

Faculté de médecine | 3ème année

# Stage en Communauté

Santé en prison

Juillet 2008 | Frédéric Baroz  
Bérénice Cramer  
Mathilde Schaller  
Salimata Sylla

# Table des matières

Introduction .....	1
<b>1 Partie 1 : Résultats de l'immersion</b> .....	<b>2</b>
1.1 Particularités de la population carcérale .....	2
1.1.1 Profil de la population carcérale .....	2
1.1.2 Motifs de consultation rencontrés en prison .....	5
1.2 Infrastructure carcérale et de médecine pénitentiaire .....	10
1.2.1 Section 1 : Système judiciaire et administration carcéral .....	10
1.2.2 Appareils sanitaires des prisons .....	13
1.2.3 Prise en charge des détenus .....	14
1.1 Bases éthiques et légales des traitements humains .....	18
1.1.1 Contexte historique .....	19
1.1.2 La position de la Suisse .....	20
1.1.3 Les principes fondamentaux .....	22
<b>2 Partie 2 : Discussion des résultats</b> .....	<b>25</b>
1.1 Caractéristiques de la population carcérale en lien avec prévalence des troubles de santé .....	25
2.1 Obstacles à une prise en charge optimale dans le milieu carcéral .....	28
<b>3 Partie 3 : Quelques cas concrets</b> .....	<b>33</b>
3.1 Le cas de Monsieur N .....	33
3.2 Le cas de Madame D et de son fils, Monsieur C .....	35
<b>4 Conclusion</b> .....	<b>36</b>
<b>5 Références</b> .....	<b>38</b>
<b>6 Remerciements</b> .....	<b>39</b>

---

*Nous avons décidé pour notre stage d'immersion en communauté, de nous plonger dans un milieu auquel nous ne sommes pas familiers et qui, autant que possible, nous mette face à des réalités qui nous sont inconnues. La prison et son atmosphère stricte nous a semblé être le cadre idéal, parce qu'elle représente un environnement relativement peu abordé dans les conversations plébéiennes et parce qu'elle soulève de nombreuses questions, autant éthiques qu'organisationnelles, si importantes qu'elles ont motivé la mise en place de mécanismes supranationaux. A travers les images véhiculées par la médiatisation audio-visuelle et le ressenti populaire quant au rôle des établissements pénitentiaires, ce monde en marge de la société est souvent perçu comme entaché par le crime, la violence, les abus de tous types et les contraintes sécuritaires. Bien sûr, nous ne partions pas avec des préjugés si extrêmes envers du milieu carcéral. Cependant, les observations que nous avons pu faire au cours de « notre prise de connaissance » de ses réalités – Champ-Dollon en particulier – nous ont surpris, souvent, et détrompés, parfois, sur de nombreux points. Nous avons dû prendre un recul important et nécessaire pour une appréhension scientifique de notre thématique. Nous avons toutefois décidé de préserver nos interrogations spontanées pour les utiliser en tant que lignes directrices de notre approche de la problématique de santé en milieu carcéral et ainsi, nous ne prétendons rien de plus que donner l'opportunité au lecteur de faire un « tour d'horizon » général de la vaste thématique qu'est la santé en milieu de détention.*

*Pour essayer de retransmettre notre expérience de la manière la plus exhaustive possible, nous avons articulé ce compte-rendu selon deux axes : d'une part, les « résultats », à savoir les informations factuelles et objectives – autant que possible – obtenues au fil de nos rencontres ainsi qu'au cours de nos recherches ; de l'autre, la « discussion » qui nous permet de stimuler, d'une certaine manière, une sorte de volonté de comprendre. La première partie de ce document s'intéressera donc à dresser le profil de la population carcérale et s'attèlera à démontrer qu'une communauté privée de liberté affiche nombre de spécificités qui la rendent entièrement différente de la collectivité libre, dont elle fait partie. La seconde partie aborde la problématique sous un angle de vue subjectif, et résume essentiellement nos prises de position, et notre appréhension du monde pénitentiaire. Il est pourtant un certain nombre de questions, qu'il sera naturel pour quiconque de se poser, particulièrement lorsque viendra le moment de discuter des concepts éthiques qui sous-tendent l'atmosphère de la détention. La troisième partie du document vient compléter la discussion en y apportant quelques témoignages concrets, à travers le récit de deux personnes familières du monde carcéral.*

*Nous rappelons au lecteur que le sujet de la santé en prison est une vaste thématique, qui implique l'examen de nombreuses questions portant sur de nombreux niveaux. Nous essaierons de mentionner – et si possible de développer la plupart des thèmes que nous avons jugé importants, en laissant au lecteur le soin de considérer ce document comme un bref aperçu, seulement, de ces réels enjeux.*

# 1 Partie 1 : Résultats de l'immersion

## 1.1 Particularités de la population carcérale

Dans nos communautés modernes, le milieu carcéral ramène tous ses résidents sous l'égide d'un seul critère commun, celui de l'effraction des règles sociales et de la criminalité. La condition qui en découle naturellement est qu'outre ce critère, les populations carcérales constituent des ensembles composites de personnes aux caractéristiques très variées à de nombreux niveaux. Ce véritable mélange des mœurs et cultures, concentré entre les murs d'un établissement pénitentiaire qui lui-même réside au sein d'une communauté libre plus large et plus uniforme rend bien évident que la prise en charge sociale des milieux de privation de liberté ne peut s'aligner parfaitement sur la prise en charge des communautés libres dont ils font partie.

Au sein d'un système social, la gestion de la santé se heurte aux obstacles d'une prise en charge adéquate à tous les niveaux, et au moins en partie, parce qu'elle utilise des outils formatés aux normes d'une population générale, pour traiter une communauté différente et spécifique. De nombreuses caractéristiques particulières au milieu de privation de liberté concourent à accentuer la dissemblance entre la population incarcérée d'une communauté, et sa population libre. Parmi elles, il convient d'étudier de près celles qui contribuent le plus largement à façonner la composition des besoins médicaux en détention, afin de pouvoir finalement mettre en place un dispositif sanitaire à l'image de cette composition.

Dans les paragraphes qui suivent, nous essaierons de passer brièvement en revue trois de ces caractéristiques que nous avons jugé importantes : d'abord, la distribution des âges et des sexes, qui détermine en grande partie la susceptibilité d'apparition de certains types de pathologies, ensuite la diversité des origines des individus incarcérés, qui génère des besoins médicaux en fonction de notions géographiques, ethniques et aussi culturelles, et enfin le rapprochement des personnes dans un établissement pénitentiaire, essentiellement lié aux risques d'épidémies. Tout en concentrant notre approche sur les milieux carcéraux de Suisse, et plus particulièrement de Genève, à la prison de Champ-Dollon (une analyse globale aurait été compliquée à réaliser, au vu des politiques diverses des états), cette première partie est destinée à détailler brièvement et de manière factuelle à l'aide de quelques statistiques, le profil de la population carcérale en question, ceci en respect des critères que nous avons cités plus haut. La seconde partie de ce document se chargera d'élaborer une discussion dont une section sera réservée à émettre quelques hypothèses mettant en lien les données populationnelles et médicales.

### 1.1.1 Profil de la population carcérale

A Genève, Champ-Dollon n'échappe pas à ces réalités générales et exhibe elle aussi une population très hétérogène à de nombreux points de vue : l'âge, le sexe mais surtout les origines et les cultures des détenus ainsi que la nature cloisonnée du milieu carcéral constituent la source majeure des critères qui confirment le besoin d'implémenter un système de soin taillé à la mesure de la détention.

Sur 472 détenus en moyenne pour l'année 2006, la large majorité des détenus sont de sexe masculin (93%). **L'âge** des détenus est aussi un paramètre dont il convient d'étudier les statistiques : 8 pourcents des détenus ont entre 18 et 19 ans, 46 pourcents ont entre 20 et 29 ans, 27 pourcents ont entre 30 et 39 ans et seulement 1 pourcent des incarcérés sont mineurs. Il est donc important de comprendre que cette distribution communautaire atypique des âges exerce une évidente influence sur les types de demandes sanitaires exprimées au sein de la prison. Remarquons, en outre, que la moyenne des âges notoirement basse de la population incarcérée (55% des détenus ont moins de 30 ans) doit – devrait – encourager le système pénitentiaire à favoriser les dispositifs de réinsertion.

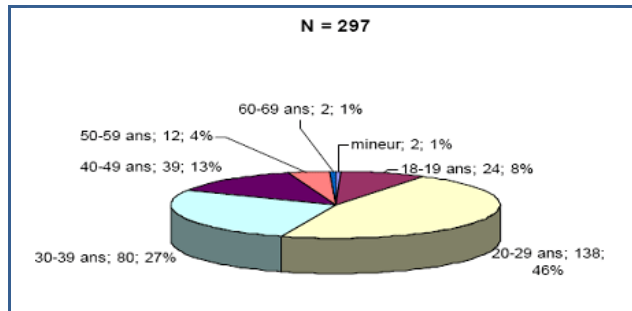


Figure 1.1.1.1 : Répartition des âges 2007 dans la population carcérale de Champ-Dollon.<sup>1</sup>

Plus important encore est à relever que la diversité des individus à Champ-Dollon se décline aussi en termes de **nationalités**. Rappelons, avant de donner tout résultat, que les systèmes judiciaires de nombreux états – si ce n'est tous – fonctionnent sur les bases du **principe de territorialité**, qui explique qu'un individu enfreignant la

Région	Nombre	%
Suisse	352	12.4
Europe de l'Est (incl. Russie) / Balkan	576	20.3
Autre Europe (Union Européenne)	568	20.0
Afrique du Nord	436	15.4
Autre Afrique	587	20.7
Moyen Orient	167	5.9
Amérique	99	3.5
Asie et Océanie	52	1.8
<b>Total</b>	<b>2'837</b>	<b>100.0</b>

Figure 1.1.1.2 : Nationalités rencontrées en 2006 à la prison de Champ-Dollon.<sup>2</sup>

loi est jugé et condamné **sur le territoire où l'effraction a eu lieu**. Ainsi, si une personne enfreint la loi sur le territoire suisse, il sera jugé par un tribunal suisse et le plus souvent incarcéré en Suisse quelle que soit sa nationalité – il est possible d'avoir affaire à quelques cas d'extradition, mais ils sont rares.

En 2006, on compte **plus de 100 nationalités différentes** à Champ-Dollon. Les détenteurs du passeport suisse ne représentent qu'une minorité de la population carcérale (12.4%) et la plupart des prévenus, sont originaires d'Afrique (36.1%) et d'Europe de l'Est (20.3%). Sur le plan de la santé, il faut retenir qu'une telle diversité des origines **suggère la prise en charge de tableaux très variés**, le plus souvent importés de communautés étrangères, mais aussi générés au sein même de la prison, découlant des habitudes de vie des individus.

Au vu de ces chiffres, il est à souligner deux points importants qui peuvent être source de biais. D'abord, nous utilisons ici le terme de

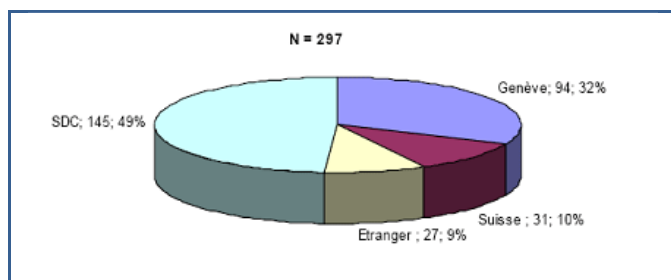


Figure 1.1.1.3 : Domiciles des personnes incarcérées en 2006 à la prison de Champ-Dollon.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Référence : Avis d'experts mandatés par le bureau du Grand Conseil concernant la pétition des détenus de Champ-Dollon de mars 2006, Barbara Bernath, Jean-Pierre Restellini et Christian-Nils Robert, 18 avril 2007

<sup>2</sup> Référence : Prison de Champ-Dollon, Rapport d'activités 2006, Département des institutions, République et Canton de Genève

nationalité au sens strict de sa signification, et nous nous référons donc à la **possession d'un passeport**. Les personnes résidentes qui possèdent un permis – et sont donc tout-à-fait suisses en terme de mœurs et culture, ne rentrent ainsi pas dans cette classe. Deuxièmement, il faut savoir que la loi applique officiellement des mesures distinctes selon si l'individu en instance de jugement est de nationalité suisse ou non. Les personnes « étrangères » (toujours au sens de « sans passeport suisse ») **sont préférentiellement retenues en détention préventive** avant l'issue du jugement alors que les personnes de nationalité suisse peuvent être relâchées. Selon le directeur-adjoint de Champ-Dollon, à *accusation égale, un individu n'ayant pas la nationalité suisse a plus de risques d'être retenu en préventive qu'un autre individu en possession du passeport*. Ceci peut s'expliquer par le fait que la loi considère qu'une personne qui possède une famille, un domicile et d'autres formes d'attaches sur place est moins tentée de fuir le pays pour échapper à sa sentence. Champ-Dollon étant une prison – essentiellement préventive, cette considération porte à examiner les statistiques populationnelles avec un regard soigneux. Enfin, nous ne pourrions conclure cette mise en garde sans citer l'énoncé d'une recommandation du Conseil de l'Europe, qui révèle, en préambule des discussions proposées plus bas, les difficultés rencontrées lorsqu'on confronte des principes internationaux à un système local ainsi que l'état actuel encore imparfait des politiques : « *Le fait que la personne visée n'est pas ressortissante du pays où l'infraction est censée avoir été commise ou n'a aucun autre lien avec celui-ci, n'est pas, en soi, suffisant pour conclure qu'il y a risque de fuite.* »<sup>3</sup>

Outre ces données individuelles, il est à souligner que la population carcérale se démarque de la population générale dans laquelle elle se trouve par un critère moins apparent mais tout aussi considérable. Lorsqu'on se pose la question de connaître les retentissements d'une telle disparité sociale sur la santé individuelle, on ne peut ignorer le fait que **la communauté générale dispose d'un espace de manœuvre étendu sans**

**réserve, alors que la communauté en privation de liberté n'en dispose pas**. Dans la communauté libre, les individus se déplacent sans restriction dans une sphère sociale large et clairsemée, ce qui génère alors un mouvement global caractéristique de toute société, prise en charge de manière satisfaisante par l'administration sanitaire, qui a su s'y conformer. En milieu de détention, on assiste au contraire à **l'agglomération des individus dans un espace clos** et souvent, à un **rapprochement important des personnes** (on peut prendre comme exemple, la surpopulation existant à Champ-Dollon : presque autant de détenus que le double de places disponibles dans l'établissement comme le décrit la table 1.1.1.4). Si l'on considère les périodes d'épidémies liées aux maladies infectieuses, il est évident que ces établissements à risques doivent être considérés de manière particulière et que des mesures adéquates doivent être mises en œuvre pour atteindre l'équivalence du système de soin, un principe majeur dont il sera question plus bas.

Cellules Hommes	Nombre de cellules	Nombre de places	Surface m <sup>2</sup>
A 1 place	138	138	12.24
A 3 places	38	114	25.50
A 5 places	3	15	38.25
<b>Total homme</b>	<b>179</b>	<b>267</b>	

Cellules Femmes	Nombre de cellules	Nombre de place	Surface m <sup>2</sup>
A 1 place	9	9	12.24
<b>Total femme</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	

<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>276</b>	
--------------	------------	------------	--

Table 1.1.1.4 : Nombre de places et cellules disponibles à la prison de Champ-Dollon.<sup>4</sup> A considéré le nombre de détenu (presque 500), la prison a affaire à un grave problème de surpopulation.

<sup>3</sup> Référence : *Avis d'experts mandatés par le bureau du Grand Conseil concernant la pétition des détenus de Champ-Dollon de mars 2006*, Barbara Bernath, Jean-Pierre Restellini et Christian-Nils Robert, 18 avril 2007

<sup>4</sup> Référence : *Prison de Champ-Dollon, Rapport d'activités 2006*, Département des institutions, République et Canton de Genève

La première section de ce chapitre nous montre qu'il existe de nombreuses différences entre le monde carcéral d'une communauté quelconque et cette dernière communauté. On réalisera, dans la prochaine section, qu'il est important pour les soins, de considérer qu'une collectivité affiche **un motif de besoins sanitaires très spécifique, relativement aux caractéristiques personnelles des individus** qui la composent. Dans tout système social, l'appareil médical qui prend en charge ces besoins s'ajuste aux motifs de la société avec plus ou moins de réussite. La communauté carcérale d'une société donnée **ne peut pas équivaloir à un échantillon représentatif** de cette société, mais plutôt, affiche des caractéristiques individuelles d'un ordre différent, et donc, génère un motif de besoin médicaux différent. Le dispositif médical mis en place pour les détenus ne doit pas, par conséquent, suivre le même fonctionnement que le dispositif médical dédié à la collectivité générale, mais plutôt s'efforcer de répondre aux besoins des personnes incarcérées de manière spécifique. Dans la section 2 de ce chapitre, intitulée « Motifs de consultation rencontrés en prison », il sera brièvement résumé les plaintes couramment rencontrées à la prison de Champ-Dollon de Genève. La seconde partie de ce document, destinée à discuter des résultats donnés dans la première partie, proposera quelques hypothèses qui mettent en lien les caractéristiques de la population carcérale et les motifs de consultations effectivement rencontrés en prison.

### 1.1.2 Motifs de consultation rencontrés en prison

Comme développé précédemment, le milieu carcéral englobe une population très hétérogène. En plus de cette variété populationnelle, la qualité de vie des pensionnaires des établissements pénitentiaires est bien différente de celle des personnes en liberté. Plusieurs éléments nous mènent à penser que les motifs de consultation aussi différent passablement de ceux retrouvés dans les autres milieux. Les affections somatiques courantes de la détention sont assez similaires à celles rencontrées dans les centres de soins médicaux pour marginaux, personnes défavorisées ou déstructurées socialement, qui ne font que rarement appel aux structures sanitaires classiques (médecin de famille, réseaux de santé).<sup>5</sup> Tout d'abord, soulignons le fait que **la prison est un lieu clos** où les détenus sont confinés dans de petits espaces. Ceci relève la problématique des maladies infectieuses : comment éviter les épidémies dans ce milieu fermé et rapproché ? Ensuite, le milieu carcéral est objectivement un environnement oppressant qui stimule les accès de violence, où l'individu privé de liberté est soumis à une autorité qui exerce des mesures disciplinaires contraignantes. Le prisonnier se retrouve isolé dans un univers menaçant où il est confronté à la répression, à la pression des groupes de prisonniers influents, aux risques de violence ainsi qu'à ses propres angoisses et à sa solitude.<sup>4</sup> Il est donc compréhensible que vivre dans un tel endroit puisse mener à des troubles d'ordre psychiatrique tels que les dépressions, qui peuvent amener à des tentatives de suicide, ou encore à la toxicomanie. Il ne faut toutefois pas oublier que les personnes mises en détention sont souvent déjà précarisées et peuvent fréquemment être atteintes de maladies psychiatriques avant l'incarcération. Ces aspects de la prison poussent les médecins à devoir s'adapter aux particularités qu'affiche la communauté carcérale.

La section précédente de ce chapitre détaille les particularités de la population carcérale et explique pourquoi ces particularités doivent être étudiées et comprises pour mettre en place un système de soins adapté aux spécificités de la santé en prison. Dans cette section, toujours en nous basant sur Genève et son établissement de détention le plus grand, Champ-Dollon, nous détaillons brièvement les plaintes médicales des détenus rencontrées le plus couramment. La partie deux de ce document s'attèlera à émettre quelques hypothèses qui relieront caractéristiques populationnelles et prédominances des motifs de consultation.

---

<sup>5</sup> Référence : Revue Médicale Suisse, *La médecine générale en milieu de détention*, D. Beer B. Gravier, Numéro : 3088.

(A)	<b>UNITE MEDICALE A LA PRISON DE CHAMP-DOLLON</b>	
	Médecin adjoint	Dr Dominique BERTRAND
	Consultations de médecine générale	5'382
	Consultations de psychiatrie et psychologie	4'000
	Soins et prestations infirmières	Evaluation 48'224
	Consultations spécialisées (dont médecine dentaire 789)	1'490
	Constats de lésions traumatiques	115
	<i>Actions de prévention :</i>	
	- Consultations antenne toxicomanie et alcool	297
(B)	<b>UNITE CELLULAIRE HOSPITALIERE</b>	
	Médecin adjoint	Dr Dominique BERTRAND
	Médecin cheffe de clinique	Dre Bernice ELGER
	Entrées	129
	Jours d'hospitalisation	1'278
(C)	<b>UNITE CARCERALE PSYCHIATRIQUE</b>	
	Médecin responsable	Dr Gérard NIVEAU
	Médecins chefs de clinique	Dr Michel DUDOUIT Dr Sébastien CONSCIENCE
	Entrées	122
	Jours d'hospitalisation	1'762

*Table 1.1.2.1 : Statistiques décrivant le nombre de consultations par secteur. (A) Nombre de consultations ambulatoires effectuées au service médical de Champ-Dollon. (B) Nombre d'entrées hospitalières effectuées à l'Unité Cellulaire Hospitalière (UCH), aux sous-sols des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), dans le domaine des soins hospitaliers somatiques. (C) Nombre d'entrées hospitalières d'ordre psychiatriques effectuées à l'Unité Cellulaire Psychiatriques (UCH) dans l'enceinte de Belle-Idée.* <sup>6</sup>

La table 1.1.2.1 est tirée du rapport d'activité de l'unité de médecine communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) en ce qui concerne l'année 2006. Comme nous le verrons plus loin, à Genève, les services sanitaires des établissements de détention sont rattachés à l'administration des HUG. Cet état est conforme avec les préceptes du Conseil de l'Europe (comme nous le verrons également plus loin) qui recommandent que les unités de soins pénitentiaires soient indépendantes de l'administration judiciaire et pénitentiaire (principe

<sup>6</sup> Référence : *Rapport d'activité 2006 de l'Unité de médecine communautaire*, Hôpitaux Universitaires de Genève



d'indépendance). La figure résume le nombre de consultations (A) au **service médical de Champ-Dollon**, qui fournit des prestations sanitaires générales et spécialisées en ambulatoire, (B) à **l'Unité Cellulaire Hospitalière (UCH)**, dans les sous-sols des HUG, qui constitue l'unité hospitalière des soins d'ordre somatique et (C) à **l'Unité Cellulaire Psychiatrique (UCP)**, qui constitue le penchant psychiatrique des soins hospitaliers et se situe dans l'enceinte de Belle-Idée. Dans les sections qui suivent, nous aurons l'occasion de développer plus profondément le fonctionnement de l'administration pénitentiaire et de l'administration sanitaire en prison.

La table 1.1.2.2 est tirée de l'article *Médecine en milieu pénitentiaire* du 20 juillet 2005, et analyse la distribution des consultations pour les années 2003 et 2004. Il est intéressant de noter que les soins dentaires représentent un grand nombre de consultations. On pourrait faire un corolaire avec la prévalence de toxicomanie dans la population carcérale, associée à des problèmes de la dentition. Il est aussi envisageable de lier ce

Statistiques	2003	2004
<b>Consultations de médecine générale</b>	4'681	5'319
<b>Consultation en psychiatrie et psychologie</b>	3'323	3'470
<b>Soins et prestations infirmières</b>	30'997	39'598
<b>Consultations spécialisées</b>		
→ Médecine dentaire	726	805
→ Chirurgie	27 ( ? )	65
→ Ophtalmologie	50	51
→ ORL	5( ? )	36
→ Dermatologie	-	40
<b>Physiologie</b>		
<b>Constats de lésions traumatiques (violence)</b>	200 (7.8%)	174 (7.3%)

Table 1.1.2.2 : Précisions quant au nombre de consultations effectuée à l'unité médicale de la prison de Champ-Dollon en 2003 et 2004 <sup>7</sup>

fait au niveau moyen de précarité vécue par la population carcérale avant l'incarcération, et donc à la difficulté d'accéder à des soins dentaires dans une sous-communauté fragilisée. On relèvera aussi les chiffres qui concernent les consultations d'ordre psychiatrique, et qui mettent en évidence la fréquence de ces problèmes. On mettra aussi l'accent sur l'augmentation notoire globale des consultations entre 2003 et 2004, qui trouve tout son sens si l'on considère la surpopulation grandissante à Champ-Dollon. Etonnamment, les constats de lésion traumatiques, directement associées à des épisodes de violences (création de sous-communauté influentes dans la population de prisonniers, révoltes, émeutes, etc.) semble diminuer sur ces 2 ans. On pourrait se demander si l'augmentation des ressources humaines sécuritaires, parallèle à l'augmentation de la population incarcérée fournit un moyen de justifier ce fait troublant.

Nous avons rencontré plusieurs professionnels de la santé qui travaillent dans le milieu carcéral. Nous avons été intéressés, même si ces informations ne portent pas de valeur statistiques, de connaître leur avis. Bien entendu, ces professionnels étant en charge de services différents, leurs expériences varient.

La Dresse Anne-Sylvie Steiner, cheffe de clinique à l'unité médicale de la prison de Champ-Dollon, nous explique l'importance que prennent les problèmes de toxicomanie et d'addictions.

« Je crois qu'en premier lieu, [lorsqu'on me pose la question de savoir quels types de pathologies sont prépondérantes en prison], viennent les problèmes de toxicomanie ; donc de dépendances, aussi bien à l'héroïne qu'à la cocaïne, qu'au THC. Aussi, [il y a] pas mal de problèmes d'alcool et de tabagisme évidemment. Et puis la dépendance aux benzodiazépines ; on a beaucoup de gens qui sont sous traitement, enfin, sous prise chronique – plutôt – de benzodiazépines. C'est assez spécifique selon l'endroit d'où ils

<sup>7</sup> Référence : *Médecine en milieu pénitentiaire*, M. Bindschedler, P. Guilbert, P. Sebo et D. Bertrand

*viennent en fait. Les Nord-Africains ont plutôt des problèmes avec les benzodiazépines, les Russes plutôt avec l'héroïne, les [autres] Africains plutôt avec la cocaïne. Ce n'est pas strict du tout, mais il y a des tendances générales. »*

La Dresse Steiner précise que la prise de substances a des répercussions sur la santé générale du patient et contribue à favoriser l'apparition de troubles typiques.

*« [On rencontre surtout] toutes les pathologies qui sont liées à la prise de substances, c'est à dire les hépatites, surtout les hépatites C qui sont liées à la toxicomanie 'i.v.'. On a quand même une assez grande population atteinte de HIV, mais pour la plupart, c'est plutôt lié à leur appartenance à des groupes sociaux particuliers et à leur provenance, donc avant l'incarcération. Il y a quelques cas de tuberculose, liés à la population migrante et à la précarité de la prison, mais c'est relativement peu fréquent. Et puis bien sûr toutes les pathologies psychiatriques, liées à la consommation de substances, notamment, et au fait que souvent les délits sont associés à des troubles psychiatriques ; [d'autre part il est probable de développer des troubles mentaux] dans le cadre de l'incarcération, et à cause de la promiscuité avec, [imaginez] cinq autres personnes dans la cellule et toute l'angoisse liée à l'isolement. Pour ces gens qui à l'extérieur n'avaient pas de problèmes graves au niveau psychiatrique, ces conditions peuvent en déclencher. »*

Nous avons aussi rencontré une interne <sup>8</sup> qui travaille à l'Unité Cellulaire Hospitalière (UCH) et qui s'occupe donc des troubles qui nécessitent des interventions hospitalières.

*« Il y a plusieurs types de pathologies différentes [ici]. Il y tout d'abord tout ce qui a trait à la chirurgie. [Des patients] qui sont souvent jeunes, donc. Ça peut être de la chirurgie orthopédique, ça peut être des hernies, enfin, d'autres problèmes comme ça. Il y a beaucoup d'interventions orthopédiques [pour] des patients qui se sont fracturé quelque chose. Ça c'est aussi fréquent. Il y a par moment – c'est fluctuant – des 'Body Pack Syndrome', ça se sont des gens qui ont ingéré des boulettes de cocaïne ou d'autres drogues. [Ces personnes] restent dans notre unité jusqu'à ce qu'ils aient extériorisé toute la drogue. Et après, il y a quand même des cas de médecine interne, par exemple actuellement on a un patient qui a un cancer et qui reçoit un traitement ici. »*

Du côté de la psychiatrie, c'est le Dr. Ariel Eytan, responsable de l'Unité de Psychiatrie Pénitentiaire (UPP) qui nous renseigne sur les troubles psychiatriques communément vus dans le milieu carcéral.

*« Il y a deux choses particulièrement intéressantes en psychiatrie pénitentiaire, c'est d'une part, contrairement à la psychiatrie comme elle est organisée d'habitude, qu'on a toutes les tranches d'âge. Ça va des tout jeunes jusqu'à des plus âgés. On n'a pas de séparation par rapport à l'âge, donc le dénominateur commun c'est vraiment d'être en privation de liberté pour une période plus ou moins longue. Et deuxièmement, on a aussi tous les types de pathologies psychiatriques qui sont représentés. Alors en gros, si on veut schématiser, il y a des personnes qui ont des troubles psychiques qui sont préexistants et qui peuvent avoir joué un rôle dans le délit ou dans le crime qui a été commis, et il y a des personnes qui n'avaient pas de troubles mentaux avant, mais qui sont en crise ou qui dépriment ou qui ont des angoisses en raison de l'incarcération. »*

---

<sup>8</sup> Cette personne n'a pas souhaité qu'on révèle son identité.

Cette section donne un bref aperçu des motifs de consultation fréquemment rencontrés en prison. La moyenne d'âge, notoirement basse, la large prédominance masculine, mais aussi la diversité des ethnies constituent ensemble les critères individuels qui font de la population carcérale de Champ-Dollon une communauté bien différente de la communauté Genevoise. Ainsi, comme on peut naturellement s'y attendre, les problèmes de santé liés à ces caractéristiques et liés aux conditions de vie relativement précaire et au rapprochement des individus rentrent dans des catégories très spécifiques au monde de la prison.

Le deuxième chapitre est destiné à la description de la vie en prison et particulièrement à celle vécue dans le contexte du soin. Pour mieux s'y plonger, il propose un bref tour d'horizon du système carcéral en décrivant d'abord les structures pénitentiaires, qui accueillent les prévenus et condamnés, puis les unités de soins destinées à ce milieu. La dernière section du chapitre 2 terminera cet aperçu par quelques témoignages des professionnels de la santé qui résument l'intégration du système de soin dans l'administration pénitentiaire, ainsi que quelques méthodologies adaptées à la prise en charge médicale des personnes privées de liberté.

## 1.2 Infrastructure carcérale et de médecine pénitentiaire

### 1.2.1 Section 1 : Système judiciaire et administration carcéral

Comme nous l'avons déjà dit, ce document cible principalement les problématiques de santé carcérale à Genève et tout en essayant de les remettre dans un cadre plus large suisse, voire européen. Pour prendre convenablement conscience de l'ampleur des problématiques et prendre le soin d'y porter un œil analytique mais précautionneux, il convient de se pencher sur l'administration du système pénitentiaire de Genève, et d'essayer d'en tirer une représentation organisée. Nous ferons donc attention, tout au long de nos explications, de se rappeler les instances desquelles dérivent les différents dispositifs mentionnés : d'abord, le **service de Champ-Dollon**, objet de

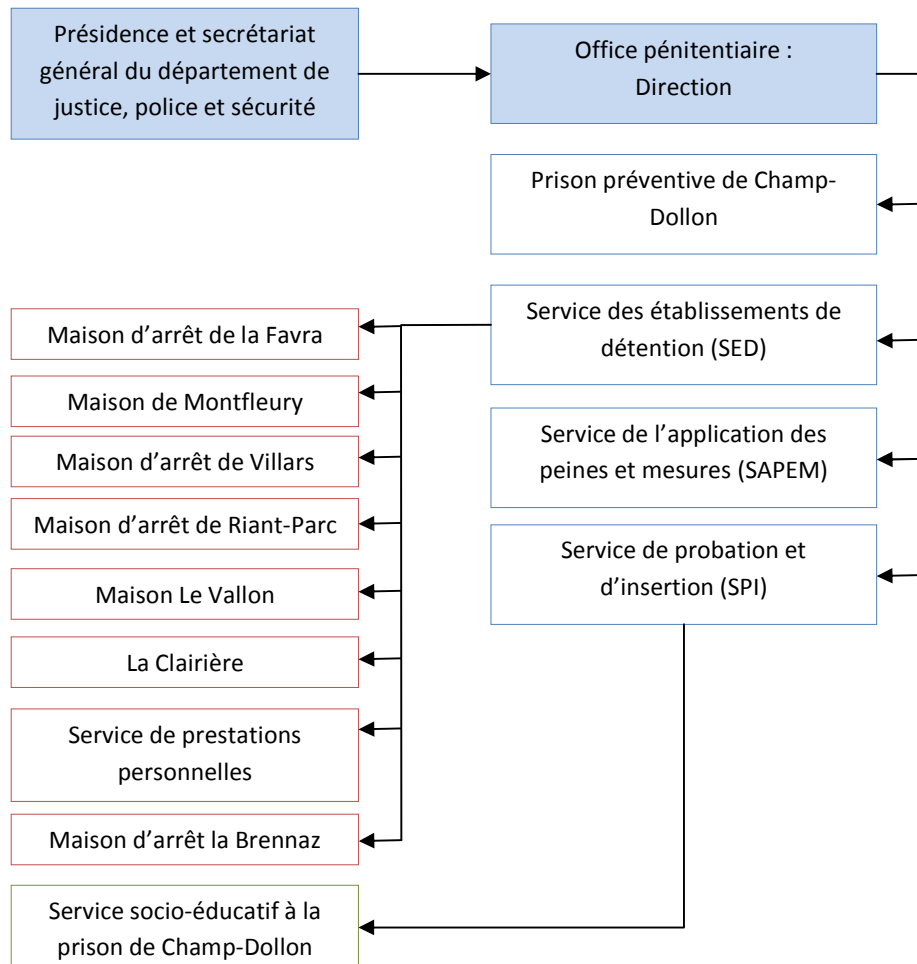


Figure 1.2.1.1: Organigramme représentant les instances administratives pénitentiaires ainsi que les liens entre elles.

notre observation populationnelle, le premier maillon du schéma carcéral et l'interface entre l'interpellation et la condamnation ; ensuite le **Service de l'Application des Peines et Mesures (SAPEM)** et le **Service des Etablissements de Détention (SED)**, organes qui, respectivement, définissent les modalités des peines prononcées à l'encontre des adultes et accueillent les personnes condamnées. Nous terminons la première section de ce chapitre par un court aperçu du **Service de Probation et d'Insertion (SPI)** qui a pour mission de mettre en place les appareils qui encouragent la réinsertion des détenus. Ces quatre services possèdent tous un cahier des charges précis (au moins dans la théorie) et sont instances de l'Office pénitentiaire. Ce dernier est chargé de mettre en œuvre une politique pénitentiaire cohérente et homogène. Elle exerce un contrôle hiérarchique sur les activités de ses divers services et représente le canton de Genève dans le cadre des structures concordataires mises sur pied en

matière d'exécution de peines et mesures par la Conférence latine des chefs de départements de justice et police.<sup>9</sup> L'organigramme de la figure 1.2.1.1 met en lien ces dispositifs et aide à comprendre le fonctionnement des instances pénitentiaires. La deuxième section de ce chapitre permettra d'introduire dans ce schéma les divers services sanitaires ou médicaux. Nous verrons que comme recommandé par le Conseil de l'Europe (entre autres), ces appareils sont indépendants de l'administration carcérale.

La prison de Champ-Dollon a ouvert ses portes en 1977 dans la campagne de la commune de Thônex, bien retirée du centre de l'activité urbaine genevoise. Auparavant, les détenus n'étaient pas mis à l'écart de la collectivité, mais étaient incarcérés à la prison St-Antoine, au centre de la ville. La vocation primordiale de l'établissement est d'accueillir les personnes placées en détention préventive (i.e. : les prévenus), c'est-à-dire en attente de jugement. La prison peut aussi accueillir les personnes pour qui une sentence a été prononcée (i.e. : les condamnés) dans les cas où il s'agit (1) de condamnés en attente de transfert, (2) de détenus à titre extraditionnel, (3) les condamnés sur autorité fédérale et (4) les condamnés sur application du droit pénal ordinaire ou militaire, à des peines de 3 mois au plus.<sup>10</sup> Actuellement, les prévenus représentent 80 pourcents des personnes privées de liberté à Champ-Dollon.

Etablissements SED	Rôles
Maison d'arrêt de Villars	Courtes peines hommes
Maison Le Vallon	Fin de peine hommes
Maison Montfleury	Fin de peine hommes
Maison d'arrêt de Riant-Parc	Courtes peines, fin de peine femmes et mineures filles.
Centre La Clairière	Préventive et mandats d'observation pour mineurs.
Maison d'arrêt de Favra	Détention ordinaire pour les détenus de droit commun condamnés en vertu de l'art 37 CPS
Maison d'arrêt de la Brennaz	Détention ordinaire pour les peines inférieures à 3 ans.

Table 1.2.1.2 : Rôle des établissements pénitentiaires dont dispose le SED.<sup>1</sup>

Une fois que la sentence d'un individu interpellé est prononcée, d'autres prisons prévues pour des peines de moyenne et longue durées prennent le relais. Les détenus sont donc transférés dans d'autres régions de Suisse, pourvues de pénitenciers d'exécution de peine, suivant un concordat inter-cantonal. Malheureusement, l'engorgement que nous observons actuellement dans ces établissements a pour conséquence une élongation de l'attente avant les transferts, et ces délais supplémentaires, à leur tour, tendent à accentuer l'augmentation de la population incarcérée. La prison de Champ-Dollon étant un centre de détention préventive, le premier maillon de la chaîne après

l'interpellation d'un individu, elle se trouve dans l'impossibilité de refuser d'accueillir de nouveaux pensionnaires. La surpopulation qui découle logiquement de cette situation mène à plusieurs difficultés : d'une part, au niveau sécuritaire, un plan qui doit être renforcé pour maintenir un niveau d'efficacité adéquat ; d'autre part, au niveau sanitaire, plus de patients pour une équipe soignante restreinte – et plus largement le personnel gardien et administratif – et l'augmentation des risques de transmission de maladies infectieuses. En outre, sur le plan humain, l'atmosphère générale pâtit de la promiscuité.

La prison de Champ-Dollon est subdivisée en deux parties. La première est *l'Aile Sud*, appelée « partie libre », car les détenus prennent leur repas du midi et du soir ensemble, dans les couloirs qui mènent aux cellules. La seconde est une partie fermée, *l'Aile Nord*, où le détenu est maintenu en cellule 23 heures sur 24. Ce dispositif est destiné aux détenus venant d'être incarcérés (période d'observation, repérage des comportements inadaptés à

<sup>9</sup> Référence internet : Site internet de l'Etat de Genève, rubrique pénitenciers, <http://www.geneve.ch/penitent/>

<sup>10</sup> Référence internet, Site Internet de la prison de Champ-Dollon : <http://www.geneve.ch/penitent/champ-dollon/>

la vie en communauté, etc.), aux détenus présentant des risques (détenus violents, instables, etc.) et aux détenus qui ne veulent pas se mêler au reste de la population carcérale<sup>11</sup>. Une promenade quotidienne d'une heure leur est accordée, sur un parcours différent des promenades habituelles.

Les Violons du Palais de Justice (VPJ) sont annexés à Champ-Dollon, mais uniquement pour les horaires nocturnes (entre 18h00 et 7h00). Depuis le 1<sup>er</sup> août 2005, ce système permet une limitation des entrées et sorties de la prison durant ces heures. Y passent également les détenus se rendant à certaines consultations médicales spécifiques, comme les consultations chez le dentiste.

Notons enfin que les personnes incarcérées à Champ-Dollon ont accès à un service religieux, dans lequel sont disponibles des aumôniers(ères) de l'église catholique romaine, des pasteurs de l'église protestante et un imam de la mosquée du Grand-Saconnex. Il leur est aussi possible de disposer d'une bibliothèque, un établissement sous la responsabilité des Bibliothèques Municipales de la Ville de Genève. Le personnel surveillant va y chercher des livres pour les détenus.

Ordinairement, les personnes prévenues sont incarcérées à Champ-Dollon, le temps que leur sentence ait été prononcée. Lorsque cela est fait, le SAPEM se charge alors « de (1) recevoir les peines privatives de liberté de la part des tribunaux pénaux genevois, (2) les mesures et les peines avec sursis et règles de conduite, et (3) en vertu du Code Pénal Suisse et du droit concordataire romand, fixe les modalités des sanctions prononcées à l'encontre des personnes en plaçant les condamnés dans les établissements d'exécution de peine »<sup>12</sup>. Le SED est le service qui se charge de recevoir les détenus dans les établissements d'exécution de peine. Pour cela, le SAPEM et le SED disposent d'établissements de détention sur le territoire genevois et à moindre mesure, sur le territoire suisse (concordat inter-cantonal). On choisit l'établissement qui va recevoir un détenu quelconque, en fonction de critères personnels. La table 1.2.1.4 liste ces établissements et leurs rôles respectifs.

Ouvert depuis peu, le pénitencier de **La Brenaz** a une capacité d'accueil de 65 personnes. Les détenus condamnés à purger de petites peines (jusqu'à trois ans) y sont transférés. **La Favra**, quant à elle, dispose de 25 places et accueille les condamnés à des peines de durée moyenne.

Le centre éducatif de **La Clairière** a pour fonctions la détention et l'observation des mineurs (30 places disponibles). Cet établissement a été séparé de Champ-Dollon deux ans en arrière ; malgré cette scission, la sécurité y est toujours assurée par des gardiens de la prison.

<b>Le secteur socio-éducatif de Champ-Dollon, qui permet aux prévenus et détenus de bénéficier d'un soutien social et d'accéder à des formations de base</b>
<b>Le secteur post-pénal/post carcéral, dont l'activité est de soutenir et d'accompagner socialement les personnes sortant de prison</b>
<b>Le secteur d'adaptation, d'insertion professionnelle et d'intendance</b>
<b>Le secteur d'animation et d'hébergement</b>
<b>Le secteur administratif et comptable</b>

Table 1.2.1.3 : Différents secteurs composant le SPI

Le SPI, Service de Probation et Insertion se charge de mettre en œuvre les dispositifs qui favorisent la réinsertion des détenus et ex-détenus. Il fournit des programmes qui donnent accès à des formations professionnelles de base, et soutient les individus sortant de prison face au « choc de la libération ». Il met aussi en place un système d'hébergement pour les personnes qui ne pourraient pas trouver de domicile. Le SPI est donc décliné en plusieurs secteurs qui sont résumés dans la table 1.2.1.3.

<sup>11</sup> Les « Cols-Blancs », dans le jargon carcéral, désigne les prisonniers dont les motifs d'incarcération ont attiré à des délits de finances. Ces personnes ont tendance à faire la demande de rester dans la partie fermée afin de ne pas être mêlés à la population carcérale.

<sup>12</sup> Référence Internet : Site Internet de la prison de Champ-Dollon, <http://www.geneve.ch/penitent/champ-dollon/>

## 1.2.2 Appareils sanitaires des prisons

Le canton de Genève est conforme aux recommandations du Conseil de l'Europe sur le point de l'indépendance des systèmes médicaux (ce qui n'est pas le cas de tous les cantons de Suisse). Ainsi, les services sanitaires mis à la disposition des détenus sont gérés par l'administration des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Les liens qui unissent ces services aux établissements de détention (et aux services pénitentiaires dont ils sont instance) sont essentiellement organisationnels et géographiques. Au cours de cette section, nous décrivons la structure de l'administration de la médecine pénitentiaire. Il est à remarquer que ce secteur possède une organisation semblable à celle du secteur pénitentiaire décrit dans la section précédente. Il faudra aussi se souvenir que l'agencement des secteurs de soins (comme les secteurs pénitentiaires) est en permanente restructuration.

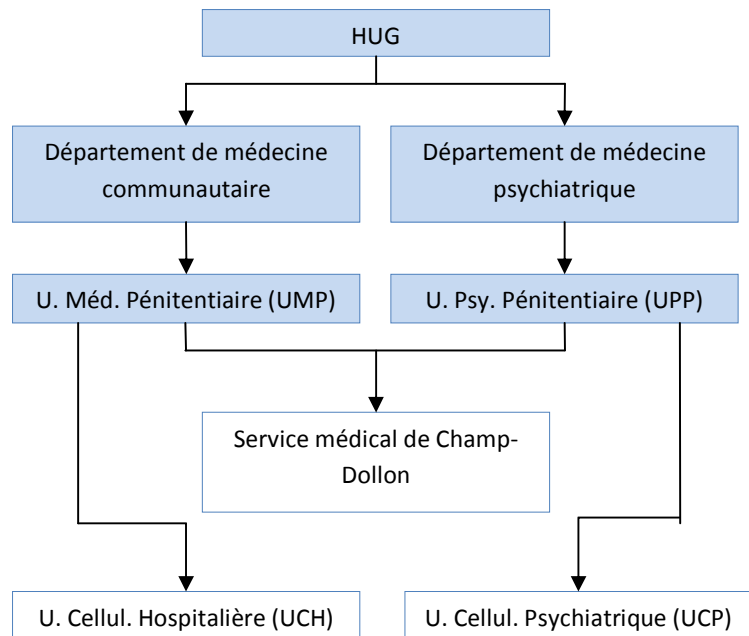


Figure 1.2.1.3 : Représentation schématique de l'organisation du système de soins pénitentiaires.

Les services médicaux pénitentiaires de Genève sont intégrés dans la structure des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et fonctionnent de manière indépendante vis-à-vis des autorités judiciaires et de la direction des prisons. Des restructurations récentes ont mené en 2007 à la création d'un **Centre de Médecine Pénitentiaire** intégrant l'**Unité de Médecine Pénitentiaire (UMP)** et l'**Unité de Psychiatrie Pénitentiaire (UPP)**<sup>13</sup>. Alors que l'UMP est rattachée au département de médecine de premier recours, l'UPP est reliée au département de psychiatrie. Ces unités se retrouvent au sein de quatre structures : (1) le **service médical de la prison de Champ-Dollon**, (2) le **service médical au centre de détention pour adolescents « La Clairière »**, (3) l'**Unité Cellulaire Hospitalière (UCH)** et (4) l'**Unité Cellulaire psychiatrique (UCP)**. Les deux premiers établissements sont des centres de soins ambulatoires qui se situent respectivement dans le bâtiment principal de Champ-Dollon et au centre de détention pour adolescents. Ces services se chargent de répondre aux besoins médicaux des détenus, qui ne nécessitent pas d'être hospitalisés. Ils s'occupent sur place des plaintes locales en médecine générale et à un moindre degré, en psychiatrie, et du suivi des patients ambulatoires, en organisant des consultations en cabinet selon des règles précises, requises par la nature sécuritaire de la détention. Lorsque l'état d'un patient incarcéré nécessite une prise en charge hospitalière, on organise pour lui un transfert vers les unités carcérales hospitalières.

<sup>13</sup> Référence internet : Site internet des HUG, rubrique médecine pénitentiaire, [http://premier-recours.hug-ge.ch/medecine\\_penitentiaire.html](http://premier-recours.hug-ge.ch/medecine_penitentiaire.html)



Si la nature du trouble rencontré est d'ordre psychiatrique, le patient est transféré à l'UCP, qui se trouve dans l'enceinte de Belle-Idée. Sinon, il est transféré à l'UCH, qui se trouve, elle, dans les sous-sols des HUG.

Si l'on considère la santé dans son sens le plus global, il est impossible de terminer cette section sans mentionner le service socio-éducatif de la Pâquerette. Bien que nous ayons décidé d'en parler dans la section consacrée aux services médicaux en détention, il serait faux de considérer la Pâquerette comme une annexe du Centre médical pénitentiaire. Toutefois, il serait encore plus faux de l'associer à l'administration de Champ-Dollon. La Pâquerette a pour fonction d'aider à la réinsertion future des détenus à travers l'apport de conseils et l'élaboration de projets sociaux et professionnels. Cette « prison dans la prison », gérée par les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), accueille les détenus atteints de désordres graves de la personnalité et en fin de longue peine.

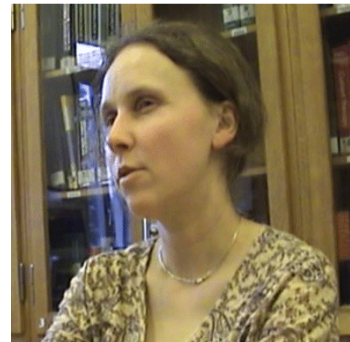
Il est important d'insister sur le fait que les services médicaux des lieux de détention à Genève ne sont pas soumis à l'administration judiciaire ou à l'administration des pénitenciers, et cela en respect du principe d'indépendance dont il sera question au prochain chapitre. Ainsi, on peut figurer l'agencement des services médicaux en parallèle des services pénitentiaires.

### 1.2.3 Prise en charge des détenus

Dans la dernière section de ce chapitre, consacré à l'infrastructure carcérale et médicale, il nous semble intéressant de rentrer plus en détails dans le fonctionnement des unités de soins, et les méthodes de prise en charge des patients incarcérés. La majeure partie des informations présentes ici sont tirées d'entretiens avec des acteurs de la santé en détention. La première partie de ce document étant destinée à fournir des



**Dr Ariel Eytan**, responsable de l'Unité de Psychiatrie Pénitentiaire



**Dresse Anne-Sylvie Steiner**, cheffe de clinique à l'unité médicale de Champ Dollon

informations objectives, cette section est formatée à la manière d'éléments de discussions retranscrits littéralement des entretiens, distingués de courts paragraphes explicatifs. Dans la seconde partie du document, nous proposons une discussion subjective traitant de la prise en charge médicale en milieu carcéral, lorsque viendra le moment de prendre connaissance des obstacles contraignant une prise en charge parfaitement adéquate.

Nous avons eu la chance de pouvoir visiter l'enceinte de Champ-Dollon et d'y rencontrer le Dr. Bertrand, médecin-adjoint à l'UMP, qui travaille au service médical de Champ-Dollon, et nous a éclairés sur le rôle de l'Unité de Médecine Pénitentiaire :

« [C'est une] unité médicale intégrée à la vie carcérale. [L'UMP est concernée par] toute activité de médecine somatique adulte. [...] Toute personne arrivant à Champ-Dollon est vue à l'étage par une infirmière, [qui] peut si nécessaire référer le patient au médecin local de premier recours du service. [Ou alors], ces personnes peuvent être aiguillées vers des spécialistes, comme un physiothérapeute, un psychiatre, etc. [...] [L'UMP est] un peu organisée comme une policlinique. »



Policlinique dont l'équipe est composée d'infirmières, de médecins de premier recours, de spécialistes... ; certains travaillent sur place en permanence, d'autres sont présents quelques mois à l'occasion d'un tournus (notamment pour les internistes).

Il existe différentes voies à la prise en charge d'un détenu qui exprime une plainte. La première est celle des urgences.

« [Lorsqu'un détenu a une urgence, il le] signale aux gardiens, qui appellent l'infirmière qui descend sur place. Les choses peuvent être faites très rapidement. [Pour des cas comme] Une tentative de suicide, une overdose [...] nous descendons tout de suite le brancard. Il y a toujours quelqu'un présent qui est prêt à s'occuper des urgences les plus stressantes. »

Les gardiens sont donc les premiers interlocuteurs auxquels les détenus adressent leurs plaintes et peuvent alors participer à l'évaluation de la vitesse à laquelle des soins devront être fournis. A Champ-Dollon, la présence continue d'une infirmière à l'étage permet d'assurer des soins à toute heure.

La deuxième voie de prise en charge concerne les plaintes moins urgentes. Tout d'abord, il existe un système de courrier interne dans la prison entre les prisonniers et le corps médical. Lorsqu'un détenu souhaite soumettre une demande de consultation, il y a à sa disposition des formulaires qui lui permettent d'exprimer sa plainte. Ceux-ci, récoltés quotidiennement, sont ensuite transmis à l'UMP où ils sont lus et classés par ordre d'urgence par les infirmières. Par ailleurs, il y a aussi, lors de la distribution des médicaments - qui se fait tous les jours- que les soignants peuvent avoir un aperçu de l'évolution de l'état de santé des détenus.

« Les médicaments sont distribués via des tournées qui sont aussi des opportunités pour des échanges avec les gardiens. »

L'Unité de Médecine Pénitentiaire peut être vue au premier abord comme un petit hôpital dans la prison, situé au quatrième étage de l'Aile Nord de Champ-Dollon. Cependant, comme le souligne le Dr. Bertrand :

« L'UMP n'est pas une infirmerie. C'est une unité ambulatoire. Ici, nous sommes chez les gens. »

Ceci rejoint l'idée que les soins apportés en milieu carcéral peuvent être comparés à un réseau de soins à domicile organisé autour d'une communauté spécifique. Relevons également le fait qu'une grande proportion des personnes privées de liberté n'a pas toujours pu avoir accès à une prise en charge médicale à l'extérieur, avant l'incarcération, sans accès à un système d'assurance, ou de papiers en règle. Une fois incarcérée, une personne aura accès à des soins, quel que soit son statut asséculologique : l'assurance prend les frais en charge de la même manière qu'en milieu libre, si le détenu dispose d'une assurance, et sinon, des fonds étatiques sont libérés. Les HUG peuvent aussi financer les soins apportés à certains détenus.

Penchons-nous à présent sur l'Unité Carcérale Hospitalière, le pendant hospitalier de l'UMP. Y sont transférés les urgences médicales, ainsi que les détenus nécessitant des examens complémentaires, ou des interventions lourdes.

Pour mieux comprendre l'organisation de cette petite sous-unité de l'UMP (10 lits à disposition dans les sous-sols des Hôpitaux Universitaires de Genève), nous avons rencontré une interne<sup>14</sup> ayant travaillé plusieurs mois à l'UCH à l'occasion du tournus organisé en médecine interne, qui décrit l'UCH comme une section de médecine interne « classique », mise à la disposition de la population incarcérée :

« [Nous avons] le même matériel que dans les étages de médecine interne. On peut faire certains gestes, on peut faire des ponctions lombaires, des ponctions pleurales. [...] Certains patients restent très peu de temps, parce qu'ils viennent pour des petites investigations. [...] Après, s'il y a des complications, le patient est obligé d'être hospitalisé. »

Une différence notable entre l'UCH et le reste de l'hôpital tient aux conditions sécuritaires inhérentes à la prison :

« Un patient peut, par exemple se casser le plateau tibial, et doit rester trois mois en décharge complète, donc il ne peut pas du tout poser sa jambe par terre [...] si c'est quelqu'un qui n'est pas emprisonné, il rentre à la maison et ne bouge pas beaucoup. Mais on ne peut pas être en décharge complète à Champ-Dollon pour des raisons de sécurité ; donc c'est un patient qui va probablement rester ici deux à trois mois. »

En-dehors de l'UMP, qui se destine à la médecine somatique, le Centre de médecine pénitentiaire supervise également, depuis la réforme récente mentionnée auparavant, les activités des Unités de Psychiatrie Pénitentiaire et Carcérale Psychiatrique via l'UPP.

Le Dr. Eytan, responsable de l'UPP, a bien voulu nous consacrer du temps, afin de nous expliquer l'organisation et le fonctionnement de l'Unité de Psychiatrie Pénitentiaire :

« L'UPP, c'est l'Unité de Psychiatrie Pénitentiaire, qui comprend plusieurs dispositifs et plusieurs lieux. On s'occupe des consultations de psychiatrie et de psychologie à Champ-Dollon et également à la Brennaz [...] et aussi des consultations psychiatriques et psychologiques à La Clairière, qui est la prison pour mineurs. On dispose également de l'UCP, qui est l'Unité Carcérale Psychiatrique, donc un lieu d'hospitalisation psychiatrique sur le site de Belle-Idée, qui est une unité de 7 lits pour des personnes en crise psychiatrique aiguë ayant besoin de soins intra-hospitaliers. »

« La mission initiale [de l'UCP], c'était de faire des hospitalisations brèves, de crise, comme on le fait dans les unités de psychiatrie adulte générale [...] des hospitalisations qui vont de trois jours à trois semaines. [Cependant], il y a un petit nombre de personnes qui ont des troubles psychiatriques tellement sévères qu'on ne peut pas raisonnablement imaginer qu'elles soient à Champ-Dollon. Donc on les garde longtemps à l'UCP, parce qu'elles ont vraiment besoin de soins psychiatriques constants. »

Depuis la séparation des prises en charge somatique et psychiatrique datant du 1<sup>er</sup> Janvier 2007, l'Unité de Psychiatrie Pénitentiaire a élargi son rayon d'action. Le Dr. Eytan nous parle du projet Curabilis, une nouvelle subdivision de l'UPP.

« [L'UPP] s'occupe aussi d'un projet, le projet Curabilis, qui sera un établissement de 60 lits pour les personnes faisant l'objet de mesures, donc les personnes qui auront été évaluées dangereuses par les

---

<sup>14</sup> Cette personne n'a pas souhaité qu'on révèle son identité.

*autorités judiciaires et qui auront besoin de soins appropriés dans un milieu fermé. [...] Au moment où on aura Curabilis, et où l'UCP sera aussi plus grande avec plus de lits, on espère pouvoir faire des programmes différenciés pour la crise et des séjours plus longs, mais pour l'instant ils sont [pris en charge] ensemble. »*

Les consultations s'organisent selon le besoin de soins des patients : intra-hospitalières au sein de l'UCP, ou ambulatoires sur les sites de Champ-Dollon et de La Clairière. A cela s'ajoute la consultation post-pénale, qui remplit les fonctions suivantes :

*« La consultation post-pénale a deux missions. La première mission est d'assurer les traitements spécialisés pour des personnes qui font l'objet d'obligations de soins ambulatoires pour des problèmes bien spécifiques, comme des agressions sexuelles ou des problèmes de pédophilie [...]. La deuxième mission, c'est d'assurer un dispositif de soins pour les personnes qui sortent de Champ-Dollon [...]. Cette consultation jouera aussi un rôle au moment où Curabilis existera, puisque [...] un des relais des sorties de Curabilis sera la consultation post-pénale. »*

Après ce survol des branches – UMP et UPP – du Centre de Médecine Pénitentiaire, nous nous sommes intéressés à la question de la réinsertion des personnes détenues ou venant d'être libérées. Il existe une structure prévue à cet effet, le Service de Probation et d'Insertion, dont l'un des assistants sociaux y travaillant, Mr. Fragnière, a bien voulu répondre à nos questions.

*« Le Service de Probation et d'Insertion est un service rattaché au Département des Institutions et plus particulièrement à l'Office Pénitentiaire, qui répond à un article de loi où on demande à ce qu'une assistance soit apportée aux détenus libérés en vue de faciliter leur réinsertion et d'éviter la récidive. »*

Une approche « accompagnante » de la population carcérale, dans l'enceinte de Champ-Dollon, où l'on trouve un service socio-éducatif composé d'assistants sociaux disponibles sur place et dont les objectifs sont de « *parer aux urgences, essayer d'encourager les contacts avec la famille, l'extérieur, limiter l'impact de l'incarcération et [...] préparer l'après, notamment ici au SPI.* »

A côté de ce secteur spécifique, le Service de Probation et d'Insertion comporte quatre autres sous-unités : un secteur administratif, qui apporte une aide de gestion financière directe aux détenus libérés ; un secteur postpénal, qui propose un suivi par des assistants sociaux à la manière d'une aide à la réinsertion aux niveaux administratif et social ; un secteur « Job-Atelier », avec des opportunités de stages en entreprises ; et finalement un secteur d'animation et hébergement :

*« 'Animation' c'est un atelier avec de la poterie, de la menuiserie, un accès informatique pour initiation à la recherche de travail et recherche de logement. »*

*« Une spécificité genevoise par rapport aux autres services de probation en Suisse, c'est qu'on a des lieux d'hébergement. Donc on a une chambre d'urgence ici, soit pour les détenus qui sortent de Champ-Dollon et qui dans l'urgence n'ont aucun endroit où aller, soit pour des personnes qui ont perdu leur logement. Donc, il y a une possibilité de loger quelques semaines dans ces chambres d'urgence. On a aussi trois maisons et un appartement disséminés dans la ville, avec en tout une vingtaine de chambres pour des personnes en difficulté. »*

Le SPI offre donc un contexte de facilitation du retour à la vie civile libre pour les anciens détenus. Dans cette optique et surtout parce qu'il s'agit souvent de personnes extrêmement isolées, en situation précaire, M. Fragnière souligne le lien existant entre la condition sociale d'une personne et son état de santé somatique, psychique ou social. L'encadrement des personnes libérées et leur suivi (médical ou non), sont donc assurés par ce service.

«[Les individus qui viennent ici sont souvent des personnes], qui n'ont pas de travail, [...] qui n'ont plus de famille ou plus de famille accessible, qui ont des réseaux [de proches] très pauvres, [...] ont aussi souvent de gros problèmes de santé au sens large. [...] C'est vrai que c'est une population en grande difficulté avec beaucoup de personnes toxicomanes, beaucoup de rechutes [...] ou avec des addictions dans le sens large. »

A présent que nous avons survolé les différentes infrastructures qui interviennent dans la gestion et l'administration pénitentiaire, ainsi que dans l'organisation du système de soins dédié aux détenus, nous allons nous pencher sur les fondations légales et éthiques qui servent de piliers à la prise en charge médicale quotidienne, spécifique à ce milieu particulier qu'est la prison.

## 1.1 Bases éthiques et légales des traitements humains

Comme nous le verrons, le problème que nous abordons ici est délicat, car il faut le placer dans un cadre européen nouveau, datant de la seconde guerre mondiale, qui tente de réunir les Etats, eux-mêmes dirigés par un droit et une coutume interne et historique, à la courtoisie de notions communes et au respect de principes humains. Nous verrons aussi, comme c'est essentiellement l'objectif de ce document, où dans cette échelle européenne se situe la Suisse et plus précisément Genève, toujours en ciblant la prison de Champ-Dollon comme illustration du cadre suisse – quelques précautions seront d'ailleurs à prendre. Enfin, nous résumerons les cinq principes fondamentaux, qui cimentent l'agencement d'un système de soins adéquat au milieu carcéral.

Les diverses données qui décrivent les caractéristiques de la population carcérale mettent en évidence qu'il existe de grandes disparités entre les résidents des établissements pénitentiaires. Les nationalités, ainsi, mais aussi les cultures, les habitudes de vie, les croyances et les motifs d'incarcération, sont autant de paramètres qui contribuent à appuyer les contrastes individuels dans une communauté où le délit est l'unique dénominateur commun. Mêlée au cadre de privation de liberté et à ses contraintes sécuritaires, cette hétérogénéité de population justifie la nécessité de cerner les problématiques de santé qui y résident, avec un regard prudent et différent de celui porté aux problématiques du milieu général. Outre le besoin de mettre en place des services de soins taillés aux mesures de besoins médicaux spécifiques, il s'agit aussi de trouver des accommodations pour préserver le droit à la santé et éviter les intempérances affectives que l'on anticipe dans ce milieu. Le problème est complexe, car en plus de servir la sécurité du peuple, les prisons dépeignent les volontés de vengeance et d'exemplarité dans les consciences populaires, des exigences fortement enracinées dont il faut garder la précaution de ne pas heurter. La dispensation de soins de moindre qualité constitue-t-elle alors un axe par lequel le châtement est infligé aux criminels ? Et sinon, alors que les prisons évoquent dans les pensées plébéiennes un rôle punitif à travers la notion globale de privation, où se trouve la frontière entre le besoin et le confort médical ? Ce qui semble être une évidence n'est aujourd'hui encore qu'implanté de manière éparse. En Suisse, les règlements qui légifèrent le système de soins dans les milieux de détention ne constituent pas encore un standard décrit dans les textes de loi fédérale – et/ou européens, mais résultent plutôt de la mise en commun de textes de loi cantonaux et, comme par exemple à Genève, d'arrêtés des Conseils d'états, qui s'appuient sur les recommandations de divers organismes indépendants des états ou non. A travers les paragraphes qui suivent, nous n'exposerons que la question de la

santé en détention est enchevêtrée dans un contexte politique historique complexe et que ce contexte décrit l'implication de nombreux états européens. Il conviendra alors de dégager de ce contexte les éléments qui interviennent dans la réglementation de l'appareil sanitaire au sein des lieux de privation de liberté en Suisse, et plus précisément à Genève. Enfin, nous verrons que le système actuel ne constitue aujourd'hui qu'une ébauche d'un système définitif plus arrêté et que nombre d'améliorations sont encore à élaborer.

### 1.1.1 Contexte historique <sup>15</sup>

La position de la Suisse, lorsque se pose la question des traitements humains en détention, est à remettre dans son cadre européen d'origine. En 1945, alors que l'Europe est affligée par la destruction et la souffrance, il faut faire face à des défis politiques nouveaux. Un mouvement de l'opinion publique se dessine alors, qui espère à élaborer une unification de l'ouest du continent. En 1948, le congrès tenu à La Haye, aux Pays-Bas reprend l'idée évoquée par William Churchill, lors de son discours en 1946, à Zurich, qui appelait à la reconstruction de la famille européenne, et à la création d'instances communes à tous les états. C'est dans ce contexte que naît en 1949 le Conseil de l'Europe, la doyenne des institutions supranationales, qui fut fondée par le traité de Londres, rassemblant les signatures de dix pays fondateurs : la Belgique, le Danemark, la France, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Norvège, la Suède et le Royaume-Uni. Le Conseil de l'Europe est la première tentative d'unification des états en Europe.

Le Conseil de l'Europe œuvre en faveur de la construction européenne par le biais de normes juridiques, qui agissent selon trois axes : le renforcement de la démocratie, la prééminence du droit en Europe (i.e. : par opposition à un système arbitraire, comme celui que l'on peut observer dans une politique dictatoriale), et la protection des Droits de l'Homme. C'est ce dernier objectif qui amorcera la fourniture de la plus abondante source de documentation, sur laquelle viendront s'appuyer la majorité des réglementations qui légifèrent le système de santé en milieu de détention. Pour mettre en œuvre cet objectif, le Conseil de l'Europe se dote entre autres prérogatives de la Convention des Droits de l'Homme, adoptée en 1950 et entrée en vigueur trois ans plus tard. Premier traité élaboré par le Conseil de l'Europe, ce texte juridique est la conséquence directe de la volonté populaire de mettre en place des mécanismes communs pour empêcher le retour des conflits fratricides. En moins d'un an, la Convention rassemble de nombreux protocoles déclinés en 70 articles, visant à protéger les libertés individuelles fondamentales en y appliquant un contrôle judiciaire. Elle est rédigée par un groupe d'experts désignés par le comité des ministres du Conseil de l'Europe, qui réfèrent la déclaration universelle des Droits de l'Homme proclamée en 1948 par l'Assemblée Générale des Nations Unies. Par cette manœuvre, l'Europe « *entendait se doter non seulement d'un passeport pour la démocratie, mettant fin aux pouvoirs totalitaires qui l'avaient menée à la guerre, mais aussi adresser un message de résistance au communisme alors que la guerre froide et la division en deux blocs du continent se mettait en place* ». Neuf ans plus tard, la convention est secondée de la Cours Européenne des Droits de l'Homme (CEDH), un organe judiciaire qui lui est dédié et qui a pour but de faire respecter son contenu.

En 1987, le Conseil de l'Europe s'arme d'un nouvel instrument qui lui permettra d'appuyer encore son statut de défenseur des droits humains. Ciblant directement les personnes en détention, le *Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants* (anciennement *Comité de Prévention contre la Torture, CPT*) est un organe complémentaire à la Convention des droits de l'homme. Il est issu d'une idée formulée en 1976 par le banquier suisse Jean-Jacques Gautier. Vraisemblablement inspiré des soignants du champ de bataille de Solferino – origine des activités du Comité International de la Croix-Rouge, la proposition

---

<sup>15</sup> Les informations présentes dans cette section, ainsi que dans la section suivante « La position de la Suisse » sont tirées de diverses sources internet : Le site du Conseil de l'Europe (<http://www.coe.int>), le site du Comité de Prévention contre la Torture (CPT) (<http://www.cpt.coe.int>) et l'encyclopédie Wikipedia (<http://www.wikipedia.fr>).

se concrétise juridiquement sous la forme d'un protocole facultatif, dans le contexte de ce qui était à l'époque le projet de *Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*. La rédaction du texte a été incombée au Comité suisse contre la torture, une organisation fondée par Gautier lui-même. Le projet, soumis officiellement par le Costa-Rica en 1980, n'a jamais pourtant dépassé le stade de protocole facultatif. C'est pourquoi, suite au rapport du député français M. Noël Berrier, la Recommandation 971 fut adoptée par le Conseil de l'Europe, et il s'ensuivit quatre années de délibérations intergouvernementales qui aboutirent à l'ouverture à la signature de la Convention.

Contrairement à la Convention des droits de l'homme, qui est armée d'une cours judiciaire – la CEDH – la mission du Comité s'aligne uniquement sur **l'axe de la prévention**. Comme la plupart des instruments de ce type ne disposent pas du pouvoir pour imposer les obligations qu'ils créent, le Comité attaque le problème à la racine en instaurant des mécanismes préventifs, basés sur le principe de la visite. Etant organe intégral du Conseil de l'Europe, le Comité impose la ratification de sa Convention à tout état qui désire devenir membre du Conseil de l'Europe. Dès lors, les experts du Comité bénéficient du droit d'effectuer des visites dans tous types d'établissements de détention sur le territoire de l'état signataire. Les parties contractantes donnent « la possibilité au Comité de se rendre à son gré dans tout lieu où se trouvent des personnes privées de liberté, y compris le droit de se déplacer sans entrave à l'intérieur de ces lieux ». Par ailleurs, le Comité est tenu de notifier ses visites à l'avance, mais rien ne spécifie la durée qui doit s'écouler entre la notification et la visite, donnant au Comité un pouvoir très important sur les états.

Le mandat du Comité repose sur un certain nombre de principes. Il a pour vœux d'aider les états à renforcer la protection des personnes détenues. Lors des visites, les experts examinent les lieux de détention et le traitement des personnes privées de liberté, et, le cas échéant, ils adressent des recommandations à l'état en question pour la protection de ces personnes. Son caractère non-judiciaire implique que le Comité ne peut traduire des instances individuelles en justice et les condamner. Son seul objectif est donc de promouvoir la protection des personnes grâce à des méthodes préventives. Au cœur de ses manœuvres, le Comité se base sur un principe fondamental, celui de la coopération, qui demande aux instances nationales de collaborer avec les conseils du Comité. De ce principe découle directement celui de confidentialité, qui implique l'incommunicabilité des travaux des comités d'experts lors de leurs visites. Lorsqu'un écart à la Convention est découvert, le Comité expose ses recommandations à l'état signataire, qui doit ensuite mettre en œuvre des dispositifs suffisants pour améliorer la situation. Les travaux du comité peuvent être publiés uniquement avec l'accord de l'état investigué ou, dans le cas où il ne coopère pas ou refuse d'améliorer les conditions de détention suite à une recommandation faite par le Comité.

### 1.1.2 La position de la Suisse

Outre un nombre restreint de lois fédérales sur des thématiques spécifiques (comme par exemple la transplantation ou les tests génétiques), la santé en Suisse est aujourd'hui réglementée par des textes de lois émis à un niveau cantonal seulement. A Genève, il s'agit de la *Loi sur la Santé*, en particulier, qui décrit de la manière la plus large, les règlements auxquels le système sanitaire général est soumis. Le statut fédéral du système politique suisse donne aux états le droit de bénéficier d'une autonomie considérable quant à la gestion de leurs affaires internes, mais cela n'est pas sans générer quelques obstacles lorsqu'il s'agit de rallier les communautés au respect de principes internationaux. Les professionnels de la santé, de manière générale, sont liés par une éthique spéciale – une déontologie – qui assure que l'activité médicale soit pratiquée dans son bon exercice, au sein d'une communauté **elle-même globalement régie par la morale et le droit**. La déontologie médicale a été progressivement codifiée en Europe depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Pourtant, il existe encore de grandes variations entre les communautés, dans la pratique de l'éthique médicale, dans sa codification, ainsi que dans la juridiction qui accompagne les violations de cette éthique. Au cours des années, les écarts de certains pays

dans l'exercice de l'éthique sanitaire au sein d'autres communautés ont suscité la volonté d'unir les nations au respect de certains principes globaux, internationalement décrits comme normatifs. Ainsi, des organismes internationaux ont été créés, et ont réussi à faire reconnaître comme avantage politique, la ratification de traités et conventions qui soumettaient les états à se conformer à une réglementation standard européenne de droits et de traitements humains.

**La Suisse est devenue un état membre du Conseil de l'Europe le 6 mai 1963.** Il serait maladroit de considérer la Suisse en tant que telle comme « bonne élève » en ce qui concerne les droits humains, mais déjà auparavant, les initiatives de quelques organisations pour la mise en place de mécanismes supranationaux – telle que celles qui aboutirent à la Croix-Rouge dans la seconde partie du 19<sup>e</sup> siècle – et les vœux de certaines personnalités comme Jean-Jacques Gautier ou Henry Dunant, révèlent l'influence de ce qui est parfois appelé « l'esprit de Genève », penchant vers la construction d'instances internationales qui permettront la mise à niveau de principes éthiques communs sur le territoire européen.

Le Dr. Jean-Pierre Restellini, membre du CPT explique : *« Aujourd'hui, il n'y a [presque] pas de problème. Je ne dirais pas qu'il n'y a **aucun** problème pourtant. Je viens de vous donner un exemple assez percutant : jusqu'en 1979, c'était les étudiants en médecine de 3 et 4<sup>ème</sup> années qui s'occupaient des prisonniers [...]. Ca vous intéresse peut-être de savoir que j'étais alors le **premier médecin diplômé** à s'occuper des détenus. Avant, c'était les étudiants [...], parce qu'on parlait du principe que pour les détenus ce n'était pas nécessaire. [...] [En Suisse], j'ai toujours eu l'habitude de répondre, de manière un peu automatique, qu'on faisait plutôt partie des premiers de classe, pour des raisons qui sont assez simples : la Suisse est **un état démocratique de droit, qui bénéficie d'une prospérité tout de même exceptionnelle, qui n'a pas connu de guerre sur son territoire depuis environ cinq siècles.** »*



**Dr Jean-Pierre Restellini**, membre du Comité de Prévention contre la Torture (CPT)

Le Dr. Restellini met pourtant un bémol : *« Si dans ces conditions la Suisse n'est pas capable de faire partie des premiers de classe, alors là c'est très grave ! »*

Au centre de ce sujet, le traitement des personnes détenues est une problématique qui se décline à divers degrés. Il est aujourd'hui bien clair dans les consciences européennes, que l'infrastructure de l'organe sanitaire du milieu de détention doit être adaptée à la demande de soins médicaux très particulière, notamment aux besoins des personnes privées de liberté, mais aussi qu'il doit être préservé de manière comparable à celui du milieu général, par respect aux principes éthiques des traitements humains, en partie illustrés par les Convention des Droits de l'Homme et Convention de Prévention contre la Torture.

Pour la Suisse, comme pour tout état membre du Conseil de l'Europe, il s'agit alors de combiner plusieurs actions. D'abord, **la création d'institutions spécifiquement dédiées aux patients venant du monde privé de liberté**, ensuite **le respect de l'éthique des Droits de l'Homme** par la promotion d'une certaine équivalence des soins entre le milieu général et le milieu pénitentiaire. Lorsque l'on tient compte du fait que le système de soins du milieu libre suisse est déjà soumis à de nombreuses contraintes, comme la gestion de la « médecine à deux vitesses » et la collaboration entre assureurs et prestataires de soin, on admet rapidement que l'élaboration d'une égalité entre le milieu carcéral et le milieu général ne peut souffrir d'aucune entrave. Vraisemblablement, les règlements échafaudés qui abritent l'éthique de soin en détention n'édifient rien de plus qu'un **idéal vers lequel il faut tendre** afin de se contenir à l'intérieur de normes jugées acceptables. De plus, dans un système de fédération des états comme en Suisse, on fait face au défi que, comme pour l'unification des états européens sous l'égide d'un même Conseil, il faut rallier les systèmes internes de chaque canton au respect de normes nationales. Comment



alors conformer des systèmes trônant sur des niveaux d'autorité différents, et soumis à un droit et une coutume interne historique, à la courtoisie d'une déontologie nouvelle et commune ? Comment en outre, réaliser ce tour de force sans induire de conflits entre le canton et la fédération, puis entre la fédération et l'Europe ?

Aujourd'hui, le système sanitaire est un terrain qui ne se joue qu'à un niveau cantonal, au respect tout de même d'un certain périmètre délimité par le Conseil fédéral. Les soins en détention sont légiférés par le Conseil d'état du canton concerné, qui émet une suite d'arrêtés de catégories législative et réglementaire. Il ne s'agit donc pas de l'élaboration d'un texte autonome qui cerne la problématique de la santé en prison de manière exhaustive et la soumet à l'observance de ses obligations, mais plutôt d'un recueil de règlements qui réfèrent divers autres textes dont des recommandations européennes – Convention Européenne des Droits de l'Homme, Recommandation du Comité pour la Prévention de la Torture, des rapports internes au canton ou tout autre texte ayant une valeur au regard du Conseil d'état.

Globalement en Suisse, et dans de nombreux autres pays, cinq principes fondamentaux constituent les fondements de l'éthique médicale en détention : **l'équivalence des soins, l'accès au médecin, le principe de confidentialité, le consentement libre et éclairé du patient et l'indépendance du système sanitaire** vis-à-vis du système administratif des prisons. Avant de passer brièvement ces points en revue, il convient de rappeler que les observations qui suivent détaillent l'état de Genève comme illustration globale de la détention en Suisse, mais que dans d'autres régions, la mise en pratique de certains principes peut varier, au moins dans une certaine mesure. L'indépendance du système sanitaire vis-à-vis du système administratif des prisons et des tribunaux en particulier n'est pas la réalité de nombreux cantons en Suisse, notamment en Suisse alémanique. Enfin, à une échelle mondiale et sans tenir compte des importantes difficultés qui sont usuellement rencontrées lors des relations politiques, on ne peut que regretter le manque d'envergure des initiatives internationales, et espérer dans un avenir proche, qu'elles se perfectionnent sur le territoire européen et qu'elles transgressent enfin cette frontière pour atteindre les états du nouveau monde.

### 1.1.3 Les principes fondamentaux <sup>16</sup>

Les cinq principes énoncés plus haut constituent les fondements de l'éthique et du droit médical international en prison. Comme les sections précédentes l'entendent, il faut garder à l'esprit que ces prérogatives, qui relèvent du droit, ne représentent pas encore une approche standard de la pratique des soins en milieu carcéral. A Genève par exemple, l'arrêté du Conseil d'état stipule que l'organisation des soins en milieu pénitentiaire doit être basée sur les « *recommandations pertinentes du Conseil de l'Europe* » dont la Suisse est membre. <sup>17</sup> Aujourd'hui, l'expérience dans l'application de ces mesures ne permet qu'une mise en pratique « embryonnaire » de ces principes, qui tente de rallier les états au respect de recommandations émises par divers organes internationaux, de manière concordataire plutôt que hiérarchique. Après quelques années – seulement – d'expérience dans les formatages de conseils unificateurs sur le thème des droits et traitements humains, on est généralement d'accord de considérer ces cinq prérogatives comme l'ébauche d'un futur système adéquat.

**L'accès au médecin** est le principe qui sauvegarde le droit de tout détenu à pouvoir consulter. La recommandation R(98)7 du Conseil de l'Europe détaille notamment les normes que devrait suivre la mise en place du personnel de santé carcéral, en précisant par exemple, que « *les grands établissements pénitentiaires devraient disposer d'un personnel de santé à plein temps, secondé, le cas échéant, surtout en dehors des heures de consultations, d'un personnel supplémentaire à temps partiel.* » Par ailleurs, tout service pénitentiaire devrait être muni de

---

<sup>16</sup> Les informations présentes dans cette section sont tirées de la recommandation du Conseil de l'Europe R(98)7 sur *Les aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire*.

<sup>17</sup> Tiré de l'arrêté du Conseil d'Etat genevois du 27.09.2000 sur *L'organisation de la santé en milieu de détention*



l'infrastructure nécessaire pour assurer les consultations ambulatoires et d'urgence. La recommandation déclare clairement que tout détenu devrait pouvoir profiter d'un **accès au médecin 24 heures sur 24** et que tout détenu à son entrée en prison peut être vu par un membre du personnel soignant. La recommandation va même plus loin. Elle demande que les premiers secours puissent être dispensés à tout moment, et même, que le personnel pénitentiaire soit formé pour administrer des soins d'urgence. Le Conseil de l'Europe se prononce sur encore bien d'autres aspects de la santé en prison. Il aborde notamment les cas psychiatriques, qui constituent tout de même une grande proportion des besoins médicaux en prison, et établit que chaque établissement pénitentiaire devrait être muni d'un service de médecine psychiatrique, comportant nombre de spécialistes – psychiatres, psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes et conseillers. Un dentiste qualifié devrait également garantir, au minimum, la prise en charge des urgences dentaires et devrait pouvoir répondre aux besoins des détenus toxicomanes, dont la dentition est souvent en mauvais état. La toxicomanie étant un vaste sujet dans le monde pénitentiaire, l'administration carcérale des établissements devraient également maintenir un haut niveau de coopération avec les centres externes pour toxicomanes. Enfin, lors de cas de grossesses en prison, le service médical pénitentiaire doit veiller à ce que la future mère soit correctement suivie par le service médical interne à la prison ou un service externe. En tous les cas, les soins avant, pendant et après l'accouchement devraient toujours être dispensés par un hôpital externe: un accouchement ne devrait jamais avoir lieu à l'intérieur de la prison.

**L'équivalence des soins** est le principe qui défend le droit du prisonnier à accéder à des soins médicaux équivalents au milieu libre, et façonné pour les particularités de la communauté carcérale. La recommandation R(98)7 du Conseil de l'Europe ne donne pas de modèle organisationnel et l'arrangement des prestations de soins, mais suggère que le ministère de la santé d'un Etat devrait prendre une grande part de la responsabilité de certains domaines comme l'évaluation de l'hygiène, l'appréciation des adéquations de soins de santé et leur organisation. Il en découle donc qu'un service pénitentiaire devrait fournir des prestations de médecine générale, des prestations de médecine dentaire, de psychiatrie et de prévention (dépistage de cancers, prévention contre les infections etc.), **dans des conditions comparables à celles observées dans le milieu libre**. Il est enfin stipulé que « *le personnel infirmier, technique, ainsi que les locaux, les installations et matériel mis à disposition des services de santé dans les prisons soient adaptés et suffisants. [L'organisation du système de santé en prison] devrait s'inspirer de l'organisation des structures sanitaires à disposition du milieu libre, tout en tenant compte des aspects spécifiques de la prison.* ».

**Le consentement libre et éclairé** du patient est un principe important puisque comme le respect du **principe de confidentialité** – secret médical, il représente un concept reconnu assez unanimement sur les plans éthiques et judiciaires. Non seulement ils représentent des droits fondamentaux de l'humain, mais aussi, ils sont au travers des modèles de relation thérapeutique modernes les fondations d'une relation de confiance entre un patient et son médecin.

La recommandation R(98)7 déclare que « *non seulement les médecins et le personnel soignant pénitentiaire devraient réaliser des consultations dans le respect de la confidentialité, mais ils devraient aussi veiller à ce que les dossiers médicaux des détenus malades soient conservés en un lieu garantissant la protection et la confidentialité des documents médicaux.* » En outre, il peut-être important de noter que le personnel pénitentiaire ne devrait pas avoir connaissance des dossiers médicaux des patients pour respecter le secret professionnel, mais que ce respect est aussi un obstacle à une prise en charge optimale, car les gardiens sont la principale interface entre le prisonnier et le personnel pénitentiaire ou médical. Ils ne peuvent donc pas juger de la pertinence d'une demande, lorsqu'un détenu la leur soumet, et distinguer les plaintes réelles des plaintes simulées – une réalité bien présente dans le monde carcéral. Inversement, il est important que les médecins n'aient pas connaissance du dossier judiciaire d'un détenu (et notamment des motifs de son incarcération) afin de délivrer une médecine dépourvue de biais émotionnels.

Le respect du consentement libre et éclairé à un acte médical est un thème important en prison. Comme les pathologies d'ordre psychiatrique sont fréquentes dans ces lieux, et que le consentement libre et éclairé présuppose la capacité de discernement chez le patient, cette dernière capacité devrait être examinée avec précaution, en invoquant l'aide, éventuellement, d'un psychiatre. Pour les personnes capables de discernement, le principe d'équivalence sauvegarde une approche identique que dans le milieu libre. Le consentement doit donc être donné de manière **libre** : une prise de décision en l'absence de toute contrainte ou moyen de pression ; et de manière **éclairée** : la décision du patient doit être prise en connaissance de tous les éléments lui permettant de juger sa situation.

**Le principe de l'indépendance des systèmes sanitaires** vis-à-vis des systèmes judiciaires et pénitentiaires est un principe important qui vient appuyer les quatre autres décrits ci-dessus. Il est essentiellement destiné à faire en sorte que l'administration pénitentiaire n'ait aucune influence sur les décisions médicales qui concernent un prisonnier. Ces dernières doivent être réalisées par un médecin qui devrait non-seulement ignorer les éléments judiciaires qui concernent le détenu, mais aussi être à la charge d'une institution indépendante de l'administration carcérale. La recommandation R(98)7 du Conseil de l'Europe explique que « *le personnel médical et infirmier devrait pouvoir réaliser une activité professionnelle en prison fondée uniquement sur des critères de nature médicale, malgré le fait qu'ils doivent également tenir compte des impératifs de sécurité propres à tout établissement pénitentiaire.* » La recommandation ajoute qu'il faudrait pourvoir ce système d'un mécanisme de contrôle régulier qui jauge la qualité des services sanitaires au sein des prisons. Dr. Jean-Pierre Restellini, membre du Comité de Prévention contre la Torture (CPT) nous explique que lors de ses missions de contrôle, une méthode courante était d'inspecter la qualité des soins fournis dans un établissement pénitentiaire et de le comparer à la qualité à la disposition de la population libre du même état. Lorsque des écarts étaient observés, il fallait alors dresser un rapport et établir des stratégies d'amélioration, auxquelles l'état devait se conformer.

La dernière section de ce chapitre résume très brièvement les principes fondamentaux qui forment le « ciment » d'un système sanitaire adéquat au milieu pénitentiaire. Il faut bien entendu être conscient que d'année en année, les idées incluses dans ces préceptes varient et sont complémentées par de nombreux articles que nous n'avons pas cités ici. La section montre néanmoins la précision des textes que ces prérogatives exigent pour unir les états au respect de principes communs. On remarque cependant leur forme particulière, à la manière de recommandations ou de conseils, exposant leur nature conditionnelle. Comme on peut aisément l'imaginer, il existe de nombreux obstacles à cet idéal théorique, d'abord organisationnels, car le respect de telles méthodes implique intrinsèquement la mise en place d'une infrastructure ajustée et la création de modèles pratiques, mais aussi éthique et déontologique, car dans bien des consciences, la prison représente les concepts de vengeance et de punition. La partie 2 de ce document approfondit la question des obstacles à une médecine pénitentiaire optimale, en reprenant les prérogatives résumées ici.

## 2 Partie 2 : Discussion des résultats

### 1.1 Caractéristiques de la population carcérale en lien avec prévalence des troubles de santé (hypothèses)

La population carcérale peut être parfois considérée comme représentative d'une partie spécifique de la société, tel que celle issue des flux migratoires que l'on observe depuis les pays fragilisés vers les pays plus prospère (comme par exemple, le flux d'immigrants recensé en suisse entre 1990 et 2000, suite à la guerre d'ex-Yougoslavie), ou la poussée rapide de banlieues urbaines (qu'on observe notamment en France). Bien entendu, il ne s'agit pas ici de rattacher la criminalité aux origines ethniques des détenus, mais plutôt, de comprendre ce qui fait **le lien entre la distribution des origines – plutôt polarisée – de la population carcérale et des phénomènes sociaux et politiques** qui peuvent en être la cause. Nous retrouvons, de manière générale, dans la majorité des maisons d'arrêt, la partie de la population libre, qui affronte le plus de difficultés au quotidien et ce sont ces difficultés que l'on peut mettre en rapport avec la tendance à la délinquance et il convient de rappeler qu'elles proviennent de phénomènes sociaux et culturels plus larges. Ceci concerne bien entendu les personnes détentrices ou non de la nationalité suisse.

La marginalisation de certains sous-groupes de la population en découle. Nous observons effectivement dans la communauté carcérale (surtout dans les prisons préventives) des personnes défavorisées sur le plan social et dont la condition est très souvent en rapport avec les motifs d'incarcération. L'intégration de ces groupes au reste de la collectivité, peut être difficile – impossible – pour différentes raisons : barrière de la langue, accès diminué au monde du travail, habitudes à risque (addiction), pauvreté, situations irrégulières, ou difficultés mentales, peuvent contribuer à l'entrée dans « *l'engrenage du 'comportement antisocial – répression – aggravation de la délinquance'* <sup>18</sup> »

En-dehors de cette problématique inhérente au contexte de vie en société – ou en marge de celle-ci, s'ajoutent la question des conditions de vie, ainsi que celle de la difficulté d'accès à certains soins médicaux, difficultés



**Accès aux soins :** *L'accès aux soins et la qualité des soins ne doivent pas être conditionnels. Une privation de liberté n'est pas un motif pour entamer le droit à la santé, quel que soit le crime commis.*

<sup>18</sup> Référence : *Aspects humanitaires de la médecine pénitentiaire*, J.-L. Martin, Médecine et Hygiène, 53 : 1937-41, 04.10.1995

rencontrées par une proportion non-négligeable des personnes privées de liberté **avant leur incarcération**. En effet, une grande partie des personnes détenues à Champ-Dollon n'a pas eu un accès satisfaisant à des soins médicaux aussi nécessaires que légitimes, dans le milieu civil dont elle provient. Ceci peut s'expliquer par différents éléments de réponse : statut assécurologique insuffisant ou inexistant, situation irrégulière (pas de papiers, clandestinité), moyens financiers ne permettant pas d'accéder à certains soins lourds, i.e. onéreux...

La situation socio-économique souvent difficile en plus des autres critères de cette population permet d'apporter une ébauche de réponse aux interrogations que soulèvent les prévalences étonnamment élevées de maladies infectieuses, d'addictions et de troubles psychologiques ou de tout autre trouble spécifiquement représentatifs, répertoriés au sein du milieu carcéral. Notons particulièrement que la grande majorité des prévenus incarcérés à Champ-Dollon ont moins de 30 ans et sont de sexe masculin. L'incidence des problèmes de type cardio-vasculaire (ou tout autre type de pathologie ayant un *onset* dans les âges avancés) ou gynécologique y est donc atténuée, vis-à-vis de celle que l'on peut observer dans la population générale libre.

Nous avons vu que souvent, la connaissance des origines géographiques et de certaines conditions de vie sociale peuvent, en partie en tout cas, justifier l'impact accru de pathologies particulières au sein de la tranche populationnelle qui nous intéresse. Comme il a été mentionné plus tôt, les problèmes d'addictions de tous types sont source d'une proportion non-négligeable des pathologies prises en charge. A ceux-ci s'ajoutent bien entendu toutes les affections contractées avant l'incarcération, elles aussi liées à la situation socio-économique ou à d'autres conditions particulières. Nous citerons dans ce domaine les infections telles que les hépatites, VIH, ou tuberculose.

Penchons-nous à présent sur la vie entre les murs de la prison. Un passage en milieu fermé est une expérience très particulière de la vie de quiconque, généralement mal vécue par les personnes. Ceci est bien compréhensible, si l'on s'attarde un instant sur le concret de la vie en prison : une heure de promenade contre 23 heures en cellule ou entre les murs de la prison (excepté pour ceux qui bénéficient d'un travail) ; le manque de tranquillité et d'intimité ; les déplacements et repas sous surveillance permanente ; la tension entre détenus et vis-à-vis des gardiens, donc les risques de débordements violents ; l'étroitesse des cellules ; les différences culturelles et les difficultés de communication qui en sont une conséquence. Nous pourrions d'ailleurs lister bien d'autres points et sans peine imaginer que l'incarcération a fréquemment des répercussions importantes sur le psychisme des personnes.



***Etre en prison** : Comment vivre sous le regard accusateur des autres ?*

Lors de notre entretien avec le Dr. Eytan, responsable de l'UPP, nous en avons eu cette confirmation : certains troubles psychiatriques n'ayant joué aucun rôle dans le délit commis, en réalité absents de la vie du détenu avant son incarcération, se déclarent une fois que la personne en question se retrouve confrontée au quotidien entre les murs de la prison. Ceci est particulièrement relevant dans les cas de dépression.

*« On parlerait de troubles de l'adaptation, ou de dépression ou de réaction dépressive [...] Il y a des personnes pour lesquelles se retrouver incarcérées à Champ-Dollon, c'est une sorte de choc culturel, avec d'une part le fait d'être enfermé, d'autre part tous les soucis qui peuvent aller avec, par rapport à l'instruction du procès, si la personne est en préventive [...] Des soucis pour le travail, pour la famille, pour la stigmatisation liée à l'incarcération, etc. Donc oui, il y a des personnes qui sont en crise comme réaction à la privation de liberté. »*

Il est important de relever qu'en-dehors des problèmes mentionnés ici, dont la cause est de toute évidence imputable à l'atmosphère des pénitenciers, une proportion conséquente des crimes appelant une incarcération sont commis sous influence de psychotropes pour une part, ou sous celle d'un état psychique déviant et parfois pathologique.

Notons toutefois, que malgré la vision quelque peu « binaire » que nous avons adoptée ici pour aborder la question de l'origine des troubles psychiatriques fréquents en prison, (certains « menant » à la privation de liberté et d'autres « causés » par cette même restriction) ces origines sont fréquemment enchevêtrées. Cette réalité nous a surpris lors de notre rencontre avec Mme D., dont le fils est actuellement incarcéré à Champ-Dollon, à la suite d'un acte grave commis sous influence de drogues. Le fait de se trouver en détention préventive durant plusieurs années, en attente de sa sentence, a eu de graves conséquences sur la santé mentale de cette personne, qui a fait, au cours de cette période de latence plusieurs tentatives de suicide et plusieurs séjours consécutifs à l'UCP pour être hospitalisé.

*« C'était la période, où avant de se faire juger, il ne comprenait pas ce qu'il avait fait, il ne comprenait pas son geste. Il a assassiné quelqu'un sous l'influence de la drogue et il n'a toujours pas compris pourquoi il avait fait ça [...] C'est très long un jugement, surtout dans les cas comme ça [...] Quand on attend d'être jugé c'est le pire, on attend de passer à la casserole, on ne sait pas à quelle sauce on va être mangé [...] C'est vraiment l'attente de la mise à mort, entre guillemets. »*

Parallèlement aux pathologies d'ordre ou d'origine psychique, se manifestent les troubles somatiques en partie liés aux conditions de vie des détenus. Une des plaintes fréquemment formulée concerne les douleurs musculaires, notamment les maux de dos conséquents au manque d'exercice, qui caractérise le quotidien de nombreux prévenus. Bien entendu, les plaintes somatiques rejoignent souvent la psychologie de l'individu desquels elle est la cause, ou la conséquence : l'angoisse, le stress allant de paire avec l'enfermement ; la peur du rejet, de la stigmatisation de la part de la société, de l'environnement proche.

Une des demandes récurrentes à l'attention des médecins de Champ-Dollon concerne la prescription de somnifères ou anxiolytiques ; ainsi, comme l'explique le Dr. Eytan :

*« Le besoin de prendre des médicaments pour diminuer l'anxiété liée à l'enfermement, le désir de faire passer le temps plus vite et donc de prendre des somnifères pour dormir. »*

Un penchant pour les substances à risque de dépendance peut donc être amplifié par le cadre carcéral. Les addictions de tous types – alcool, drogues diverses, dont le trafic reste notoire, malgré les contrôles - représentent, comme le Dr. Steiner nous l’a spécifié, une source importante de pathologies (notamment « *d’hépatite C due à la prise de drogues par voie intraveineuse* »). La prison présente donc certains risques pour la santé des détenus. Il s’agit d’un environnement clos, extrêmement restrictif et d’une expérience la plupart du temps traumatisante qui, si elle n’est pas à l’origine de troubles psychiatriques ou aux troubles d’addiction, peut contribuer à leur déclenchement.



**Abus de substances :** Afin de minimiser les abus de médicaments et de trafics, une distribution est organisée une fois par jour.

## 2.1 Obstacles à une prise en charge optimale dans le milieu carcéral

Le cadre pénitentiaire est un contexte de travail très particulier pour le personnel soignant qui y exerce. Effectivement, ce milieu peu connu par le grand public, représente une difficulté majeure quant à la pratique d’une déontologie médicale la plus équivalente à celle du milieu général.

D’une part, l’organisation de la prison est structurée de manière stricte : les normes de sécurité, les horaires de consultation définis, la coordination avec le personnel pénitentiaire sont autant d’exigences que le praticien en milieu carcéral doit respecter. Le médecin, ainsi que tout intervenant du système de soins, est alors restreint dans son champ de manœuvre.

D’autre part, son obligation d’administrer le soin de manière équivalente à la population libre le confronte à des difficultés. Une prise en charge satisfaisante requiert bien sûr du temps, un respect total de la confidentialité et des moyens suffisants à disposition, i.e. matériel approprié, cadre sanitaire satisfaisant...

Ces impératifs sont relativement faciles à satisfaire en milieu civil. Par contre, dans la communauté carcérale, la gestion du soin s’étend indirectement à celle des gardiens, des horaires, des contraintes sécuritaires spécifiques. Le personnel soignant se doit donc de jongler entre ces deux pôles (infrastructure pénitentiaire et exigences d’une pratique médicale de qualité). Un équilibre difficile à trouver.

Comment offrir des prestations de qualité à plus de 400 détenus ? En plus du fait que la promiscuité favorise l’instauration de tensions entre les individus et facilite la transmission de certaines infections – ne serait-ce que la grippe, la question du nombre se pose. La surpopulation dont sont victimes les pénitenciers et Champ-Dollon en particulier représente effectivement un obstacle.

Au sujet de la surpopulation dans les prisons, le Comité de Prévention contre la Torture (CPT) relève :

*«Une prison surpeuplée signifie, pour le détenu, être à l’étroit dans des espaces resserrés et insalubres ; une absence constante d’intimité (cela même lorsqu’il s’agit de satisfaire aux besoins naturels) ; des activités hors cellule limitées à cause d’une demande qui dépasse le personnel et les infrastructures disponibles ; des*



*services de santé surchargés ; une tension accrue et, partant, plus de violence entre détenus comme entre détenus et personnel. »<sup>19</sup>*

En-dehors des considérations purement pratiques se posent les difficultés de nature éthique inhérentes à une pratique médicale dans un cadre aussi inhabituel que celui qui nous intéresse ici.

Le respect de la déontologie médicale est en quelque sorte « facilité » dans le milieu civil. Le consentement libre et éclairé, le respect de l'autonomie du patient, de la confidentialité ainsi que le principe de non-malfaisance semblent autant d'évidences pré-requises pour une pratique médicale satisfaisante sur le plan des règles éthiques de base. Malheureusement, le milieu carcéral n'offre pas la même liberté de mouvement. Exercer en lieu clos et entre les mailles de dispositifs de sécurité implique d'intégrer à la consultation de base un certain nombre de détails administratifs contraignants, sans mentionner l'omniprésence du personnel pénitentiaire (qui devient alors l'un des maillons de la chaîne des soins). La difficulté sera à ce moment-là de ne pas perdre les repères éthiques qui forment les fondations sur lesquelles se construit le soin de qualité.

Il est parfois admis que l'enfermement est une punition infligée à une personne déviante, pour protéger la société mais aussi pour venger les victimes. Mais cela implique-t-il également un accès restreint au système de soins ? Ou une qualité diminuée de la prise en charge ? A quel instant la santé est-elle nécessaire et quand devient-elle un luxe ? Et si la santé peut parfois être un luxe, est-ce que les criminels en prison y ont droit ?

Dans une optique punitive, la balance risque de pencher vers la remise en question systématique des dires du détenu. D'un autre côté, il peut arriver que la plainte médicale soit utilisée comme un outil pour se soustraire quelques jours à la vie carcérale, par exemple par amplification des symptômes. Le personnel soignant peut se trouver à l'instant de la plainte, en partie tributaire de l'appréciation effectuée par le personnel pénitentiaire qui est en contact permanent avec les personnes incarcérées, et le premier intermédiaire qui véhicule la plainte du patient (ou en tout cas dans la plupart des cas). La minimalisation de la demande de soins doit à tout prix être évitée. Pour ne pas soumettre l'évaluation primaire du cas à un biais quelconque, il est primordial que la séparation entre les systèmes médicaux et juridiques soit extrêmement nette, ce qui, dans le cadre clos que représente la prison, n'est pas toujours aisé.



**Exclusion** : La prison est une punition infligée par la société à un élément déviant.

*« L'appréciation d'une urgence médicale en prison est toujours délicate et brouillée par des considérations qui dépassent le champ clinique et qui constituent autant de sources de pression et donc de biais. »<sup>20</sup>*

---

<sup>19</sup> Référence : *Avis d'experts mandatés par le bureau du Grand Conseil concernant la pétition des détenus de Champ-Dollon de mars 2006*, Barbara Bernath, Jean-Pierre Restellini et Christian-Nils Robert, 18 avril 2007

<sup>20</sup> Référence : *La médecine en milieu pénitentiaire : un exercice médical sous pression*, Bulletin des médecins suisses, 22, 28.05.2008

Cependant, peut-on réellement ne pas prendre en compte certains aspects juridiques dans la prise en charge d'un patient ? Le principe d'indépendance des dispositifs requiert que le soignant n'ait pas connaissance des raisons de l'incarcération des détenus. Il se retrouve alors dans une situation inhabituelle : il n'a pas tous les outils de compréhension à disposition pour explorer la personne dans sa totale complexité. Une anamnèse classique, en milieu libre, prend en compte l'environnement bio-psycho-social de l'individu, et vise ainsi à établir un aperçu fidèle de la personne. Les plaintes somatiques peuvent donc à un certain point être attribuées au vécu psychologique. Par contre, en prison, il n'y a normalement pas d'accès à la totalité du vécu de la personne privée de liberté car la séparation juridique-médical ne devrait pas le permettre, une mesure absolument nécessaire en regard des principes éthiques, mais qui peut se révéler handicapante au niveau de la visualisation de l'individu dans l'ensemble de son vécu. Dans le monde carcéral, la médecine de premier recours ne s'adresse plus à la personne dans son intégralité, mais uniquement à l'une de ses facettes.

La difficulté se trouve aussi dans l'évaluation de l'urgence de la plainte sans connaissance approfondie du vécu de la personne. Le personnel pénitentiaire peut représenter alors une aide, de laquelle le soignant ne devra pas se rendre dépendant. Une collaboration entre les personnes en connaissance du casier judiciaire et celles en possession du dossier médical ; collaboration à mi-mots, qui comporte un danger de biais, donc peut facilement compromettre l'offre et la prestation de soins.

Deuxièmement, le médecin prend des décisions qu'il n'expliquera pas par la suite, ce qui pourrait mener à de mauvaises interprétations de la part des « profanes », auxquels ne seront pas révélés le diagnostic, ni le traitement du malade. Ceci peut avoir pour conséquences certaines craintes de l'entourage direct – i.e. le personnel pénitentiaire, les compagnons de cellule - quant à la pathologie diagnostiquée, potentiellement infectieuse ou psychiatrique ; de l'incompréhension de ce même entourage face à une décision de transfert, d'internement ou au contraire, de statu quo dans la prise en charge.

Il est également important de comprendre la question sécuritaire : le personnel pénitentiaire comme celui du système de soins doit pouvoir être informé de potentiels dangers, par exemple, les détenus violents ou instables du point de vue psychiatrique. Un échange minimum d'informations est dans ce cas toléré. De plus, ce qui se fait dans la pratique s'écarte souvent de ce qui est conçu dans la théorie et dans plusieurs cas, les médecins se surprennent à apprendre les raisons d'incarcération de telle ou telle personne.



Le médecin pratiquant en milieu carcéral se trouve en permanence entre « détenu » et « patient » ; il sert d'interface entre le malade en besoin de soins et l'individu punissable par la loi. Il lui faut donc réaffirmer en permanence son rôle de thérapeute, afin de ne pas laisser échapper l'impératif de neutralité et d'abstention de jugement qui doit être le sien. D'où la nécessité de « couper le détenu en deux », pour ne s'adresser qu'à la facette souffrante de la personne privée de liberté, lui offrir une qualité de prestation et d'écoute équivalente à celles que l'on retrouve plus aisément dans le milieu libre.

Bien entendu, une équivalence parfaite des soins et de l'accès aux soins entre milieu libre et milieu carcéral reste utopique. Il s'agit là d'une « réalité fictive » vers laquelle il faut tendre pour préserver les droits des personnes mais qui ne peut pas être effective dans son absolu. Ne serait-ce qu'au niveau organisationnel, les entraves rencontrées sont nombreuses : le choix du médecin traitant par son patient est restreint, puisqu'il n'y a pas plus de deux, peut-être trois, médecins disponibles sur place, les consultations sont planifiées par ordre prioritaire, le processus de prise de contact avec le système de soins est totalement différent (il se fait par l'intermédiaire des gardiens et d'un système de courrier : les détenus écrivent leur plainte sur un formulaire qu'ils déposent dans une boîte prévue à cet effet). Il est donc primordial de garder le principe de l'équivalence des soins à l'esprit comme un objectif vers lequel des efforts quotidiens mènent pas à pas.



**Prise en charge :** Il est primordial que le système de soins garde son indépendance face aux éléments juridiques de la peine. Ainsi, les soignants n'ont pas accès au casier judiciaire du détenu. La confidentialité est également respectée dans l'autre sens, car le personnel pénitentiaire n'est pas informé du contenu du dossier médical du patient.

Le système de soins en milieu carcéral est encore un monde à part, soulevant beaucoup d'interrogations au sein de la population générale d'une part, médicale de l'autre. Le sujet est de plus porteur de thématiques difficiles à aborder au niveau moral : du rôle de l'incarcération dans la dynamique de la société, de la stigmatisation des personnes privées de liberté, de la nature même de la population carcérale (d'un point de vue socio-économique, par exemple). Ces points représentent autant de difficultés auxquelles sont confrontés les soignants dans ce contexte particulier. Difficultés qui s'ajoutent bien entendu aux détails organisationnels cités plus haut.

Il paraît donc essentiel que la médecine pénitentiaire s'affirme en tant que pratique régie par des normes spécifiques et adaptées à la situation ; qu'elle obtienne le même statut qu'une autre spécialisation médicale, telles chirurgie ou orthopédie. Peut-être à travers une formation supplémentaire des soignants ?

« La formation des professionnels de santé, aux caractéristiques du travail avec les détenus et les personnes en situation précaire, peut aider à écarter certaines barrières d'accès au réseau de soins qui persistent. »<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Référence : *Médecine pénitentiaire : une porte d'accès au réseau de soins communautaires*, Revue Médicale Suisse; 3 :2171-4, 26.09.2007

« La Conférence des Médecins Pénitentiaires Suisses défend avec insistance la reconnaissance de la pratique particulière du médecin pénitentiaire, la nécessité de l'indépendance de cette pratique, le développement de standards de référence, etc. »<sup>22</sup>

A ce stade, il s'agit réellement d'admettre que cette pratique s'inscrit dans un cadre extrêmement spécifique. Il ne s'agit pas uniquement d'une branche de la médecine communautaire, ou d'une variation de la médecine de premier recours pour les populations précarisées. En effet, le milieu carcéral regorge de risques de biais dans la prise en charge, comme nous l'avons relevé plus haut. Le cadre est restreignant sous différents aspects, le soignant doit apprendre à gérer les interférences organisationnelles et psychologiques, inévitables dans ce monde en marge de la société.

---

<sup>22</sup> Référence : *La médecine en milieu pénitentiaire : un exercice médical sous pression*, Bulletin des médecins suisses, 22, 28.05.2008]

## 3 Partie 3 : Quelques cas concrets

Dans les parties 1 et 2 de ce document, nous avons d'abord résumé les informations acquises au cours de notre immersion dans le milieu pénitentiaire. Nous avons pu comprendre que la population carcérale est bien spécifique et différente de la collectivité libre dans laquelle elle réside. Elle nécessite donc une approche de la médecine tout à fait spécifique et équivalente à la population générale. Pour sauvegarder ces droits humains, un certain nombre d'instances supranationales produisent des conventions et émettent des recommandations pour allier les Etats à la pratique de concepts communs. Nous avons vu aussi, que la Suisse dans son ensemble, mais particulièrement Genève, applique un système médical pénitentiaire adéquat, relativement à d'autres région dont le droit, les mœurs et la prospérité du pays peuvent être bien dissemblables.

Cette dernière partie, en continuité avec la discussion proposée dans la partie 2, invite à s'ouvrir à l'expérience des détenus incarcérés à Genève.

Monsieur N est un ancien détenu de la prison de Champ-Dollon (entre autres). Il nous raconte son histoire et nous donne son avis, quant à la qualité des services de soins qui se destinent au monde carcéral. Monsieur C est actuellement en train de purger sa peine à la prison de Champ-Dollon. Il a récemment été admis au centre socio-éducatif de la pâquerette où il prépare sa réinsertion. Nous n'avons pas pu lui parler directement, mais nous avons pu rencontrer sa mère, qui parle en son nom pour raconter son histoire.

Lorsque vient le moment de juger la qualité du système de santé pénitentiaire de Genève, l'avis des détenus n'est pas aussi optimiste que celui que nous avons après avoir examiné la question (toujours en rapport à d'autres collectivités plus précaires). Il ne faut donc pas faire chuter dans l'estime populaire, cette représentation optimiste de la position genevoise et garder à l'esprit que lorsqu'on est confronté personnellement au milieu carcéral, il est difficile de rester objectif. Pourtant, ces expériences permettent de se rendre compte qu'aujourd'hui, le débat n'est pas encore clos, car à de nombreux aspect, plusieurs points manquent encore ou demandent à être améliorés.

### 3.1 Le cas de Monsieur N

Mr. N. a exercé le métier de chauffeur routier jusqu'à l'âge de 49 ans. Suite à un accident survenu au cours du déchargement d'une cargaison, il s'est retrouvé à l'hôpital avec le bassin déplacé, quatre vertèbres lombaires enfoncées, et une déchirure des ligaments des bras, mains et pieds. Il a fait une demande d'Assurance Invalidité le 15 octobre 2005, mais n'a pas encore reçu de réponse. M.N., fumeur, est également en dépression chronique, a des problèmes gastriques et de cholestérol.

Concernant son parcours au point de vue juridique, M.N. a été interné pendant 18 mois puis a obtenu une remise de peine sous condition de suivi psychologique pour violence conjugale. Il s'est par la suite fait incarcérer pour non-paiement de pension alimentaire à son ex-épouse, ce que lui versait l'Hospice Général n'étant pas suffisant pour subvenir à ses besoins.

Lorsqu'il évoque son arrestation, M.N. dit : « Sur le plan carcéral, la police genevoise, d'une part, elle est nulle, et au niveau des soins sanitaires, ils sont archi nul. ».

Il parle du jour de son arrestation où la police est venue le chercher chez lui. Il était ce jour-là sous l'effet des médicaments qu'il prend au quotidien. M.N est dépendant aux benzodiazépines depuis une quinzaine d'années maintenant. Lorsque la police l'a embarqué, M.N. a insisté sur le fait qu'il est sous traitement et ne se sépare jamais

de son ordonnance. Il porte également toujours sur lui une réserve, « en cas de coup dur ». Les policiers lui ont donné cette réserve de benzodiazépines. M.N. a été emmené au Bourg-de-Four (les Violons du Palais de Justice), dans l'attente de son transfert vers Champ-Dollon. Durant la nuit, les médicaments ne faisant plus effet, M.N. a été victime d'une crise d'épilepsie. Le gardien a appelé SOS Médecins en urgence.

A son arrivée dans l'enceinte de Champ-Dollon, M.N. a immédiatement évoqué ses problèmes de santé, ainsi que son traitement exact. Cependant, d'autres médicaments lui ont été prescrits, qui ne lui ont pas convenu. Pour justification, le médecin responsable lui a expliqué qu'il n'avait à disposition que ces substances et pas d'autres.

Une nuit, M.N. a fait une crise d'épilepsie, suite à un oubli des infirmières de lui donner son traitement de réserve ; son co-détenu a appelé le gardien, qui a répondu qu'il aurait fallu demander les médicaments au cours du dîner. Il a tout de même alerté l'infirmière de garde quand il a vu que M.N. était en crise.

Au souvenir de cet incident, M.N. affirme qu'à « Champ-Dollon ils en ont vraiment rien à foutre des problèmes de santé personnel, pour eux, on est du bétail. »

A plusieurs reprises, il a consulté le médecin de la prison pour essayer de changer son traitement, sans succès.

M.N. a ensuite été transféré à la maison Villard, qui est un établissement de détention en semi-liberté.

Le chef des gardiens de l'établissement a pris contact avec le médecin traitant de M.N. Depuis, M.N. s'est régulièrement rendu chez son médecin pour faire des contrôles. Il allait aussi chez le physiothérapeute pour ses problèmes de dos. M.N. avoue qu'il n'a rien à reprocher à cette maison d'arrêt, car il avait une grande chambre, et son repas l'attendait (maintenu chaud par les gardiens) lorsqu'il rentrait trop tard de ses rendez-vous et examens pour manger. Son traitement était préparé pour la semaine et il prenait ses médicaments matin, midi et soir.

M.N., à présent de retour dans le monde libre, a toujours des problèmes de dos, il ne peut pas soulever de charge. Il est de plus dans un état de dépression avancée et n'a toujours pas le résultat de sa demande d'AI. Depuis sa sortie, il est suivi par une assistante sociale du Service de Probation et d'Insertion et en est très content. Il espère bientôt toucher son AI afin de partir vivre en Hongrie ou en Espagne.

Lorsqu'il parle de son vécu à Champ-Dollon, M.N. conclut : « Psychologiquement, pour des pensions alimentaires, je trouve qu'il y a d'autres solutions que de mettre quelqu'un en taule. Quand on est avec un marocain qui écoute toute la journée la chaîne marocaine et que vous n'y comprenez rien du tout ; là bas, lorsque vous êtes aux douches, vous êtes le seul suisse, vous êtes avec des gens qui dealent de la drogue, qui ont tué ou autre, on vous traite dans le même panier, ben... ça marque. Quand je suis sorti de la maison de Villard, je suis venu directement au Service de Probation et d'Insertion et il m'a fallu deux mois pour me remettre dans le circuit de la vie à l'extérieur. Quand je vois un uniforme, je suis comme ça... L'épreuve de Champ-Dollon, c'est vraiment une expérience que je trouve inhumaine pour un cas de ce genre. »

### 3.2 Le cas de Madame D et de son fils, Monsieur C

Mme D. est mère d'un détenu qui se trouve aujourd'hui à la prison de Champ-Dollon. Son fils, M. C. s'est fait incarcérer en préventive en janvier 2004 pour un assassinat. Le jugement a été prononcé en octobre 2006 et il purge actuellement une peine de 15 ans.

En raison de fragilités psychologiques, M. C. n'a pas été envoyé dans un pénitencier consacré aux longues peines mais séjourne à présent à la Pâquerette, le centre de psychothérapie de Champ-Dollon où il a entamé, par ailleurs, une formation professionnelle.

Depuis plusieurs années, M.C. se plaint de douleurs lombaires. Après quelques examens complémentaires, on lui a diagnostiqué une hernie discale. M.C. a donc été mis sous traitement médicamenteux et a suivi quelques séances de physiothérapie sur une période de 5 mois. Malheureusement, les mesures prises par les médecins n'ont pas suffi à soulager M.C., qui finit par développer une sciatique en plus de son hernie initiale. Les choses allant de mal en pire, M.C. a finalement dû être transféré à l'Unité Cellulaire Hospitalière des Hôpitaux Universitaires de Genève où il a pu se faire opérer. Depuis le début de ses plaintes, il lui aura fallu attendre 2 ans avant de subir cette intervention chirurgicale.

Pour trouver une raison à l'attente et à la souffrance, M.C. et Mme D. en étaient arrivés à se dire que ce qui leur arrivait était légitime. M. C. devait se faire punir pour le crime qu'il avait commis et n'avait, par conséquent, pas le droit d'être soigné à la même enseigne que M. Tout-Le-Monde.

Mme D. souligne que si son fils avait été en liberté, sa prise en charge aurait été très différente. L'attente aurait surtout été moins longue. Selon elle, c'est un vrai parcours du combattant pour se faire soigner. Elle nous donne un autre exemple pour illustrer ceci: récemment son fils a eu de gros problèmes de dents qui d'ailleurs, se trouvent toujours être d'actualité. Lorsque M.C. obtient un rendez vous avec le dentiste, il lui faut partir à 7 heures du matin de Champ-Dollon, passer par le Palais de Justice où il doit attendre en tous cas trois heures, pour finalement se retrouver à la clinique dentaire. Cela peut lui prendre plusieurs heures. Parfois, il n'est pas de retour à la Pâquerette avant 17 heures. Il arrive à la consultation menotté et il lui est déjà arrivé de se faire soigner avec les menottes dans le dos alors qu'il était allongé sur le fauteuil. Selon Mme D. : « on les considère un peu comme des animaux et ça, ça n'est pas normal. »

## 4 Conclusion

Au cours de nos recherches, nous avons été confrontés à plusieurs réalités qui nous ont forcés à progressivement réviser la manière avec laquelle nous regardions le monde de la prison. Au delà de son atmosphère oppressante, de son niveau de sécurité, de la violence qui y règne et des vices qu'on y associe généralement, il faut se plonger dans une toute autre catégorie de questions pour comprendre les enjeux réels de cette thématique. D'abord, il convient de considérer le système de soins comme le sommet d'un problème plus large, que l'on résume aujourd'hui par "traitements humains et droits de la personne". De ce point de vue, le sujet se complique soudainement, car comme on le sait maintenant, les droits qui protègent l'individu dans son intégrité et dans son honneur sont d'une catégorie qui ne permet pas - ou peu - d'écarts à l'idéal conceptuel qui se bâtit de jours en jours. En Europe, et plus généralement dans le monde par le biais des Nations-Unies (dont nous n'avons pas beaucoup parlé), la façon de traiter les hommes est codifiée tant bien que mal, dans une logique parfois propre à chaque instance. Le Conseil de l'Europe, sa Cour (CEDH) et sa Convention pour le respect des droits de l'homme, le Comité de Prévention Contre la Torture, mais aussi de plus petites instances qui agissent à des niveaux inférieurs - comme la Ligue Suisse pour la Protection des Droits de l'Homme - sont les exemples actuels des organismes qui favorisent le respect de ces droits.

Mais qu'en est-il de la détention en Suisse? Et que fait-on des traitements médicaux appliqués en prison? D'une manière générale et en comparaison des efforts monumentaux qui restent à fournir dans d'autres régions, il faut conclure que la Suisse se porte plutôt bien. Les problèmes qu'il reste à solutionner sont essentiellement de nature organisationnelle. Une très lourde tâche pourtant, car derrière ses aspects simplement pratiques, la structuration d'un système de santé pour les prisons, qui soit non seulement conforme aux recommandations internationales mais aussi compatible avec la structure interne de l'état, nécessite l'examen approfondi de plusieurs données. La première, peut-être, consiste en la population incarcérée elle-même, qui doit d'abord être analysée pour permettre l'élaboration des protocoles à appliquer. Première constatation lors de cette analyse, la santé en prison ne peut pas être dispensée de la même manière que celle dédiée au milieu général, parce que la collectivité à l'intérieur des murs d'une prison exhibe des caractéristiques populationnelles clairement différentes de celle qui se trouve à l'extérieur. Ce qui en découle logiquement, c'est une distribution spécifique des prévalences des pathologies, distribution effectivement différente, comme on pouvait s'y attendre, à celle qu'on retrouve dans le milieu libre. En conséquence, pour les dispositifs sanitaires, il s'agit de reformater les outils déjà à disposition à la mesure du monde prisonnier, tout en tenant compte des propriétés sécuritaires propres à tout établissement carcéral. Enfin, les obstacles qui s'opposent à une organisation plausible de la structure des soins sont encore nombreux. On citera surtout la contrainte sécuritaire qui restreint la possibilité d'accéder à tout moment à un médecin, qui menace la confidentialité des entretiens médicaux, et qui de ce fait compromet le respect des principes internationaux fondamentaux, en particulier celui d'équivalence.

Pour changer de registre, on citera volontiers dans un second temps, l'aspect émotionnel qui surgit lorsqu'on nous met face à un criminel. De toute évidence, l'administration sanitaire d'un établissement de détention ne doit prendre ses décisions que sur la base d'éléments médicaux pertinents, et ne doit jamais tenir compte de son ressenti face à la personne qu'elle soigne. Mais cela est-il réellement possible? Il peut être utile d'adopter un certain état d'esprit pour limiter les écarts à une pratique adéquate de la déontologie médicale: se rendre compte que le délinquant, quel qu'il soit, est peut-être une personne en souffrance avant tout et que c'est cette souffrance qui explique et comprend (mais ne justifie pas) les éléments répressifs de son parcours de vie. Les décisions qui l'ont amené à être condamné aurait-elles pu être prises différemment? Et est-ce vraiment la personne qui fait ces choix ou alors, n'est-elle pas, dans une certaine mesure, déjà condamnée à les faire par sa situation? Ne faut-il pas un « horizon dégagé » pour pouvoir évaluer quelle direction prendre, à un moment de sa vie? Si les réponses de

ces questions sont celles qu'on attend, le criminel devrait être considéré comme une personne déviante dans sa complexité, dont les actes répréhensibles découlent logiquement d'un vécu douloureux. Le traitement à la source, comme on aime l'appliquer, serait donc de d'abord prendre cette douleur en charge. Le concept de la prison voit alors ici tout son sens être remis en question. Plutôt que de servir la vengeance des victimes et leur volonté de punir, ainsi que de fournir un concept d'exemplarité pour « futurs criminels », la prison ne pourrait-elle pas apporter un soutien et un cadre éducatif à ces personnes fragilisées ? Au moyen-âge, les personnalités schizoïdes (des textes analysés permettent d'établir une sorte d'anamnèse post-mortem de ces personnes) étaient considérées comme des sorciers, et leur traitement consistait à être brûlés vifs. Aujourd'hui, on admet que de telles déviances psychiques représentent un état de souffrance et, du mieux qu'on le peut, la volonté est aujourd'hui d'aider ces personnes, et si possible de les guérir. Un exemple qui montre que l'ignorance des personnes nous amène parfois à avoir peur d'elles, et que la peur peut dangereusement nous amener à des actes condamnables. Une meilleure connaissance de la délinquance (et ce d'un point de vue social, et non médical) pourrait peut-être, elle aussi, nous amener à cesser de craindre ces personnes, que l'on met volontiers dans une catégorie pré-formatées. Et dans ce cas, ne nous faudrait-il pas ajuster nos concepts de la prison et remplacer notre volonté d'exemplarité, de protection, et vengeance par la volonté d'éduquer et de remettre sur le bon chemin ?

## 5 Références

Le texte de ce document ne référence pas ses sources à la liste ci-dessous, mais à la façon de note de bas de page, tout au long de la lecture. Voici une récapitulation des références trouvées au cours du texte.

- 1) *Avis d'experts mandatés par le bureau du Grand Conseil concernant la pétition des détenus de Champ-Dollon de mars 2006*, Barbara Bernath, Jean-Pierre Restellini et Christian-Nils Robert, 18 avril 2007
- 2) *Prison de Champ-Dollon, Rapport d'activités 2006*, Département des institutions, République et Canton de Genève
- 3) *Revue Médicale Suisse, La médecine générale en milieu de détention*, D. Beer B. Gravier, Numéro 3088.
- 4) *Médecine pénitentiaire : une porte d'accès au réseau de soins communautaires*, *Revue Médicale Suisse*; 3 :2171-4, 26.09.2007
- 5) *Rapport d'activité 2006 de l'Unité de médecine communautaire*, Hôpitaux Universitaires de Genève
- 6) *Aspects humanitaires de la médecine pénitentiaire*, J.-L. Martin, *Médecine et Hygiène*, 53 : 1937-41, 04.10.1995
- 7) *La médecine en milieu pénitentiaire : un exercice médical sous pression*, *Bulletin des médecins suisses*, 22, 28.05.2008
- 8) *Médecine en milieu pénitentiaire*, M. Bindschedler, P. Guilbert, P. Sebo et D. Bertrand
- 9) *Recommandation du Conseil de l'Europe R(98)7 sur Les aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire*, 1998
- 10) Arrêté du Conseil d'Etat genevois du 27.09.2000 sur *L'organisation des soins en milieu de détention*
- 11) Site internet de l'Etat de Genève, rubrique pénitenciers : <http://www.geneve.ch/penitent/>
- 12) Site internet de la prison de Champ-Dollon (Etat de Genève) : <http://www.geneve.ch/penitent/champ-dollon>
- 13) Site internet des HUG, rubrique médecine pénitentiaire : [http://premier-recours.hug-ge.ch/medecine\\_penitentiaire.html](http://premier-recours.hug-ge.ch/medecine_penitentiaire.html)
- 14) Site internet du Conseil de l'Europe : <http://www.coe.int>
- 15) Site internet du Comité de Prévention contre la Torture : <http://www.cpt.coe.int>
- 16) Encyclopédie Wikipedia : <http://www.wikipedia.fr>



## 6 Remerciements

Nous tenons à remercier de la façon la plus sincère nos tutrices, qui nous ont été d'un grand secours et une source de motivation pendant toute la durée de notre stage en immersion communautaire.

*Bernice Elger*  
*Sophie Durieux.*

Nous remercions tous les professionnels de la santé qui ont eu la gentillesse de nous recevoir et de nous éclairer sur le vaste sujet qu'est la médecine en milieu de détention.

*Dr. Ariel Eytan*  
*Dr. Dominique Bertrand*  
*Dr. Jean-Pierre Restellini*  
*Dresse Anne-Sylvie Steiner*  
*M. Raphaël Fragnière*  
*Le personnel infirmier du service médical de Champ-Dollon*

Un grand merci également aux personnel surveillant et administratif de la prison de Champ-Dollon, qui nous a reçus et éclairés sur les mécanismes de fonctionnement d'une prison.

*Le directeur-adjoint de la prison de Champ-Dollon*  
*Le gardien qui nous a servi de guide*  
*Le gardien qui a répondu à notre demande d'entretien*

Enfin, nous aimerions remercier les deux personnes familières de la détention, qui ont eu la gentillesse de raconter leur histoire et de donner leur avis sur les problématiques dont ce document fait état.

*Madame D et Monsieur C*  
*Monsieur N*