



## **Services de santé dans les prisons**

*Extrait du 3<sup>e</sup> rapport général du CPT,  
publié en 1992*

30. Les services de santé destinés aux personnes privées de leur liberté constituent un domaine relevant directement du mandat du CPT.<sup>1</sup> Un niveau de soins médicaux insuffisant peut conduire rapidement à des situations qui s'apparentent à des "traitements inhumains ou dégradants". De plus, le service de santé dans un établissement donné peut jouer potentiellement un rôle important dans la lutte contre les mauvais traitements au sein de l'établissement même et aussi ailleurs (en particulier dans les établissements de police). En outre, il est bien placé pour créer un impact positif sur la qualité générale de la vie dans l'établissement au sein duquel il fonctionne.

31. Dans les paragraphes qui suivent, sont exposées certaines des questions majeures qui relèvent de l'attention des délégations du CPT lors de leurs visites dans les services de santé des prisons. Toutefois, en préambule, le CPT souhaite exprimer clairement son attachement au principe général - déjà reconnu dans la plupart des pays visités par le Comité à ce jour, voire dans tous - que les détenus doivent bénéficier du même niveau de soins médicaux que la population vivant en milieu libre. Ce principe repose sur les droits fondamentaux de l'individu.

32. Lors de ses visites dans les services de santé des prisons, le CPT s'est inspiré des règles suivantes :

- a. Accès au médecin
- b. Equivalence des soins
- c. Consentement du patient et confidentialité
- d. Prévention sanitaire
- e. Intervention humanitaire
- f. Indépendance professionnelle
- g. Compétence professionnelle

---

<sup>1</sup> Référence doit également être faite à la Recommandation N° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 8 avril 1998.

## **a. Accès au médecin**

33. A l'entrée en prison, tout détenu devrait être vu sans délai par un membre du service de santé de l'établissement. Dans les rapports établis à ce jour, le CPT a recommandé que chaque détenu nouvellement arrivé bénéficie d'un entretien avec un médecin et, si nécessaire, soit soumis à un examen médical aussi tôt que possible après son admission. Il faut ajouter que dans certains pays, le contrôle médical à l'admission est effectué par un infirmier diplômé qui fait rapport à un médecin; cette dernière approche peut parfois être considérée comme le moyen de faire au mieux avec le personnel disponible.<sup>2</sup>

Il est également à recommander qu'une note ou une brochure informative soit remise au nouvel arrivant, portant sur l'existence et le fonctionnement du service de santé et rappelant les mesures d'hygiène essentielles.

34. Pendant son incarcération, un détenu doit en tout temps pouvoir recourir à un médecin, quel que soit le régime de détention auquel il est soumis (en ce qui concerne plus particulièrement l'accès au médecin pour les prisonniers placés à l'isolement, voir paragraphe 56 du 2<sup>e</sup> Rapport général : CPT/Inf (92) 3). L'organisation du service de santé doit permettre de répondre aux demandes de consultation aussi rapidement que nécessaire.

Tout détenu doit pouvoir faire appel confidentiellement au service de santé, par exemple sous la forme d'un message sous pli fermé. En outre, le personnel de surveillance ne doit pas trier les demandes de consulter un médecin.

35. Le service de santé d'une prison doit consister au minimum dans une consultation ambulatoire régulière et dans un dispositif d'urgence (bien entendu, il s'y ajoute souvent une unité de lits de type hospitalier). Tout détenu doit pouvoir bénéficier des soins d'un dentiste diplômé. En outre, le médecin pénitentiaire doit pouvoir s'adjoindre le service de spécialistes.

En ce qui concerne le dispositif d'urgence, un médecin doit pouvoir être atteint en permanence. Par ailleurs, une personne en mesure de fournir les premiers soins doit toujours être présente dans les locaux pénitentiaires. Elle doit être dotée dans toute la mesure du possible d'une qualification reconnue d'infirmier.

Un suivi approprié devrait être assuré par le personnel soignant, notamment à l'égard des traitements administrés en consultation ambulatoire ; dans de nombreux cas il n'est pas suffisant que le suivi médical soit laissé à l'initiative du détenu.

36. Le soutien direct d'un service hospitalier bien équipé doit être garanti, soit dans un hôpital civil, soit dans un hôpital pénitentiaire.

En cas de recours à un hôpital civil, la question des mesures de sécurité se pose. A cet égard, le CPT souhaite insister sur le fait que les détenus envoyés dans un hôpital pour y recevoir un traitement ne doivent pas être attachés à leurs lits ou à d'autres éléments du mobilier afin d'assurer la sécurité. D'autres moyens de satisfaire aux exigences de sécurité peuvent et doivent être mis en œuvre ; la création d'une unité carcérale au sein de tels hôpitaux constitue une des solutions possibles.

37. Lorsqu'un transfert ou une consultation spécialisée en milieu hospitalier est nécessaire, le transport des patients détenus doit être effectué dans des délais et dans des conditions qui tiennent pleinement compte de leur état de santé.

---

<sup>2</sup> Cette exigence a été reformulée ultérieurement comme suit: chaque détenu nouvellement arrivé doit bénéficier d'un entretien adéquat avec un médecin et faire l'objet d'un examen médical aussitôt que possible après son admission ; sauf circonstances exceptionnelles, cet entretien / examen devrait se dérouler le jour de l'admission, en particulier en ce qui concerne les établissements de détention provisoire. Un tel contrôle médical à l'admission pourrait aussi être effectué par un infirmier diplômé qui ferait rapport à un médecin.

## **b. Equivalence des soins**

### **i) médecine générale**

38. Le service de santé pénitentiaire doit être en mesure d'assurer les traitements médicaux et les soins infirmiers, ainsi que les régimes alimentaires, la physiothérapie, la rééducation ou toute autre prise en charge spéciale qui s'impose, dans des conditions comparables à celles dont bénéficie la population en milieu libre. Les effectifs en personnel médical, infirmier et technique, ainsi que la dotation en locaux, installations et équipements, doivent être établis en conséquence.

Une supervision appropriée de la pharmacie et de la distribution des médicaments doit être assurée. En outre, la préparation des médicaments doit être confiée à un personnel qualifié (pharmacien, infirmier, etc.)

39. Un dossier médical doit être établi pour chaque patient, contenant des informations diagnostiques ainsi qu'un relevé suivi de l'évolution et des examens spéciaux réalisés. En cas de transfert, le dossier doit être porté à la connaissance des médecins successifs.

De plus, des registres journaliers doivent être tenus par les équipes de soins, dans lesquels sont mentionnés les événements particuliers qui se rapportent aux patients. De tels registres fournissent une vue générale de la situation sanitaire dans la prison et mettent en relief tout problème spécifique qui surgit.

40. Le bon fonctionnement d'un service de santé demande que médecins et personnel soignant puissent se rencontrer régulièrement et se constituer en équipe de travail, sous la responsabilité d'un médecin-chef.

### **ii) soins psychiatriques**

41. En comparaison avec les taux statistiques observés dans la population générale, un nombre élevé de personnes incarcérées présentent des symptômes d'ordre psychiatrique. Par conséquent, un médecin qualifié en psychiatrie doit être attaché au service de santé dans chaque prison, et certains infirmiers doivent avoir reçu une formation dans ce domaine.

La dotation en personnel médical et soignant, ainsi que la disposition des lieux de détention, doivent garantir la possibilité de programmes pharmacologiques, psychothérapeutiques et ergothérapeutiques suivis.

42. Le CPT souhaite insister sur le rôle important que doit jouer l'administration pénitentiaire dans la détection précoce des détenus souffrant d'un désordre psychiatrique (dépression, état réactionnel, etc.), en vue de permettre les aménagements appropriés de leur environnement. Cette activité peut être encouragée par une formation sanitaire adéquate de certains membres du personnel de surveillance.

43. Un détenu malade mental doit être pris en charge et traité dans un milieu hospitalier équipé de manière adéquate et doté d'un personnel qualifié. Cette structure pourrait être soit un hôpital psychiatrique civil, soit une unité psychiatrique spécialement équipée, établie au sein du système pénitentiaire.

D'un côté, il est souvent avancé que des raisons d'éthique conduisent à hospitaliser les détenus malades mentaux en dehors du système pénitentiaire, dans des institutions qui relèvent de la santé publique. D'un autre côté, il peut être soutenu que la création de structures psychiatriques au

sein du système pénitentiaire permet d'assurer les soins dans des conditions optimales de sécurité et de renforcer l'activité des services médicaux et sociaux au sein de ce système.

Quelle que soit l'option prise, la capacité d'accueil de l'unité psychiatrique doit être suffisante. Il existe trop souvent un délai d'attente prolongé lorsqu'un transfert est devenu nécessaire. Le transfert de la personne en question dans une unité psychiatrique doit être considéré comme une question hautement prioritaire.

44. Un patient psychiatrique violent doit être placé sous surveillance étroite et bénéficier du soutien d'un infirmier, en association, si cela est considéré comme opportun, avec une sédation médicamenteuse. Le recours à des instruments de contention physique ne saurait être que très rarement justifié et doit toujours se faire sur ordre exprès d'un médecin ou être immédiatement porté pour approbation à la connaissance de celui-ci. La contention physique doit être supprimée dès que possible. Elle ne doit jamais être utilisée à titre de sanction, ni être prolongée à cet effet.

En cas de recours à des instruments de contention physique, une mention doit être portée dans le dossier du malade et dans un registre approprié, avec l'horaire du début et de la fin de la mesure, ainsi que l'indication des circonstances et du motif.

### **c. Consentement du patient et confidentialité**

45. La liberté du consentement comme le respect de la confidentialité relèvent des droits fondamentaux de l'individu. Ces conditions sont aussi à la base de la confiance qui est nécessaire dans la relation entre médecin et malade, spécialement en milieu de détention, alors que le libre choix du médecin n'est pas possible pour les détenus.

#### **i) consentement du patient**

46. Le patient doit pouvoir disposer de toutes informations utiles (si nécessaire sous la forme d'un rapport médical) concernant son état de santé, la conduite de son traitement et les médicaments qui lui sont prescrits. De préférence, le patient devrait se voir reconnaître le droit de prendre connaissance du contenu de son dossier médical pénitentiaire, à moins d'une contre-indication justifiée d'un point de vue thérapeutique.

Il doit pouvoir demander la transmission de ces informations à sa famille, à son avocat ou à un médecin de l'extérieur.

47. Tout patient capable de discernement est libre de refuser un traitement ou toute autre forme d'intervention médicale. Toute dérogation à ce principe fondamental doit avoir une base légale et se rapporter uniquement à des circonstances exceptionnelles, définies de manière claire et stricte, applicables à la population toute entière.

Une situation classiquement difficile apparaît lorsque la décision du patient contredit la mission générale de soins qui incombe au médecin. Tel est le cas lorsque le patient est inspiré par des convictions personnelles (refus de transfusion de sang, par exemple), ou lorsqu'il entend utiliser son corps ou même se mutiler pour appuyer des exigences, protester contre une autorité ou témoigner en faveur d'une cause.

En cas de grève de la faim, les autorités publiques ou organisations professionnelles de certains pays demandent au médecin d'intervenir dès que le malade présente une altération grave de la conscience. Dans d'autres pays, la règle est de laisser les décisions cliniques au médecin-traitant, lorsque celui-ci a pu s'entourer d'avis et tenir compte de l'ensemble des éléments en cause.

48. En ce qui concerne la participation de détenus à la recherche médicale, il est évident qu'une approche très prudente s'impose, étant donné le risque que leur accord ne soit faussé par la situation pénale. Des garanties doivent exister afin de s'assurer que tout détenu concerné a donné son consentement libre et éclairé.

Les règles appliquées doivent être celles du milieu libre, avec intervention d'une commission d'éthique. Le CPT souhaite ajouter qu'il est favorable à la recherche concernant la pathologie ou l'épidémiologie carcérales ou d'autres aspects propres à la condition des détenus.

49. La participation d'un détenu dans le cadre de l'enseignement dispensé à des étudiants doit être décidée en collaboration avec celui-ci.

## **ii) confidentialité**

50. Le secret médical doit être respecté en prison dans les mêmes conditions qu'en milieu libre. Les dossiers des patients doivent être conservés sous responsabilité médicale.

51. Tous les examens médicaux des détenus (lors de leur admission ou ultérieurement) doivent s'effectuer hors de l'écoute et - sauf demande contraire du médecin - hors de la vue du personnel pénitentiaire. En outre, les détenus doivent être examinés individuellement et non collectivement.

## **d. Prévention sanitaire**

52. Les services de santé des prisons ne devraient pas limiter leur intervention aux prestations de soins à des détenus malades. Ils devraient également être investis d'une responsabilité de médecine sociale et préventive.

## **i) hygiène**

53. Il incombe aux services de santé des prisons - en collaborant le cas échéant avec d'autres autorités - d'exercer un contrôle sur les conditions alimentaires (quantité, qualité, préparation, distribution) et sur l'hygiène (propreté des vêtements et de la literie ; accès à l'eau courante ; installations sanitaires) ainsi que sur les conditions de chauffage, d'éclairage et de ventilation dans les cellules. Le régime d'occupation et l'exercice en plein air doivent également être pris en considération.

L'insalubrité, la promiscuité ainsi que l'isolement prolongé et l'oisiveté peuvent commander soit une intervention médicale à l'égard d'un détenu particulier, soit une action médicale d'ordre général auprès de l'autorité responsable.

## **ii) maladies transmissibles <sup>3</sup>**

54. Un service de santé dans une prison doit s'assurer qu'une information sur les maladies transmissibles (en particulier hépatite, sida, tuberculose, affections dermatologiques) est diffusée régulièrement, tant à l'intention des détenus que du personnel pénitentiaire. Le cas échéant, un contrôle médical de l'entourage (co-détenus, personnel pénitentiaire, visiteurs fréquents du détenu en question) doit être mis en œuvre.

---

<sup>3</sup> Voir également "Emprisonnement, section "maladies transmissibles".

55. En ce qui concerne plus particulièrement le sida, des conseils adéquats devraient être fournis avant et, si nécessaire, après tout test de dépistage. Il faut assurer au personnel pénitentiaire une formation suivie portant sur les mesures préventives à prendre et les conduites à observer concernant la séropositivité au V.I.H., avec indication de consignes appropriées quant à la non-discrimination et à la confidentialité.

56. Le CPT souhaite mettre l'accent sur le fait qu'il n'existe aucune justification médicale à la ségrégation de détenus séropositifs pour le V.I.H. qui sont des porteurs sains.<sup>4</sup>

### **iii) prévention des suicides**

57. La prévention des suicides constitue un autre domaine relevant de la compétence d'un service de santé pénitentiaire. Celui-ci devrait assurer une sensibilisation à ce problème au sein de l'établissement ainsi que la mise en place de dispositifs appropriés.

58. Le contrôle médical lors de l'admission, et la procédure d'accueil dans son ensemble, ont un rôle important à jouer dans ce domaine ; effectué convenablement, ce processus peut permettre d'identifier au moins un certain nombre de sujets à risque et atténuer en partie l'anxiété éprouvée par tous les détenus nouvellement arrivés.

En outre, tout fonctionnaire pénitentiaire, quel que soit son travail, doit être rendu attentif aux signes de risque suicidaire - ce qui implique d'être formé à les reconnaître. A cet égard, il est à noter que les périodes précédant ou suivant immédiatement un procès et quelquefois la période proche de la libération se caractérisent par une augmentation du risque de suicide.

59. Une personne identifiée comme présentant un risque de suicide doit être placée, aussi longtemps que nécessaire, en observation particulière. En outre, de telles personnes ne devraient pas avoir un accès facile à des objets leur permettant de se suicider (barreaux des fenêtres, verre brisé, ceintures, cravates, etc.).

Des mesures devraient également être prises pour assurer une bonne circulation de l'information - tant au sein d'un établissement donné que, si nécessaire, entre des établissements (et plus particulièrement entre leurs services de santé respectifs) - au sujet des personnes ayant été identifiées comme potentiellement à risque.

### **iv) prévention de la violence**

60. Les services de santé des prisons peuvent contribuer à la prévention de la violence contre des personnes détenues, en enregistrant systématiquement les lésions observées et, le cas échéant, en fournissant des informations générales aux autorités concernées. Des informations pourraient également être transmises au sujet de cas particuliers, mais en principe une telle action ne devrait être entreprise qu'avec le consentement des détenus concernés.

61. Tous signes de violence observés lors du contrôle médical d'un détenu au moment de son admission dans l'établissement doivent être dûment consignés, ainsi que toutes déclarations pertinentes du détenu et les conclusions du médecin. En outre, le détenu doit pouvoir disposer de ces informations.

---

<sup>4</sup> Ultérieurement reformulé comme suit: il n'y a aucune justification médicale à la ségrégation d'un détenu, au seul motif qu'il est séropositif au VIH.

La même approche doit être suivie lorsqu'un détenu est examiné par un médecin à la suite d'un épisode violent au sein de l'établissement (voir également paragraphe 53 du 2<sup>e</sup> rapport général du CPT : CPT/Inf (92) 3) ou à son retour à la prison après avoir été ramené temporairement dans des locaux de police à des fins d'enquête.

62. Le service de santé pourrait établir des statistiques périodiques des lésions observées, à l'intention de l'administration pénitentiaire, du ministère de la justice, etc.

#### **v) liens sociaux et familiaux**

63. Le service de santé peut également contribuer à limiter la désorganisation des liens sociaux et familiaux qui accompagnent le plus souvent l'incarcération. Il doit soutenir - en collaboration avec les services sociaux concernés - les mesures qui favorisent les contacts des détenus avec le monde extérieur : espaces de visites bien aménagés ; visites des familles ou du (de la) conjoint(e)/partenaire, dans des conditions appropriées ; permissions de sortie préparées dans un contexte familial, professionnel, éducatif, socio-culturel.

Selon les circonstances, le médecin pénitentiaire peut agir afin d'obtenir, pour le détenu et sa famille, le versement ou le maintien de prestations d'assurance sociale.

#### **e. Intervention humanitaire**

64. Certaines catégories spécifiques de détenus particulièrement vulnérables peuvent être identifiées. Les services de santé des prisons devraient être très attentifs à leurs besoins.

##### **i) mère et enfant**

65. C'est un principe généralement reconnu que les accouchements ne devraient pas avoir lieu en milieu pénitentiaire et, d'après l'expérience du CPT, ce principe est respecté.

66. La mère et l'enfant doivent avoir la possibilité de rester ensemble au moins pendant une certaine période. Si la mère et l'enfant sont ensemble en prison, ils doivent être placés dans des conditions qui leur assurent l'équivalent d'une crèche et le soutien d'un personnel spécialisé en assistance post-natale et en puériculture.

Les dispositions à long terme, en particulier la remise de l'enfant à l'extérieur avec séparation de sa mère, doivent être prises dans chaque cas individuel, sur la base d'avis pédo-psychiatriques et médico-sociaux.

##### **ii) adolescents**

67. L'adolescence s'accompagne d'une sorte de réorganisation de la personnalité et appelle un effort particulier pour essayer de réduire les risques d'une inadaptation sociale de longue durée.

Pendant l'incarcération, il faut donner aux adolescents la possibilité de vivre dans un lieu stable, avec des objets personnels, selon des regroupements socialement favorables. Le régime de détention doit être basé sur une occupation intensive, des rencontres socio-éducatives diverses, des activités sportives, la scolarisation, l'apprentissage, les sorties accompagnées, ainsi que l'ouverture à des choix et à des projets raisonnables.

### **iii) personnalités pathologiques**

68. Dans la population carcérale et la clientèle d'un service de santé pénitentiaire se trouvent en permanence une certaine proportion de déséquilibrés et de marginaux qui décrivent des situations familiales dévastatrices, des toxicomanies de longue date, des conflits divers avec des autorités ou d'autres misères sociales. Certains sont violents, d'autres suicidaires, d'autres encore présentent des comportements sexuels inacceptables. La plupart du temps, ils sont incapables de se contrôler et de se soigner.

69. La demande de ces détenus n'est pas réellement d'ordre médical, mais le médecin pénitentiaire peut favoriser à leur intention le développement de programmes socio-thérapeutiques, dans des unités pénitentiaires organisées de façon communautaire et soigneusement encadrées.

De telles unités peuvent réduire l'humiliation, le mépris de soi et la haine, développer le sens des responsabilités et préparer une certaine forme de réinsertion. L'intérêt direct de ces programmes est également de faire appel à la collaboration active et à l'engagement du personnel pénitentiaire.

### **iv) incapacité à la détention**

70. Des exemples typiques sont ceux de détenus qui présentent un pronostic fatal à court terme, ceux qui souffrent d'une affection grave dont le traitement ne peut être conduit correctement dans les conditions de la détention ainsi que ceux qui sont sévèrement handicapés ou d'un grand âge. La détention continue de telles personnes en milieu pénitentiaire peut créer une situation humainement intolérable. Dans des cas de ce genre, il appartient au médecin pénitentiaire d'établir un rapport à l'intention de l'autorité compétente, afin que les dispositions qui s'imposent soient prises.

## **f. Indépendance professionnelle**

71. Le personnel soignant de toute prison est un personnel potentiellement à risque. Son devoir de traiter des patients (les détenus malades) peut souvent entrer en conflit avec des considérations de gestion et de sécurité pénitentiaires. Cette situation peut faire apparaître des dilemmes éthiques et des choix difficiles. Afin de garantir leur indépendance dans les soins de santé, le CPT considère qu'il est important que le statut de ce personnel soit aligné aussi étroitement que possible sur celui des services de santé dans la communauté en général.

72. Quel que soit le statut en vertu duquel le médecin pénitentiaire exerce son activité, ses décisions cliniques ne doivent dépendre que de critères professionnels.

La qualité et l'efficacité des prestations médicales doivent être évaluées par une instance médicale qualifiée. De la même manière, les ressources disponibles doivent être gérées par une telle autorité et non par des instances responsables des finances ou de la sécurité.

73. Un médecin pénitentiaire est un médecin-traitant. Par conséquent, afin de préserver la relation médecin/patient, il ne doit pas être appelé à certifier qu'un détenu est apte à subir une punition. Il ne doit pas non plus procéder à des fouilles ou à des examens corporels demandés par une autorité, sauf urgence lorsqu'un autre médecin ne peut être requis.

74. Il est également à noter que la liberté professionnelle du médecin pénitentiaire est limitée par la condition carcérale elle-même : il ne peut choisir librement ses malades, car les détenus n'ont pas d'autre voie sanitaire à leur disposition. Son obligation demeure, même si le patient se met en contradiction avec les règles médicales ou s'il a recours à des menaces ou des violences.

## **g. Compétence professionnelle**

75. Médecins et infirmiers pénitentiaires devraient bénéficier de connaissances spéciales leur permettant d'aborder les formes particulières de la pathologie carcérale et d'adapter les prestations de soins aux conditions qu'impose la détention.

En particulier, les attitudes professionnelles destinées à prévenir la violence et, le cas échéant, à la maîtriser, doivent être développées.

76. Pour assurer la présence d'un personnel suffisant, les infirmiers sont fréquemment assistés par des aides-soignants. Certains sont recrutés parmi les surveillants. Aux différents échelons, l'expérience nécessaire doit être transmise par le personnel qualifié et faire l'objet d'une actualisation périodique.

Parfois, des détenus eux-mêmes sont admis à accéder à une fonction d'aide-soignant. Nul doute qu'une telle approche présente l'avantage de fournir un travail utile à un certain nombre de détenus. Néanmoins, elle ne devrait être envisagée qu'en dernier ressort. En outre, les détenus ne devraient jamais avoir de responsabilité dans la distribution de médicaments.

77. En conclusion, le CPT est d'avis que l'ensemble des caractères propres à la pratique médicale en milieu pénitentiaire peut justifier la création d'une spécialité professionnelle reconnue, tant pour les médecins que pour les infirmiers, sur la base d'une formation post-graduée et d'un perfectionnement suivi.