

DIRECTI-
VES
MEDICO-
ETHIQUES

Exercice de la médecine
auprès de
personnes détenues



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Editeur

Académie Suisse
des Sciences Médicales (ASSM)
Maison des Académies
Laupenstrasse 7, CH-3001 Berne
T +41 (0)31 306 92 70
mail@samw.ch
www.assm.ch

Présentation

Howald Fosco Biberstein, Bâle

Traduction

Dominique Nickel, Berne

Impression

Gremper AG, Bâle

Tirage

3^{ème} tirage 600 (mars 2013)
4^{ème} tirage 300 (janvier 2019)

Toutes les directives médico-éthiques de
l'ASSM sont disponibles sur son site Internet
www.assm.ch/directives en allemand,
français, anglais et italien.

© ASSM 2018

Directives médico-éthiques

Exercice de la médecine auprès de personnes détenues

Approuvées par le Sénat de l'ASSM le 28 novembre 2002.
La version française est la version d'origine.

Au 1^{er} janvier 2013, les directives ont été adaptées au droit de protection de l'adulte.
Annexe lit. G a été insérée sur décision du Sénat du 19 mai 2015.
Annexe lit. H a été insérée sur décision du Sénat du 29 novembre 2018.



Ces directives font partie du code de déontologie de la FMH.

I. PRÉAMBULE	5
II. DIRECTIVES	6
1. Principes généraux; notion d'objection de conscience	6
2. Conditions d'examen	6
3. Activités et situations d'expertise	6
4. Sanctions disciplinaires	7
5. Equivalence des soins	7
6. Mesures de contrainte décidées et appliquées par les autorités policières ou pénitentiaires	7
7. Consentement à la prise en charge médicale et traitement sous contrainte	8
8. Maladies contagieuses	9
9. Grève de la faim	9
10. Confidentialité	9
11. Dénonciation d'éventuels mauvais traitements	10
12. Indépendance médicale	11
13. Formation	11
III. ANNEXES	12
Littérature concernant les directives	12
Références juridiques	12
Références médico-éthiques	12
Conseils pratiques relatifs à l'application des directives	14
A. Introduction	14
B. Caractère contraignant des directives	14
C. Application du droit à l'équivalence de traitement	16
D. Missions du médecin dans un établissement d'exécution des mesures	17
E. Application de traitements sous contrainte	18
F. Procédure en cas de grève de la faim	19
G. Obligations lors des procédures d'expulsion du territoire suisse	21
H. Prise en charge médicale de personnes suspectées de body packing	23



Documents de référence	27
Littérature relatives à l'application des directives concernant les annexes A–F	28
Littérature concernant l'annexe H	29
Indications concernant l'élaboration de ces directives	30

I. PRÉAMBULE

L'intervention de médecins¹ lors de mesures de contrainte policières appliquées notamment à des personnes refoulées hors du pays suscite de nombreuses interrogations dans l'opinion publique. Pour répondre aux attentes des différents milieux concernés, l'ASSM a élaboré des directives pour les médecins susceptibles d'être sollicités dans un contexte aussi sensible et indubitablement à risque de dérapages éthiques. Plus généralement, la réflexion a été élargie aux interventions médicales auprès de toute personne détenue² par la police ou incarcérée dans un établissement pénitentiaire³.

La multiplicité des codes de procédure pénale et des différents régimes cantonaux d'exécution des peines ne facilite pas l'élaboration de telles directives. Lorsque la personne détenue présente des troubles psychiques, la complexité de la situation est encore accrue.

Le manque d'établissements appropriés, au sens de l'article 43, al. 1 du Code pénal suisse⁴, susceptibles d'accueillir ces personnes de même que la carence en personnel médical (et social) ayant bénéficié d'une formation spécifique, est malheureusement à relever.

Dans un environnement actuel aussi complexe, l'ASSM propose des directives qui tout en s'inspirant largement des recommandations internationales concernant les soins aux personnes détenues, n'ont nullement la prétention d'épuiser le sujet. Tout particulièrement, la question générale des mesures de contrainte décidées dans un contexte psychiatrique ou de médecine somatique d'urgence n'a pas été abordée.

L'ASSM est bien consciente qu'une partie de ces directives concernant l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues s'adresse en réalité plutôt aux autorités administratives et exécutives, cas échéant législatives, de notre pays. Lorsque tel est le cas, elles prennent alors la forme du conditionnel dans le texte et visent avant tout à faire connaître le point de vue de la corporation médicale sur le sujet.

- 1 D'une manière générale, les textes qui suivent concernent toujours les personnes des deux sexes des groupes cités.
- 2 Au sens de ces directives une personne est détenue (en opposition aux personnes placées à des fins d'assistance au sens des art. 426 ss du Code civil suisse) lorsqu'elle est privée de sa liberté sur la base d'une décision émanant d'une autorité policière ou judiciaire pénale (y compris militaire) ou lorsqu'il s'agit d'une détention arrêtée en vertu de la Loi fédérale sur les étrangers.
- 3 «Établissements pénitentiaires» au sens des présentes directives: maisons d'arrêts, institutions pour l'exécution des peines, établissements de détention préventive, centres de rétention administrative.
- 4 L'article 59 du CPS traite de la prise en charge des délinquants mentalement anormaux.

II. DIRECTIVES

1. Principes généraux; notion d'objection de conscience

Les règles de base éthiques et juridiques qui régissent l'activité médicale notamment en matière de consentement et de confidentialité s'appliquent également lorsque la personne est privée de liberté.

Dans un tel cas toutefois, le médecin est souvent obligé de prendre en compte des exigences d'ordre et de sécurité, même si son but doit toujours rester le bien et le maintien de la dignité de son patient. Dans ce contexte, les obligations du praticien aussi bien à l'égard de ses patients détenus qu'aux autorités compétentes⁵ engendrent une réelle spécificité de l'exercice d'une telle médecine en raison d'intérêts et d'objectifs poursuivis parfois divergents.

Compte tenu de ces paramètres dont l'ajustement peut parfois heurter les convictions personnelles du médecin (qu'il s'agisse de mandats à long terme ou d'interventions ponctuelles), ce dernier doit pouvoir agir selon sa conscience et les règles de l'éthique médicale et refuser l'expertise ou la prise en charge clinique de personnes privées de liberté, sauf s'il se trouve confronté à une situation d'urgence.

2. Conditions d'examen

Pour faciliter l'instauration d'un climat de confiance réciproque, le médecin doit s'efforcer de préserver le cadre et la dignité habituels de la relation médecin-malade.

Lorsqu'il procède à l'examen d'une personne détenue, il devrait toujours pouvoir disposer d'un local adéquat. L'examen doit avoir lieu hors de la vue et de l'écoute de tiers, sauf demande contraire du médecin ou avec son accord.

3. Activités et situations d'expertise

Hormis les situations de crise ou d'urgence, le médecin ne peut pas cumuler à la fois l'identité de médecin thérapeute et de médecin expert.

Avant tout acte d'expertise, il doit clairement informer la personne qu'il est chargé d'examiner que le secret médical ne couvrira pas le résultat des examens pratiqués.

⁵ «Autorité compétente» dans le sens de ces directives: direction de l'exécution des peines, autorités judiciaires, autorités policières.

4. Sanctions disciplinaires

A chaque fois que le médecin est interpellé sur l'aptitude d'une personne à subir une sanction disciplinaire, il ne se prononce qu'une fois la sanction arrêtée. Son avis n'intervient donc que dans un deuxième temps et, cas échéant, prend la forme d'un veto basé sur une appréciation strictement médicale.

5. Equivalence des soins

La personne détenue a droit à des soins équivalents à ceux dont bénéficie la population générale.

6. Mesures de contrainte décidées et appliquées par les autorités policières ou pénitentiaires

Lorsque le médecin est appelé à renseigner les autorités compétentes sur les risques et les conséquences d'un transfert sous contrainte (d'ores et déjà décidé par l'autorité), sur l'état de santé d'une personne détenue (p.ex. expulsion d'un logement, refoulement hors du territoire national, etc.), il doit faire preuve de la plus grande prudence et s'efforcer de réunir au préalable, et dans la mesure du possible, les informations nécessaires sur l'histoire médicale du patient. Le médecin doit tenir notamment compte du moyen de transport envisagé, de la durée probable du transfert et des mesures de sécurité et de contention qui sont susceptibles d'être appliquées à la personne visée.

Il doit à chaque fois exiger un accompagnement par du personnel médical, lorsque l'état de santé physique ou psychique du détenu l'exige ou lorsque l'importance des mesures de contention et de sécurité utilisées est susceptible de faire courir en soi un risque pour la santé de la personne.

Dans les cas où le médecin est appelé à intervenir auprès d'une personne détenue qui fait l'objet d'une mesure de contrainte, il doit garder une position neutre et professionnelle et informer clairement son patient potentiel qu'il est à sa disposition et qu'aucune mesure médicale ne sera prise contre son gré (demeure réservée la situation décrite dans le chapitre 7.).

Si le médecin est persuadé que les moyens utilisés pour exécuter la mesure (tels que bâillonnement, liens serrés et prolongés, position dite de l'hirondelle: pieds et mains menottés postérieurement en position d'opisthotonos, etc.) font courir un risque de santé immédiat et majeur au patient, il doit informer sans délai l'autorité compétente qu'au cas où les moyens prévus ne seraient pas abandonnés, il n'assumera pas la responsabilité médicale du cas et qu'il ne peut, par conséquent, pas prêter son concours.

7. Consentement à la prise en charge médicale et traitement sous contrainte

Comme en situation médicale ordinaire, un médecin, agissant en qualité d'expert ou de thérapeute, n'est autorisé à entreprendre un acte diagnostique ou thérapeutique sur une personne détenue que s'il a obtenu de sa part un consentement libre et éclairé (informed consent).

Toute administration de médicaments, en particulier psychotropes à des personnes détenues ne peut donc être effectuée qu'avec l'accord du patient et sur la base d'une décision strictement médicale.

En situation d'urgence et dans les mêmes conditions qu'avec un patient non détenu, le médecin peut se passer de l'accord du patient lorsque ce dernier présente une incapacité de discernement causée par un trouble psychique majeur avec un risque immédiat de gestes auto- ou hétéro-agressifs (conditions cumulatives). Dans un tel cas, le médecin est tenu de s'assurer que le patient détenu bénéficiera d'un suivi médical approprié à court et à long terme (notamment sous la forme d'un transfert provisoire en milieu psychiatrique lorsque par exemple une décision d'expulsion s'avère médicalement impossible).

Le recours médical à des mesures de contention physique ne peut être envisagé que pendant une durée de quelques heures. Dans tous les cas de contention médicale, le médecin responsable est tenu d'en surveiller régulièrement l'application et la justification; il doit procéder à des réévaluations rapprochées.

8. Maladies contagieuses

En cas de maladie contagieuse, l'autonomie et la liberté de mouvements du patient détenu ne peuvent être limitées que selon les critères applicables à un groupe de population vivant dans des conditions similaires de promiscuité (p.ex. unité militaire, colonie de vacances, etc.).

9. Grève de la faim

En cas de grève de la faim, la personne détenue doit être informée par le médecin de manière objective et répétée des risques inhérents à un jeûne prolongé.

Sa décision doit être médicalement respectée, même en cas de risque majeur pour la santé, lorsque sa pleine capacité d'autodétermination a été confirmée par un médecin n'appartenant pas à l'établissement.

Si elle tombe dans le coma, le médecin intervient selon sa conscience et son devoir professionnel à moins que la personne n'ait laissé des directives explicites s'appliquant en cas de perte de connaissance pouvant être suivie de mort.

Tout médecin qui fait face à un jeûne de protestation doit faire preuve d'une stricte neutralité à l'égard des différentes parties et doit éviter tout risque d'instrumentalisation de ses décisions médicales.

Malgré le refus d'alimentation formulé, le médecin s'assure que de la nourriture est quotidiennement proposée au gréviste.

10. Confidentialité

Le secret médical doit être respecté selon les mêmes dispositions légales qui s'appliquent pour les personnes libres (art. 321 CPS). Les dossiers des patients doivent être notamment conservés sous responsabilité médicale. Les conditions d'examen décrites dans le chapitre 2. s'appliquent.

Toutefois, la promiscuité créée par la vie carcérale, qui peut durer quelquefois plusieurs années, de même que le rôle de garant et parfois même d'auxiliaire de soins souvent joué par les agents pénitentiaires ou les policiers peuvent imposer un échange d'informations sanitaires entre le personnel de santé et le personnel de sécurité.

Dans ces conditions, le médecin doit s'efforcer, avec l'accord du patient détenu, de répondre à chaque fois aux interrogations légitimes du personnel pénitentiaire ou policier.

Lorsque le patient détenu s'oppose à une divulgation, en situation de danger pour la sécurité ou pour des tiers, le médecin peut demander à être délié de son secret par l'autorité compétente s'il estime qu'il est de son devoir d'informer des tiers, notamment les responsables et/ou le personnel de surveillance en charge du cas (art. 321, al. 2 CPS). Dans un tel cas, le patient doit être averti qu'une levée du secret médical le concernant a été demandée.

Exceptionnellement, lorsque la vie ou l'intégrité corporelle d'un tiers désigné est gravement et concrètement menacée dans l'immédiat, le médecin peut déroger de lui-même au secret médical et avertir directement les autorités compétentes, ou éventuellement le tiers menacé.

11. Dénonciation d'éventuels mauvais traitements

Toute trace de violence observée sur une personne détenue lors d'un examen médical doit être dûment consignée.

Dans son rapport, le médecin doit clairement distinguer les allégations (circonstances du traumatisme décrites par le patient) et les plaintes (sensations subjectives ressenties par le patient) des constatations cliniques et paracliniques objectives (taille, localisation, aspect des lésions, radiographies, résultats de laboratoire, etc.). Si sa formation et/ou son expérience le lui permettent, le médecin indique si les allégations du patient sont compatibles avec ses propres constatations médicales (p.ex. la date du traumatisme alléguée par le patient et la couleur de ses hématomes).

Ces informations doivent être transmises sans retard aux autorités de surveillance policières ou pénitentiaires. La personne détenue a en tout temps le droit d'obtenir un exemplaire du rapport médical dont elle fait l'objet.

Lorsque la personne détenue s'oppose formellement à la transmission de ces informations, le médecin doit faire une pesée des intérêts en présence et, le cas échéant, procéder selon chapitre 10.

12. Indépendance médicale

Quelles que soient ses conditions particulières d'exercice (statut de fonctionnaire ou d'employé public ou contrat privé), le médecin doit bénéficier d'une totale indépendance à l'égard des autorités policières ou pénitentiaires. Ses décisions cliniques et toutes autres évaluations relatives à la santé des personnes détenues ne peuvent être fondées que sur des critères strictement médicaux.

Afin de garantir l'indépendance des médecins exerçant en milieu policier ou pénitentiaire, toute relation hiérarchique ou même contractuelle directe entre ces derniers et la direction de l'établissement doit être évitée à l'avenir.

Le personnel de soins ne peut accepter des ordres médicaux que s'ils viennent du médecin traitant (de l'établissement).

13. Formation

Tout professionnel de la santé exerçant de manière suivie auprès de patients détenus doit à l'avenir être au bénéfice d'une formation spécifique concernant la mission et le fonctionnement des différents établissements de privation de liberté, ainsi que la gestion des situations de danger potentiel et de violence. Des connaissances ethno-socio-culturelles sont également nécessaires.

III. ANNEXES

Littérature concernant les directives

Références juridiques

Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales; Conseil de l'Europe; Rome, 4.XI.1950.

Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants; Conseil de l'Europe; Strasbourg; 26.XI.1987.

Code Pénal Suisse.

Code Civil Suisse.

Loi fédérale sur les étrangers du 16 décembre 2005.

Jurisprudence du TF sur la contrainte:

RCC 1992, p. 508 / – ATF 118 II 254 / – ZBl. 1993 504 / – ATF 121 III 204 / – ATF 125 III 169 / – ATF 126 I 112 / – ATF 127 I 6 / – arrêt du 8 juin 2001, 1P.134/2001 / – arrêt du 15 juin 2001, 6A.100/2000 (idem) / – arrêt du 22 juin 2001, 5C. 102/2001.

Références médico-éthiques

Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment.

Adopted by the United Nations General Assembly; Resolution 37/194 of 18 December 1982.

Health Professionals with Dual Obligations; in Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (The Istanbul Protocol).

Commission on Human Rights; United Nations; 13 March 2001.

Règles pénitentiaires européennes.

Recommandations du Comité des Ministres; Conseil de l'Europe; 1987.

L'organisation des services de soins de santé dans les établissements pénitentiaires des Etats membres.

Comité européen de la Santé; Conseil de l'Europe; juin 1998.

Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaires.

Recommandation n° R(98) 7 et exposé des motifs; Comité des Ministres; Conseil de l'Europe; avril 1999.

Services de santé dans les prisons.

3^e rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1992; CPT; Conseil de l'Europe; juin 1993.

Personnes retenues en vertu de législations relatives à l'entrée et au séjour des étrangers.

7^e rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1996; CPT; Conseil de l'Europe; août 97.

Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice.

World Psychiatric Association; approved by the general assembly on august 25, 1996.

Déclaration de Tokyo de l'Association Médicale Mondiale.

Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement, Adoptée par la 29^e Assemblée Médicale Mondiale; Tokyo, Octobre 1975.

Déclaration de Malte de l'Association Médicale Mondiale sur les Grévistes de la Faim.

Adoptée par la 43^e Assemblée Médicale Mondiale; Malte, Novembre 1991.

Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and other Communicable Diseases; World Medical Association.

Adopted: October 2000.

Conseils pratiques relatifs à l'application des directives

A. Introduction

En 2010, les gros titres de la presse relaient la prise en charge médicale d'un détenu en grève de la faim, une décision du Tribunal fédéral⁶ et la participation de médecins aux renvois forcés. Ces actualités ont relancé les discussions au sein du corps médical⁷ et incité l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) à se pencher sur ce thème et à vérifier l'actualité et la praticabilité de ses directives médico-éthiques relatives à «L'exercice de la médecine auprès de personnes détenues», qui datent de 2002. La Commission Centrale d'Ethique (CCE) a chargé un groupe de travail de cette mission. Se fondant sur le rapport de ce groupe de travail, elle a conclu que ces directives, rédigées sur la base de documents internationaux mondialement reconnus, étaient toujours d'actualité. Toutefois, les expériences des médecins pénitentiaires montrent que les principes éthiques énoncés dans les directives sont encore insuffisamment appliqués dans l'exécution des peines et des mesures et que, dans certains domaines, il reste des efforts à faire dans ce sens. C'est pourquoi des conseils pratiques pour l'application des directives médico-éthiques relatives à «L'exercice de la médecine auprès de personnes détenues» ont été élaborés; ceux-ci constituent une annexe aux directives. Par ailleurs, alors que dans les directives de 2002 les soignants n'avaient été mentionnés qu'en marge, leur rôle est décrit plus précisément dans le présent document.

B. Caractère contraignant des directives

L'arrêt du Tribunal fédéral dont il est question a déclenché un débat juridique sur le poids des directives médico-éthiques de l'ASSM. Un médecin pénitentiaire peut-il invoquer les directives, lorsqu'il reçoit un ordre qui transgresse les principes éthiques ou est-il tenu d'exécuter dans tous les cas les décisions de la direction de l'établissement pénitentiaire ou des autorités judiciaires?

6 Arrêt du Tribunal fédéral du 26 août 2010 dans l'affaire B. Rappaz.

7 Fédération des médecins suisses FMH, Association Suisse des Infirmières et Infirmiers ASI, Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM, Commission Centrale d'Ethique de l'Académie Suisse des Sciences Médicales CCE, Conférence suisse des médecins pénitentiaires, Forum du personnel soignant des établissements de détention en Suisse et 74 signataires individuels. Grève de la faim en prison – A propos de l'arrêt du Tribunal fédéral du 26 août 2010. Bull Med Suisses. 2010; 91(39): 1518–20.

Comme toutes les directives de l'ASSM, celles qui traitent de «L'exercice de la médecine auprès de personnes détenues» s'adressent aux médecins et autres professionnels de la santé; leur but est d'apporter une aide à la pratique médicale quotidienne. Il ne s'agit pas de droit impératif, mais un contrat ou l'adhésion à une association peuvent lui conférer un caractère contraignant.⁸ Mais les directives ont également des conséquences légales en-dehors de ce cadre. En effet, le Tribunal fédéral leur reconnaît dans une jurisprudence constante la valeur de règles de l'art médical. Le juge peut s'appuyer sur les directives afin de déterminer la diligence d'un médecin dans un cas particulier. Par les biais des règles de responsabilité, les directives servent ainsi de référence pour juger si un médecin n'a pas violé ses obligations par non-respect des standards professionnels. Par conséquent, les règles matérielles consacrées dans les directives de l'ASSM sont particulièrement importantes. Les directives médico-éthiques relatives à «L'exercice de la médecine auprès de personnes détenues», publiées en 2002, récapitulent de façon aisément compréhensible les droits fondamentaux valables en médecine pénitentiaire et offrent ainsi une orientation pour la pratique.

En premier lieu, le principe de l'équivalence des soins pour les personnes en détention et celles en liberté (chapitre 5.) est explicitement reconnu dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et en droit cantonal, comme en Valais ou à Genève. De même, l'indépendance des médecins dans le choix et la fourniture de soins, exigée dans les directives (chapitre 12.), repose directement sur les principes de base en matière de droit des patients et d'obligations professionnelles. On notera ainsi que les articles 56ss du Code pénal suisse précisent à quelles conditions, en se basant sur l'avis d'expert d'un médecin, le juge devra renoncer à prononcer une peine pour lui substituer une mesure thérapeutique lorsqu'un détenu souffre de troubles de santé et, de la même manière, comment le juge devra s'en remettre à l'avis du médecin pour déterminer la nature et les conditions de réalisation de cette mesure dans un établissement approprié. A chaque étape, le Code pénal définit le champ de compétence propre du juge et du médecin en garantissant à ce dernier son indépendance (cf. chapitre D.). Ainsi, lorsque le juge fait référence à l'avis du médecin, il en accepte les règles et les conditions de pratique.

8 Du fait de leur intégration au code déontologique FMH, les directives deviennent obligatoires pour les membres de la FMH.

C. Application du droit à l'équivalence de traitement → Chapitre 5.

Le droit à l'équivalence de traitement est un principe fondamental en médecine pénitentiaire. A l'exception d'un libre choix plus limité du médecin, les personnes détenues ont, en matière de santé, les mêmes droits que les autres patients. Non seulement les directions des établissements pénitentiaires, mais aussi tous les médecins et soignants impliqués dans la prise en charge du patient sont tenus de respecter ce droit.

Le droit à l'équivalence de traitement n'englobe pas seulement l'accès aux mesures de santé préventives, diagnostiques, thérapeutiques et de soins, mais également les règles de base de la relation médecin-patient, comme par exemple le droit à l'autodétermination et à l'information et le respect de la confidentialité. A ce propos, les médecins qui interviennent en milieu carcéral sont tenus au secret professionnel consacré par l'article 321 CPS et ne peuvent dévoiler des informations concernant leurs patients à des tiers en dehors du cadre étroit fixé par la loi (cf. chapitre 10.).

Ceci devient problématique dans ce contexte, lorsque, par manque de ressources, le personnel de surveillance est chargé de la distribution de médicaments. Si les médicaments sont délivrés par des personnes autres que le personnel médical qualifié, cela ne constitue pas seulement une atteinte au secret professionnel, mais aussi une infraction à la loi sur les produits thérapeutiques. En effet, celle-ci stipule que les personnes habilitées à distribuer les médicaments doivent être définies avec précision, sans aucune exception pour le régime pénitentiaire. Sont autorisés à délivrer des médicaments les pharmaciens et autres personnes exerçant une profession médicale universitaire, à savoir les médecins, dentistes, vétérinaires et chiropraticiens, ainsi que tout autre professionnel de la santé dûment formé, sous le contrôle d'un représentant des professions médicales universitaires susmentionnées, et au bénéfice d'une autorisation des autorités sanitaires cantonales compétentes, généralement le pharmacien cantonal.

Face à la réalité de la prise en charge médicale et des soins dans les prisons suisses, il est indispensable de trouver des solutions qui permettent, d'une part, un fonctionnement optimal de la prise en charge médicale avec des possibilités de délégation acceptables tout en respectant, d'autre part, les dispositions légales. Lorsque des personnes non habilitées délivrent des médicaments, les conditions suivantes doivent être observées:

1. Le médicament fait l'objet d'une prescription médicale.
2. Il a été livré à l'établissement par une pharmacie publique, les médicaments stockés dans l'établissement étant placés sous le contrôle et la responsabilité d'un pharmacien autorisé.
3. Le surveillant se limite à vérifier s'il délivre à la personne le médicament correct au moment correct, cela signifie qu'il ne reçoit pas la prescription médicale, mais seulement une liste pour la distribution. En cas de doute, il doit contacter le pharmacien ou le médecin responsable et suivre ses instructions.
4. Dans la mesure du possible, les médicaments sont remis sous une forme neutre (semainiers ou barquettes) qui permettent de respecter la confidentialité.

D. Missions du médecin dans un établissement d'exécution des mesures → Chapitre 6.

La prise en charge de détenus dans le cadre d'une mesure judiciaire (art. 63 et 59 du Code pénal) fait partie des missions principales de la médecine pénitentiaire. L'ordonnance judiciaire pour l'exécution des mesures est basée sur une expertise psychiatrique. L'application d'une mesure doit être adéquate, proportionnelle et applicable (art. 56 CPS). Suivant les tribunaux, le dispositif thérapeutique préconisé est plus ou moins détaillé dans le jugement. La plupart du temps, il reprend de manière générale les termes de l'expertise psychiatrique. Se pose alors la question de la marge de manœuvre dont dispose le médecin à qui est confié le mandat par l'autorité pénale ou pénitentiaire.

L'acceptation du mandat de soins

Un médecin ne doit accepter un mandat de soins que s'il a les compétences requises pour en remplir les objectifs. Ainsi, par exemple, il ne devrait accepter de prodiguer un suivi psychothérapeutique que s'il dispose des connaissances spécifiques et de l'expérience pratique pour soigner la personne détenue qui lui est confiée, sinon il doit refuser le mandat. Avant d'accepter un mandat, le médecin doit être conscient de ce que celui-ci signifie pour lui-même et pour le patient. Il doit notamment s'assurer que le patient est prêt à le délier du secret professionnel pour qu'il puisse transmettre aux autorités compétentes les informations indispensables au contrôle du déroulement de la mesure thérapeutique. Dans l'idéal, les modalités de la rencontre thérapeutique dans ce contexte (déliement du secret médical, etc.) devraient être définies au préalable.

L'évaluation de l'état du patient et des possibilités thérapeutiques

Le médecin doit procéder à une anamnèse minutieuse, évaluer les options thérapeutiques, élaborer une proposition de traitement, la discuter avec le patient et obtenir son consentement. Le choix du traitement est basé exclusivement sur des considérations médicales, il s'agit donc d'une décision purement médicale. Il n'est pas rare que des conflits surgissent dans ces situations. Par exemple, lorsqu'un patient souhaite un traitement pharmacologique visant à inhiber ses pulsions sexuelles dans le but d'obtenir un élargissement de la part des autorités, le médecin ne peut soutenir la demande que si, du point de vue médical, le traitement est pertinent. Le traitement pharmacologique doit être efficace et il ne doit présenter aucune contre-indication. Le fait que des options thérapeutiques soient mentionnées dans le jugement conduisant au prononcé de la mesure ne dispense pas le médecin d'observer les prescriptions éthiques valables pour tout traitement.

Il est important de garder à l'esprit que la mesure pénale se limite à fixer le cadre de l'exécution d'une décision de justice. Néanmoins, à l'intérieur de ce cadre, le médecin conserve toutes ses prérogatives pour conduire un traitement selon l'appréciation médicale exclusive qu'il peut faire de la situation. Il lui appartiendra de rendre compte à l'autorité judiciaire de la manière dont il a exécuté ou non le mandat qui lui a été confié, sans perdre de vue qu'il reste tenu par une obligation de moyen et non par une obligation de résultat.

E. Application de traitements sous contrainte → Chapitre 7.

Les dispositifs de contrainte dans le cadre thérapeutique peuvent revêtir différentes modalités: il peut s'agir de dispositifs de contention physique, de sédations médicamenteuses ou de traitements pharmacologiques, psychotropes la plupart du temps, imposés sans le consentement du patient. Des traitements sous la contrainte ne peuvent être appliqués que dans les situations d'urgence décrites au chapitre 7. selon les mêmes critères valables pour des personnes non détenues. Ils doivent toujours être indiqués et prescrits par un médecin. Lors de leur application, la dignité du patient doit être respectée et les mesures doivent être adéquates et proportionnelles. C'est le rôle du médecin de poser l'indication et de veiller au respect des bases juridiques. Les médecins et infirmiers ne peuvent pas introduire des mesures de contrainte sur ordre des autorités.

Les mesures de contrainte peuvent être traumatisantes non seulement pour le patient, mais également pour l'équipe soignante; de ce fait, la décision devrait être – dans toute la mesure du possible – discutée et soutenue par toute l'équipe (médecins, infirmiers et personnel de sécurité).

F. Procédure en cas de grève de la faim → Chapitre 9.

Les médecins et soignants exerçant en milieu pénitentiaire sont régulièrement confrontés à des détenus en grève de la faim. Celle-ci doit être comprise comme un acte de protestation – souvent ultime – d’une personne qui ne se sent plus en mesure d’être entendue d’une autre façon. Le gréviste de la faim ne veut pas mourir; il veut avant tout que sa revendication aboutisse. Il sait qu’une issue fatale est possible si la situation se dégrade au point de devenir un conflit insoluble.

Lors du choix de la procédure adéquate, il est important de bien distinguer les différentes situations dans lesquelles une alimentation artificielle (au moyen d’une sonde gastrique ou d’une perfusion) est évoquée chez un gréviste de la faim:

1. La personne détenue est capable de discernement, elle décline l’alimentation artificielle et sa vie n’est pas en danger immédiat. Une alimentation forcée dans cette situation a été qualifiée de torture par la Cour Européenne de Justice.
2. La personne détenue est capable de discernement, elle décline l’alimentation forcée et la poursuite de la grève de la faim met sa vie en danger.
3. La personne détenue est devenue incapable de discernement suite à la grève de la faim, elle a consigné son opposition à l’alimentation artificielle dans des directives anticipées valides et le renoncement à l’alimentation artificielle signifie qu’elle encourt un danger de mort imminent.
4. La personne détenue est incapable de discernement (ou bien à la suite de la grève de la faim ou d’une autre cause), elle ne dispose pas de directives anticipées valides, qui interdisent une alimentation artificielle dans cette situation, et le renoncement à l’alimentation artificielle signifie qu’elle encourt un danger de mort imminent.

Selon les directives de l’ASSM, du point de vue médical, une alimentation artificielle n’est indiquée que dans la situation 4 et peut être administrée sans emploi de force dans la majorité des cas. Dans les autres situations, elle serait en contradiction avec les directives et les règles de l’art médical.

Les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) décrivent les missions des médecins en cas de grèves de la faim dans le chapitre 9. A titre complémentaire, les recommandations suivantes sont à observer:

- Les grévistes de la faim doivent bénéficier d'une évaluation médicale le plus rapidement possible (<24h). Il convient de clarifier s'ils refusent seulement de se nourrir ou aussi de s'hydrater. Par ailleurs, les comorbidités (p.ex. diabète, maladie psychiatrique ou insuffisance rénale) doivent être clarifiées. Par la suite, le patient doit être évalué quotidiennement par un professionnel de santé.
- Le gréviste de la faim doit être informé des conséquences d'un jeûne prolongé sur son état physique et psychique. Les risques et les mesures de protection (apport de liquide, substitution de vitamines et d'électrolytes) de même que les risques liés à la réintroduction de l'alimentation («refeeding-syndrome») doivent être discutés (cf. chapitre 9.).
- De la nourriture doit être proposée quotidiennement au gréviste de la faim (cf. chapitre 9.).
- La relation de confiance est la base de toute thérapie. Dès lors il est important de clarifier les rôles et de garantir que le médecin et les infirmiers agissent indépendamment des autorités non médicales. Il faut, en outre, garantir à la personne en grève de la faim que le médecin/soignant observe les directives de l'ASSM relatives à la prise en charge de personnes détenues, notamment en matière de confidentialité et de droit à l'autodétermination et à l'intégrité corporelle.
- Il convient également de s'assurer que la personne détenue a décidé librement de la grève de la faim, sans pression extérieure.
- La capacité de discernement doit être évaluée régulièrement (au moins chaque semaine), le cas échéant par des experts indépendants.
- Dès lors qu'une hospitalisation est envisagée, il est souhaitable de proposer au patient de rédiger des directives anticipées. Plus de 90% des grèves de la faim sont interrompues spontanément en moins d'une semaine. De ce fait, la rédaction trop précoce de directives anticipées présente un risque: le gréviste de la faim pourrait se sentir lié au document et ressentir l'interruption de la grève comme un échec supplémentaire, ce qui pourrait l'inciter à prolonger inutilement sa grève de la faim.

G. Obligations lors des procédures d'expulsion du territoire suisse → Chapitre 6.

Le principe de l'équivalence des soins est aussi valable pendant la détention en vue d'un renvoi. Il implique l'obligation de procéder aux examens et traitements médicaux dans les règles de l'art (cf. chapitre 2.). Les obligations liées aux renvois sont décrites en détail dans les directives de l'ASSM (cf. chapitre 6.). Elles stipulent notamment que le médecin ne peut assumer la responsabilité de la mesure et doit refuser de prêter son concours s'il est persuadé que les moyens utilisés font courir un risque de santé immédiat et majeur au patient. Il arrive toujours que des personnes qui s'opposent à un renvoi soient ligotées au moyen d'attache-câbles (renvoi de niveau IV). Conformément à la directive sur le retour de l'UE⁹, depuis le 1^{er} janvier 2011, un observateur indépendant doit surveiller le renvoi. Elle prévoit également qu'un médecin (disposant d'une formation de médecin urgentiste), et, le cas échéant, un secouriste, garantissent l'assistance médicale de la personne détenue.

Le ligotage rend toutefois une évaluation clinique plus difficile. Cette difficulté est aggravée par le fait que dans la plupart des cas, les actes ou les examens médicaux préalables ont été insuffisants, car pendant la détention en vue d'un renvoi seules les interventions urgentes sont remboursées. L'évaluation de l'aptitude au transport des détenus en vue du renvoi et l'assistance médicale pendant le renvoi font partie des devoirs du médecin et doivent être réalisées dans les règles de l'art. Par contre, cela ne fait pas partie des devoirs du médecin d'assurer la prise en charge médicale dans des conditions qui entravent ou empêchent une évaluation médicale. Il a dans ce cas le droit, voire l'obligation de refuser d'être associé au renvoi.

Examen médical pendant la détention en vue d'un refolement

La personne concernée par un rapatriement forcé doit en être informée en temps utiles pour qu'il soit possible de procéder à un examen médical qui est, soit exigé par la personne elle-même, soit indiqué en raison de signes évidents de troubles de la santé.¹⁰ La transmission à des tiers de résultats d'un éventuel examen médical ou d'informations médicales découlant de la relation thérapeutique, notamment à des instances cantonales, au Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM) ou aux médecins accompagnant le vol (médecins accompagnants), sans le consentement du patient, constitue une violation du secret médical.

Les personnes détenues en vue d'un renvoi doivent être considérées comme des patients à risque. Dès lors, il est essentiel de disposer de toutes les informations susceptibles d'être importantes pour la santé du patient pendant le vol. Toutefois, le médecin pénitentiaire (ou le médecin traitant) ne décide pas de l'aptitude

⁹ Directive sur le retour (directive 2008/115/CE).

¹⁰ Conformément à l'art. 27, al. 3 de la loi sur l'usage de la contrainte, un examen médical des personnes concernées doit avoir lieu avant le départ a) lorsque la personne concernée le demande ou b) lorsque l'état de la personne laisse supposer des problèmes de santé.

au transport du patient, mais vérifie uniquement s'il y a des contre-indications (conformément à la liste des contre-indications¹¹). Il informe la personne à rapatrier de l'importance de transmettre ces informations et l'encourage à les mettre à la disposition du médecin accompagnant. Avec l'accord de la personne concernée, le médecin consigne les éventuelles contre-indications, dont il a connaissance dans le «Rapport médical dans le domaine du retour/exécution du renvoi» et le transmet dans une enveloppe fermée à l'autorité d'exécution.¹² Celle-ci fait immédiatement parvenir l'enveloppe à l'organisation chargée de l'accompagnement médical. Si le patient s'oppose à la transmission des informations médicales, le médecin doit lui expliquer les possibles conséquences de son refus. Dans ce cas, seul le refus de transmettre les informations médicales est communiqué; celui-ci doit être documenté dans le dossier du patient. Le médecin doit toutefois évaluer si le danger auquel est exposé le patient est assez sérieux pour justifier un déliement du secret médical par l'instance compétente et, le cas échéant, prendre les mesures appropriées. Dans des situations exceptionnelles, lorsque la vie ou l'intégrité physique du patient ou de tierces personnes est menacée, le médecin peut, de sa propre initiative, déroger au secret médical et en informer les autorités compétentes.

Examen médical par les médecins accompagnants

Les médecins qui accompagnent les rapatriements forcés endossent une fonction d'experts. Le médecin accompagnant doit disposer de suffisamment de temps pour procéder à une anamnèse sérieuse; s'il le juge nécessaire, il peut demander des examens médicaux supplémentaires. Il décide des conditions cadres: pendant l'examen médical, la personne ne devrait pas être ligotée et les masques devraient être retirés. Les locaux doivent être conçus de telle façon que la confidentialité puisse être respectée. Si nécessaire, les services d'un interprète doivent être sollicités.

Avant l'examen, les autorités d'exécution doivent mettre à disposition au minimum les indications administratives suivantes:

- sexe;
- âge;
- heure du dernier repas;
- grève de la faim (actuellement jusqu'aux 6 derniers mois).¹³

11 Cf. Liste des contre-indications «Contre-indications médicales aux rapatriements sous contrainte par voie aérienne» sous: www.assm.ch → Ethique → médecine pénitentiaire.

12 Cf. le «Rapport médical dans le domaine du retour/exécution du renvoi» sous: www.assm.ch → Ethique → médecine pénitentiaire.

13 L'information au sujet d'une grève de la faim n'affecte pas le secret médical, il s'agit d'une information administrative qui doit être transmise dans tous les cas, c'est-à-dire même si la personne concernée n'a pas délié le médecin pénitentiaire du secret médical.

Avec le consentement de la personne examinée, le médecin accompagnant consulte le «Rapport médical dans le domaine du retour/exécution du renvoi» et, en cas de besoin, demande des précisions au médecin (pénitentiaire) précédemment en charge du patient. Les situations dans lesquelles la personne à rapatrier refuse le dialogue et où le médecin accompagnant doit se limiter à l'impression clinique, sont particulièrement problématiques. Après l'examen médical, le médecin accompagnant décide si la personne à rapatrier est apte au vol ou non.

Le médecin accompagnant est responsable de l'évaluation de l'aptitude au transport ainsi que de la surveillance et de la prise en charge médicales de la personne à rapatrier pendant le vol. Le cas échéant, il peut recommander une prévention médicamenteuse de la thrombose. Les traitements sous contrainte sont inadmissibles. Le médecin accompagnant n'est pas responsable du suivi médical ultérieur de la personne rapatriée. Il peut toutefois exiger que les médicaments nécessaires (par ex. antihypertenseurs, antidépresseurs etc.) soient mis à la disposition des personnes refoulées pour une période transitoire de quelques jours.

Le médecin accompagnant peut refuser d'accompagner un vol s'il existe une contre-indication au transport ou si les conditions requises pour une évaluation adéquate ne sont pas remplies.

H. Prise en charge médicale de personnes suspectées de body packing

Principes généraux

Séparation entre les rôles d'expert et de thérapeute

Dans le cas de personnes soupçonnées de body packing, le médecin peut endosser soit le rôle du thérapeute, soit le rôle d'un expert (expert en procédure pénale respectivement en droit douanier). Les médecins qui effectuent un examen radiologique en cas de suspicion de body packs endossent un rôle d'expert par rapport au personnel de sécurité et aux autorités juridiques. Les médecins et autres professionnels de la santé qui supervisent le patient jusqu'à l'expulsion des body packs ont un rôle de thérapeute. Hormis les situations d'urgence, un médecin ne peut pas être simultanément expert et thérapeute. Cela signifie que le médecin qui effectue l'examen radiologique pour vérifier les soupçons de body packs ne peut assurer ensuite la surveillance médicale du patient.

Égalité de traitement

Une personne soupçonnée et/ou présentant des preuves de body packs a droit à des soins médicaux et à un traitement équivalents à ceux de la population générale.

Pas de traitement de contrainte

La personne concernée doit être informée des mesures de santé et donner son accord libre et éclairé. Si la personne concernée refuse l'examen radiologique pour vérifier la présence de body packs, l'expulsion d'éventuels body packs doit être surveillée 24h/24 en milieu médicalisé.

Investigations en cas de suspicion de body packs (rôle d'expert)

Le médecin ne peut exécuter les mesures ordonnées par les forces de l'ordre compétentes que si elles sont proportionnées. La mise en œuvre de mesures coercitives ne peut pas être faite par un médecin dans un rôle d'expert. S'il existe un ordre spécifique d'examen médical par les forces de l'ordre ou les services douaniers compétents, un médecin cadre décide si le rôle d'expert peut être accepté ou non. En cas de décision positive, les principes suivants s'appliquent:

Tests diagnostiques

- En cas de soupçon de body packs, des tests diagnostiques sont effectués. Le radiologue transmet leurs résultats aux forces de l'ordre et/ou aux autorités juridiques.
- Une surveillance médicale continue peut constituer une alternative aux procédés d'imagerie. Il est recommandé d'utiliser des toilettes aménagées (exemples: «WC trieurs» tels qu'existants dans les hôpitaux universitaires de Genève et de Berne ou à la prison de la police à Zurich).
- Si la personne concernée refuse de se soumettre à un examen radiologique pour enquêter sur d'éventuels body packs, il est disproportionné de contraindre la personne à l'examen. La réalisation d'un examen radiologique sous anesthésie est également disproportionnée sans le consentement de la personne concernée et n'est donc pas autorisée.
- L'examen de choix est la tomodensitométrie (CT) low dose sans produit de contraste. La CT permet une évaluation approximative du nombre de boulettes et de leur localisation.
- Pour les femmes un test de grossesse est nécessaire avant l'examen d'imagerie.
- Comme alternative chez la femme enceinte, l'ultrasonographie abdominale est indiquée. Sa validité clinique est toutefois moindre.
- La toxicologie urinaire est peu utile car la sensibilité est variable (sensibilité et spécificité de 37–50%) et montre des résultats faux positifs s'il s'agit d'un consommateur de drogue. Elle n'est, en outre, pas utile pour évaluer la rupture d'une boulette.

Si les soupçons de présence de body packs se confirment, la personne concernée doit bénéficier d'une prise en charge médicale.

Surveillance médicale et traitement en présence de body packs (rôle de thérapeute)

En cas de rupture du body pack, le risque de mortalité est élevé. Pour assurer une détection précoce d'une rupture du body pack, une surveillance hospitalière doit être assurée. Celle-ci doit être effectuée selon les principes suivants:

- La surveillance doit être assurée 24h/24. Toutes les 2 à 4 heures, les paramètres vitaux doivent être vérifiés. Cela suppose également une surveillance neurologique (pupilles, Glasgow Coma Scale).
- Dès l'expulsion de la première boulette, son contenu devrait être analysé et le résultat immédiatement communiqué au médecin traitant. Ainsi, les éventuelles complications peuvent être traitées rapidement et de manière ciblée.
- Le médecin thérapeute et les autres professionnels de santé ne doivent effectuer aucune mesure de contrainte chez les patients présentant une capacité de discernement intacte, même si la personne est en garde à vue par la police.

Anamnèse

Les informations suivantes doivent être relevées:

- *Caractéristiques du body pack*: nombre de boulettes ingérées, type d'emballage (industriel versus artisanal), substance transportée, temps depuis l'ingestion, prise de spasmolytiques, constipants.
- *Facteurs de risque*: plaintes digestives, selles avec fragments de boulettes, antécédents chirurgicaux abdominaux.
- *Etat psychique et notamment risque suicidaire*: contexte de primo-incarcération, risque de geste auto-agressif, évaluation des vulnérabilités particulières (toxicodépendance avec risque de consommation du contenu des boulettes, état psychotique, fragilité psychique).

Réalisation d'un examen clinique complet pour identifier les facteurs de risques:

- *Signes d'une intoxication aiguë*: myosis/mydriase, agitation, somnolence, tachypnée, bradypnée.
 - *Signes de complications digestives*: iléus, douleurs, péritonisme.
 - *Signes de complications gynécologiques* (si bodypacking vaginal): infection bactérienne (vaginite, salpingite).
- **CAVE**: ne pas faire d'examen cavitaire (toucher vaginal ou rectal) car risque de rupture du body pack.

Traitement des patients asymptomatiques

- L'observation médicale continue jusqu'à l'expulsion naturelle de la dernière boulette doit être assurée.
- Prudence à l'utilisation de laxatifs, car risque de rupture des boulettes. Avec tous les soins requis, l'utilisation est possible si elle est indiquée médicalement, mais pas dans le but d'accélérer l'expulsion des body packs. L'utilisation de laxatifs osmotiques (macrogols, type Klean-Prep®): 1.5–2L/h PO/SNG ou laxatifs de contact (picosulfate) à posologie habituelle.
→ **CAVE**: contre-indication absolue aux laxatifs à base d'huile, ceux-ci pouvant augmenter la porosité des body packs.
- Après trois selles négatives et/ou après l'expulsion du nombre anamnestique de boulettes, un examen radiologique de contrôle (CT-scan low dose) doit être réalisé.
- Sans expulsion de boulettes ou en cas d'expulsion incomplète, une intervention chirurgicale est indiquée après 5–7 jours au plus tard.

Traitement des patients symptomatiques (syndrome du body packer)

En cas d'intoxication aiguë, une intervention chirurgicale d'urgence (laparotomie) est indiquée en tenant compte de la stabilité du patient. Un transfert ultérieur du patient à l'unité de soins intensifs est à considérer.

La désintoxication peut se faire de manière suivante¹⁴ en concertation avec les médecins d'urgence ou de soins intensifs:

- *Toxidrome opioïde*: protection des voies aériennes, naloxone pour garantir une respiration spontanée adéquate:
 - si respiration spontanée: 0.04–0.05 mg IV, puis titration;
 - si apnée: 0.2–1 mg IV, puis titration.
- *Toxidrome sympathicomimétique (cocaïne)*:
 - agitation: lorazépam 1 mg IV ou midazolam 5–10 mg IV aux 3–5 min;
 - hypertension: lorazépam 1 mg IV ou midazolam 5–10 mg IV aux 3–5 min ou phentolamine 1–5 mg IV aux 5–15 min;
→ **CAVE**: bêta-bloquants sont contre-indiqués;
 - ischémie myocardique: lorazépam ou midazolam (cf. supra), acide acétylsalicylique 100 mg PO, nitroglycérine 0.4 mg SL;
 - torsades de pointes à cause de l'intervalle QT allongé: magnésium IV.

14 Situation octobre 2018

Documents de référence

Nations Unies

Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment.

Adopted 1989.

Istanbul Protocol Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment.

1999.

Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners.

Adopted 1955.

Resolution 37/194, 1982: Principles of Medical Ethics relevant to the role of health personnel, particularly physicians, in the protection of prisoners and detainees against torture, and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.

Adopted 1982.

Conseil de l'Europe

Recommendation Rec(2006)2 on the European Prison Rules.

Recommendation R(98)7 of the Committee of Ministers to member states on the ethical and organisational aspects of health care in prison.

Council of Europe Publishing. Strasbourg 1999.

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT)

The CPT standards. CPT/Inf/E (2002)1-Rev.

2009.

Association Médicale Mondiale (World Medical Association)

Declaration of Tokyo. Guidelines for Physicians Concerning Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment.

Tokyo 1975 revised Divonee-les-Bains 2005.

Declaration on Hunger Strikers.

Malta 1991, revised Marbella 1992, revised Pilanesberg 2006.

Statement on Body Searches of Prisoners.

Budapest 1993, revised Divonee-les-Bains 2005.

Declaration Concerning Support for Medical Doctors Refusing to Participate in, or to Condone, the Use of Torture or Other Forms of Cruel, Inhuman or Degrading Treatment.

Hamburg 1997.

Resolution on the Responsibility of Physicians in the Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment of Which They Are Aware.

Helsinki 2003.

Conseil international des Infirmières (International Council of Nurses, ICN)

Nurses' role in the care of detainees and prisoners.
Adopted 1998, revised 2006.

ICN code of ethics for nurses.
13.11.2009.

Littérature relatives à l'application des directives concernant les annexes A–F

Binswanger IA, Krueger PM, Steiner JF.

Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. *J. Epidemiol Community Health.* 2009; 63: 912–9.

Fazel S, Baillargeon J.

The health of prisoners. *Lancet.* 2011; 377: 956–65.

Fazel S, Danesh J.

Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet.* 2002; 359: 545–50.

Gravier B, Iten A.

Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse romande. Rapport au FNS. 2005; Lausanne.

Harding TW.

La santé en milieu carcéral. Bulletin d'information pénitentiaire. 1987; 10: 10–12.

Jurgens R, Ball A, Vester A.

Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis.* 2009; 9: 57–66.

Kind C.

Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen – wo stehen wir heute? In: Guillod O, Sprumont D (Hrsg.). *Rapports entre médecins et autorités: indépendance ou collaboration?* 2011; 153 ff.

Rüetschi D.

Ärztliches Standesrecht in der Schweiz – Die Bedeutung der Medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. In: *Die Privatisierung des Privatrechts – rechtliche Gestaltung ohne staatlichen Zwang.* Jahrbuch Junger Zivilrechtswissenschaftler 2002; 231–55.

Sprumont D, Schaffter G, Hostettler U, Richter M, Perrenoud J.

Pratique médicale en milieu de détention. Effectivité des directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales sur l'Exercice de la Médecine auprès de Personnes Détenues. Mai 2009. www.unine.ch/ids/.

Wolff H, Sebo P, Haller DM, Eytan A, Niveau G, Bertrand D, Getaz L, Cerutti B.

Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health.* 2011; 11: 245.

Littérature concernant l'annexe H

Beauverd Y, Poletti PA, Wolff H, Ris F, Dumonceau JM, Elger B.
A body-packer with a cocaine bag stuck in the stomach. *World Journal of Radiology.* 2011; 3(6): 155–158.

Gsell M, Perrig M, Eichelberger M, Chatterjee B, Stoll U, Stanga Z.
[Body-packer & body-stuffer – a medical challenge]. *Praxis.* 2010; 99(9): 533–44.

Jalbert B, Tran NT, von Düring S, Poletti PA, Fournier I, Hafner C, Dubost C, Gétaz L, Wolff H.
Apple, condom, and cocaine – body-stuffing in prison: a case report. *Journal of Medical Case Reports.* 2018; 12(1): 35.

Markun S, Flach PM, Schweitzer W, Imbach S.
[Bodypacking]. *Praxis.* 2013; 102(15): 891–901.

Poletti PA, Canel L, Becker CD, Wolff H, Elger B, Lock E, Sarasin F, Bonfanti MS, Dupuis-Lozeron E, Perneger T, Platon A.
Screening of illegal intracorporeal containers («body packing»): is abdominal radiography sufficiently accurate? A comparative study with low-dose CT. *Radiology.* 2012; 265(3): 772–9.

Platon A, Herrera B, Becker M, Perneger T, Gétaz L, Wolff H, Lock E, Rutschmann O, Poletti PA.
Detecting illegal intra-corporeal cocaine containers: which factors influence their density? *Clinical Imaging.* 2018; 51: 235–9.

Indications concernant l'élaboration de ces directives

Mandat

Le 3 décembre 1999, la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM a chargé une sous-commission d'élaborer des directives concernant l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues.

Sous-commission responsable

Dr Jean-Pierre Restellini, Genève, Président
Dr Daphné Berner-Chervet, Neuchâtel
Cdt Peter Grütter, Zurich
Prof. Olivier Guillod, Neuchâtel
Dr Joseph Osterwalder, St-Gall
Dr Fritz Ramseier, Königsfelden
Dr Ursula Steiner-König, Lyss
André Vallotton, Lausanne
Prof. Michel Vallotton, Genève, Président CCE
avec le soutien de
Dominique Nickel, Bâle, ex officio

Procédure de consultation

Une première version de ces directives a été approuvée pour la procédure de consultation par le Sénat de l'ASSM le 29 novembre 2001.

Approbation

La version définitive des ces directives a été approuvée par le Sénat de l'ASSM le 28 novembre 2002.

Application des directives

Les «Conseils pratiques relatifs à l'application des directives» en annexe ont été élaborés par un groupe de travail, dirigé par le Prof. Christian Kind, avec les membres suivants: Dr Bidisha Chatterjee, Dr Monique Gauthey, Prof. Bruno Gravier, Prof. Samia Hurst, Dr Fritz Ramseier, lic. iur. Michelle Salathé, Anna Schneider Grünenfelder, Prof. Dominique Sprumont, Marianne Wälti-Bolliger, Dr Hans Wolff.

Ils ont été approuvés par la Commission Centrale d'Éthique le 20 janvier 2012.

Adaptations

Les présentes directives ont été adaptées en 2012 à la législation suisse en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2013 (Code civil suisse, protection des adultes, droit des personnes et droit de la filiation, art. 360 ff.; modification du 19 décembre 2008).

Annexe lit. G a été insérée sur décision du Sénat du 19 mai 2015. Une adaptation rédactionnelle a été réalisée au 1.1.2017.

Annexe lit. H a été insérée sur décision du Sénat du 29 novembre 2018.

Auteurs et auteurs de l'annexe H: Prof. Dr iur. Regina Aebi-Müller, Dr méd. André Juillerat, lic. iur. Michelle Salathé MAE, Dr méd. Nguyen-Toan Tran, Prof. Dr méd. Hans Wolff.

L'annexe H est soutenue par la Conférence des médecins pénitentiaires suisses (CMPS) (décision du 30 août 2018).

