychologiques du patient.

En ce qui concerne les traitements, exception faite des affections courantes rencontrées en médecine générale, la prise en charge thérapeutique d'autres pathologies peut s'avérer plus complexe. Une illustration typique en est fournie par des infections comme l'hépatite B et C (couramment rencontrées chez les toxicomanes, les migrants) dont les traitements sont particulièrement onéreux et pour lesquels la compliance et le suivi peuvent être assurés dans le milieu protégé que représente la prison mais dont on accepterait mal l'interruption inopinée due à une expulsion ou à l'abandon par un malade sortant de prison et se retrouvant dans une situation sociale précaire.

L'accès des personnalités toxicodépendantes aux traitements de maintenance (méthadone) n'est pas également garanti dans tous les établissements pénitentiaires de Suisse et représente une autre difficulté classique d'application du principe d'équivalence des soins.

Un problème du même ordre se présente à nous parfois vis-à-vis de malades souffrant de pathologies respiratoires répondant aux critères d'oxygénothérapie, chez qui l'appareillage (oxygène liquide, extraction d'oxygène) ne peut s'envisager en cellule en raison de problèmes sécuritaires ou des risques de danger (explosion ou incendie) alors qu'il pourrait leur être proposé à domicile. Les exemples pourraient se multiplier.

Le strict respect des règles éthiques fondamentales de confidentialité et de consentement peut être difficile à assurer par le médecin qui doit prendre en compte des situations particulières (exemple du détenu séropositif VIH mordant un surveillant lors d'une altercation) ou être dans l'obligation de fournir des renseignements à l'administration pénitentiaire tutélaire (exemple du gréviste de la faim et de la soif dont l'état se dégrade dans un cachot). Il ne doit cependant jamais devenir le «bras armé» de l'institution carcérale dans sa mission de répression, par exemple lors de demandes de sédation médicamenteuse parentérale en urgence pour un détenu violent et agité dès lors que la situation ne se justifie pas.¹²

CONCLUSION

L'exercice de la médecine générale dans le cadre pénitentiaire oblige à prendre en charge des patients en état de dépendance et ne pouvant avoir le libre choix de leur médecin.



Il s'agira néanmoins de tenir compte des impératifs d'ordre, de sanction et de sécurité dévolus à la prison imposant au médecin d'apporter des soins dans un milieu sous contrainte, mais aussi à orienter et conseiller l'établissement pénitentiaire en matière de prévention sanitaire, et rappeler régulièrement les droits fondamentaux des patients privés de liberté. Cette démarche doit s'intégrer dans une relation d'échange d'informations avec les autorités pé-

nitentiaires tout en préservant l'indépendance professionnelle du médecin. Ceci lui permettra d'assumer sa mission thérapeutique auprès de ces personnes fragilisées sans être instrumentalisé par l'institution carcérale. ■

Bibliographie

- 1 ** Académie suisse des sciences médicales. Exercice de la médecine auprès de personnes détenues. Directives médico-éthiques de l'ASSM. Bulletin des médecins Suisses 2003;84:311-5.
- 2 ** Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, Recommandation n° R (98) 7 adoptée par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe le 8 avril 1998, publications/rec 7f-98.
- 3 * Recommandations générales pour la prévention de la torture et des mauvais traitements. L'ensemble de normes (Corpus of standards) du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (cpt). N° spécial 2. Office fédéral de la justice, 3003 Berne, janvier 2001.
- 4 Médecine générale. In Le portail de l'information sur les prisons – un site de Ban Public <http://www.prison.eu.org>
- 5 Gentilini M. Problèmes sanitaires dans les prisons. Paris: Flammarion – Sciences, 1997.
- 6 Restellini JP. Médecins de l'ombre. Bulletin de l'ASSM 2001;4:1-3.
- 7 Rapport d'activité 2004, Population globale du Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires, Lausanne.
- 8 Milly B. Soigner en prison. Paris: Presses Universitaires de France, 2001.
- 9 Hungerbühler P, Decrey H. Le médecin face au patient qui est aussi un détenu. Rev Med Suisse Romande 1999;119:603-4.
- 10 Lhuillier D. Souffrance, demandes et usage des soins dans l'Institution carcérale. Bulletin de psychologie 2001; 54:159-68.
- 11 * 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.
- 12 Association vaudoise de médecins progressistes. Prisons, six morts sur ordonnance, Genève: Tout Va Bien hebdo, 1982.

* à lire

** à lire absolument