

COMITE NATIONAL D'ETHIQUE MEDICALE



LA MÉDECINE EN MILIEU CARCÉRAL

XIX^{ème} Conférence annuelle

Tunis le 27 Novembre 2015

Comité National d’Ethique Médicale
B.P. 74 – Institut Pasteur de Tunis
Téléfax : (216) 71 842 609
Email : cnem@rns.tn
Site web : comiteethique.rns.tn

SOMMAIRE

- **Allocution d'ouverture**
Hend BOUACHA
- **La santé de l'enfermement : réflexion sur la médecine carcérale**
Didier SICARD
- **Médecine carcérale et politique de santé. Problèmes éthiques**
Zouhaier JERBI
- **Statut du détenu malade**
Wafa MASMOUDI
- **Santé mentale et prise en charge psychiatrique en milieu carcéral : enjeux éthiques et difficultés pratiques**
Rym RIDHA
- **Le médecin de prison entre le respect de l'éthique et les contraintes de la pratique. Témoignage**
Slah BAKKARI
- **Santé des mineurs en détention**
Ahlem BELHAJ
- **Médecins face à la torture**
Anissa BOUASKER
- **Maladies en prison, maladies des prisons**
Hatem BEN MANSOUR

ALLOCUTION D'OUVERTURE

Professeur Hend BOUACHA

Présidente du Comité National d'Ethique Médicale

Monsieur le Ministre,

Honorables invités

Chers collègues,

Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur de vous accueillir aujourd'hui dans le cadre de la 19^{ème} Conférence Annuelle du Comité National d'Ethique Médicale, qui célèbre cette année son 20^{ème} anniversaire. En effet voici 20 ans que fut institué, pour la première fois dans un pays arabe et dans un pays musulman un Comité National d'Ethique Médicale.

Je voudrais tout d'abord adresser mes vifs remerciements à Mr Le Ministre pour avoir accepté d'accorder son patronage à la conférence. Je voudrais aussi remercier vivement les éminents conférenciers qui ont répondu à notre invitation et tout particulièrement Mr le Professeur Didier SICARD.

Quelques jours après Paris, nous venons de vivre à Tunis un drame qui nous a particulièrement secoués. Nous avons été très sensible à ce que Pr Sicard ait maintenu, sans hésitation aucune, son déplacement.

Pr SICARD est professeur de médecine interne à Paris ; il a présidé le Comité Consultatif de Bioéthique français durant 10 ans et il en est actuellement le président d'honneur.

Il a animé toute la journée, hier un remarquable séminaire académique sur la méthodologie de conduite d'un débat éthique. Pour des raisons pédagogiques évidentes, seuls quelques privilégiés ont pu y participer.

Pr SICARD a également été médecin directeur des prisons durant 11 années. C'est donc avec cette double casquette qu'il partagera avec nous sa réflexion sur la médecine carcérale.

Pourquoi le choix de ce thème ?

Nous avons choisi le thème de « la médecine en milieu carcéral » parce que, dans les prisons, la pratique de la médecine est souvent difficile du fait de nombreuses contraintes qui

viennent tant du milieu qu'est la prison, que de la population, particulièrement vulnérable, des détenus.

Les médecins, tout comme l'ensemble du personnel soignant, se trouvent quotidiennement confrontés à de nombreux problèmes éthiques.

Nous discuterons d'abord de la politique de santé en milieu carcéral. Le détenu malade dispose-t-il de l'ensemble de ses droits en matière de santé ? Y a-t-il des insuffisances ? Autant de questions auxquelles nous essaierons de répondre avec Pr Z. Jerbi.

Puis nous rappellerons le statut juridique du détenu ; nous savons que ce statut a connu une grande évolution et qu'une nouvelle conception de la prison tend à prévaloir, celle que les détenus restent des citoyens. La garantie des droits fondamentaux aux personnes privées de leur liberté implique, évidemment, la garantie de leur droit à la santé. Mais qu'en est-il en réalité du respect de ces droits ? C'est ce qu'essaiera de discuter Pr W. Masmoudi.

Les conditions de vie carcérale ont évidemment un impact majeur sur la santé des personnes détenues.

- En effet, le milieu carcéral est un lieu de haute promiscuité, favorisant le développement de maladies infectieuses
- Les troubles psychosomatiques, psychologiques et même souvent psychiatriques y sont très fréquents, à l'origine d'une surmorbidity psychiatrique qui met en difficulté le personnel pénitentiaire et sanitaire. Pr Rym Ridha nous expliquera que la promotion de la santé mentale des détenus nécessite une politique globale de santé.
- L'impact psychologique important de l'incarcération explique également la grande consommation de médicaments psychotropes et les conduites addictives : tabagisme et consommation de drogue.

Dr Ben Mansour évoquera le problème particulier des risques professionnels des détenus employés dans différents ateliers tels que les ateliers de mécanique, de peinture, ou de menuiserie, souvent dans des conditions précaires.

Nous plongerons ensuite encore plus dans le monde carcéral :

- d'abord à travers le témoignage du Dr S. Bakkari, médecin de prison, qui nous parlera des difficultés auxquelles il est confronté au quotidien, notamment celle de concilier le respect de l'éthique médicale et les contraintes imposées par cet environnement si particulier qu'est la prison.
- Puis Pr A. Belhadj, à partir du cas d'une adolescente incarcérée dans une maison de correction et suivie en pédopsychiatrie discutera de la prise en charge médicale et psychiatrique dans les maisons de correction dans notre pays.
- Nous suivrons également, à travers un enregistrement vidéo, le témoignage poignant d'un ancien détenu, victime de torture qui sera présenté par Dr A. Bouaskar.
- Enfin, Mme Aouatef Dali nous présentera un documentaire télé réalisé en 2012 et qui portera sur la santé dans les prisons.

Autant d'interventions qui soulignent la spécificité de la médecine en milieu pénitentiaire ; elles nous permettront de cerner les difficultés vécues par le détenu malade et par le médecin de prison et de proposer les recommandations nécessaires.

Je ne terminerai pas sans remercier les éminentes personnalités qui ont accepté de modérer les différentes séances et celles qui ont répondu à notre invitation et qui ne manqueront pas d'enrichir les débats.

Je souhaite un plein succès à notre conférence.

LA SANTE DE L'ENFERMEMENT.

REFLEXIONS SUR LA MEDECINE CARCERALE

Professeur Didier SICARD

Président d'honneur du Comité National Consultatif des Sciences de la Vie et de la Santé de France

La prison est une privation de liberté, pas une privation de la dignité ! Or il est fréquent qu'elle le soit.

Pour des raisons multiples où dominant le sentiment de punition exigé par la société, toujours plus sévère que la justice, société qui considère toute amélioration de la condition pénale comme un scandale d'injustice au détriment des personnes en liberté.

Mais aussi le fonctionnement d'un monde carcéral qui est plus obsédé par la sécurité et la lutte contre le risque d'évasion que par la prévention de la récidive et la rédemption. Un monde pathogène, même si, et c'est un paradoxe, j'ai rencontré des surveillants et des médecins infiniment plus sensibles à cette condition humaine que bien des juristes ou des médecins d'hôpitaux publics réputés bien pensants !

L'enfermement est donc une action, celle d'enfermer et un état, celui d'être enfermé. Il s'agit donc d'une agression, dont je ne discute pas la légitimité dans nombre de cas, mais tout de même une agression du corps et de l'esprit.

Agression du corps d'abord dont je dirai ultérieurement les conséquences.

Tout être humain vit dans un monde plus ou moins contraignant. Mais son corps lui appartient. Il peut s'arrêter courir, monter un escalier, humer un parfum, regarder un autre être qui passe, boire un café, il peut sans cesse improviser sa vie. Il en est responsable. Il nomme les autres, il est nommé. Le choc de l'incarcération lui fait perdre ses repères habituels d'humain et le condamne à ressembler à un animal enfermé dans un zoo. Il éprouve un sentiment de dépossession de lui même, de dépendance permanente de son corps vis à vis des obligations quotidiennes. Les automatismes quotidiens disparaissent. La douche devient une angoisse pour son accès, toujours difficile et contraint. Le corps est naturellement confiné dans un espace réduit. Il éprouve un nouveau sentiment du temps où le corps est indéfiniment plongé dans un présent obsédant qui fait disparaître l'inconscience habituelle du corps en liberté. Le mouvement naturel du corps est remplacé par son immobilité contrainte.

Quelles conséquences pour ce corps ? Le ressenti de celui-ci permanent, son fonctionnement se substituent habituellement au silence des organes. La douleur d'estomac, la

constipation (comment libérer ses entrailles en présence de l'autre), le sentiment de fatigue lié à l'immobilité, les manifestations hypocondriaques diverses, surgissent dans ce corps devenu la cible prioritaire de l'attention obsessionnelle. D'autant plus que, et ce n'est pas un paradoxe, les incarcérés sont habituellement, malgré leur jeunesse en moins bonne santé que les personnes libres. Infections VIH, VHC, tuberculose, toxicomanie (30%), vie dans des conditions précaires qui ont atteint le corps préalable à l'incarcération (10%) absence de protection sociale (13%, soit un chiffre 27 fois plus élevé que dans la population générale) handicap physique (près de 8% dont 2,4% titulaires d'une allocation pour adultes handicapés). Un corps objet d'une inquiétude permanente aggravée par le sentiment angoissant d'un enfermement qui ne permettra pas d'accès à un éventuel sauvetage en urgence. Notre société a désormais accès rapidement au SAMU, au défibrillateur, mais un prisonnier devra attendre dû-t-il en mourir !

Ce sentiment d'insécurité est celui que chacun d'entre nous éprouve dans un lieu fermé où il ne peut communiquer. Certes le détenu peut appeler, mais la réponse dépendra du bon vouloir du surveillant et pas du sentiment d'urgence éprouvé par le détenu. Son corps ne lui appartient d'ailleurs plus, car il peut être soumis, qu'il le veuille ou non à une fouille à nu que chacun peut juger dégradante. Sa sexualité se réduit souvent à une masturbation humiliante et culpabilisante à la vue d'images pornographiques indéfiniment regardées. La moindre consultation à l'intérieur de la prison s'accompagne d'un menottage humiliant dans l'espace public ou même durant la consultation ce que ne devrait jamais accepter le soignant. Il est soumis à une rupture de confidentialité, sinon du secret médical, à une disparition à son consentement à prendre des médicaments. Car le refus des soins est assimilé à une révolte et l'expose à des sanctions.

La nourriture proposée a perdu toute saveur. D'éventuels suppléments dépendent des ressources personnelles pour retrouver un peu de diversité. Cette diversité est source d'inégalités particulièrement choquantes en prison. Enfin, les soins dentaires, dans cette population si fragilisée dans ce domaine se réduisent à l'essentiel, avec des reconstructions toujours difficiles.

En un mot, son corps ne lui appartient plus, il est même devenu au mieux une monnaie d'échange pour obtenir un avantage ou une remise de peine. Le tatouage, le « body building » permettent d'acquérir dans la prison une image de représentation forte. La grève de la faim constitue alors le paradigme suprême d'un corps en holocauste.

Agression de l'esprit ensuite

C'est un lieu commun de dire que la fermeture des asiles psychiatriques a rempli les prisons. Le chiffre minimum de 20% minimum de maladies psychiatriques est unanimement accepté, mais certains avancent 35%, 28% d'états dépressifs, 29% d'états de panique, 12% de dépendance à l'alcool, 18% aux psychotropes. 17% ont des bouffées délirantes, 80% au moins un trouble psychique sinon une maladie !

Ces chiffres accablants sont aggravés par la prise en compte insuffisante de ces états, dont les traitements visent surtout à plus assurer le calme dans la prison qu'à permettre aux détenus de dominer leurs symptômes.

La moindre colère est sanctionnée par le « mitard », qui n'est pas le meilleur lieu thérapeutique. La punition est la réponse à leur irresponsabilité. La prison, dans la prison ?

Le nouveau rapport au temps, comme pour le corps, est essentiel. Soumis à la dictature du temps présent, ils ne peuvent se projeter dans le futur qui, par essence, est lointain et réduit à un bégaiement du présent. Ils ressassent indéfiniment le passé qui les a malencontreusement conduits là où ils sont.

Humiliés, ils n'ont plus le droit d'avoir de sentiments, de répondre à une insulte d'un autre détenu, à ce qu'ils ressentent comme une injustice, voire à une agression physique au cours de la promenade. Le sentiment d'inanité, de temps perdu est d'autant plus grave que ces personnes déjà fragiles sont fragilisées par un environnement très réducteur. Un détenu me parlait de son triple enfermement, dans les murs, cathodique (la télévision,) et médicamenteux.

Fumer du hachisch, ne rien faire pendant des heures conduit n'importe quel être humain à éprouver une situation au minimum névrotique. Sur ce terrain on comprend que la pathologie psychiatrique est suscitée, comme dans un laboratoire expérimental. On ne s'étonne donc pas que le suicide soit 7 fois plus fréquent en prison qu'en liberté. Et ce ne sont pas les mesures de prévention, contrôles nocturnes avec réveil tous les deux heures pour s'assurer que le détenu n'est pas mort, pyjama et draps en papier qui modifieront ce danger.

Le suicide est comme l'évasion l'angoisse de l'institution, mais cette crainte ne change pas les prises en compte des facteurs de risque.

Etre dans une cellule 24 heures sur 24 avec 1, 2 ou 3 détenus que l'on ne supporte plus est proche d'une torture !

La protestation vous conduit au cachot ; cette impuissance peut ouvrir sur la seule solution du geste final.

Toute cette réflexion à charge conduit à quelques propositions :

La récurrence après ce cauchemar, or elle est tellement fréquente (plus de 50%) qu'elle en devient banale. Parce qu'un être détruit familialement et professionnellement a perdu ses repères habituels. L'obsession devrait donc être : «comment reconstruire un être en perdition ? » Et la première action serait de séparer les primo détenus des habitués. Ce ne sont pas les mêmes personnes !

La dangerosité des seconds devrait permettre que l'on mette à l'abri les premiers. Les respects du corps du prisonnier s'imposent. Que ce corps n'enferme pas l'être prisonnier dans une attention permanente et débilite. Respect cela signifie discernement. Cela signifie aussi respect du corps des surveillants, auxquels une mission d'éducation et de reconstruction valorisante serait confiée, car eux –même sont enfermés et peuvent juger leur métier stressant.

Respect de la difficulté du travail des médecins et des infirmières souvent bien seuls. Respect qui passe par le travail ou l'activité pédagogique plutôt que la télévision abrutissante ou le haschich. Respect qui passe par l'autorisation du téléphone portable devenu une prothèse humaine naturelle dont l'interdiction permet paradoxalement tous les trafics. Comme si la prohibition permettait un marché lucratif. Sauf quand, bien sûr, l'intérêt de l'enquête l'exige.

La mise sur écoute et une sanction lourde devant un usage criminel devraient être la règle. Le respect du détenu passe par le maintien du lien familial, sans lequel un être de disloque en perdant toute référence. Le respect du détenu passe par le respect de la confidentialité absolue, donc par le refus de la confusion entre la fonction de soignant et celui d'expert. Le respect du détenu passe enfin par le respect de sa dignité, seul capable de le remettre dans la communauté humaine.

Une question particulière concerne le détenu qui arrive dans l'hôpital prison. Comment soigner dans ces conditions d'un enfermement qui sont source d'une souffrance exogène ? Avec des soignants inhibés dans leur liberté de choix qui éprouvent eux aussi l'incarcération ? Comment soigner un être dont l'environnement contribue tellement à éprouver une maladie psychique ? Comment le bruit incessant des clés qui se substitue au son « toc-toc » de la porte frappée ne finit pas par déclencher une angoisse insurmontable ? Comment aborder les grèves de la faim, sinon en prévenant à temps des conséquences graves et définitives. ? Comment envisager la demande de grâces médicales, indépendamment de la dangerosité pour des troubles cognitifs ou somatiques majeurs ? En un mot comment non pas réintroduire de l'humain, car l'hôpital lui même se déshumanise, mais faire de l'hôpital prison un des derniers lieux d'humanité ? Comment dans un lieu qui dégrade tellement, restituer au détenu l'espérance dans l'humanité ?

MEDECINE CARCERALE ET POLITIQUE DE SANTE :

PROBLEMES ETHIQUES

Zouheir JERBI MD

Service des urgences hôpital Habib Thameur / Faculté de Médecine / Université Tunis Elmanar. Zouheir.jerbi@rns.tn

Introduction

Les mauvaises conditions de vie en prison, nutrition, eau, hygiène et surpopulation augmentent le risque sanitaire chez les détenus. Ces lieux de grande promiscuité entre personnes sujettes aux maladies facilitent la contagion. Ces risques sont majorés par l'insuffisance des ressources. Le détenu malade doit être considéré comme patient en premier et prisonnier ensuite.

Déclarations et conventions internationales

Toutes les déclarations et conventions internationales, les Nations Unis en 1990 (1) et le Conseil de l'Europe 1998 (2), considèrent La santé des prisonniers comme un élément essentiel du respect des droits humains et ne peut en être dissociée. La cours Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) considère l'insuffisance de soins pour les prisonniers comme traitement inhumain et dégradant et constitue une violation de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (4). De même la CEDH considère l'absence d'action pour réduire le risque sanitaire chez les prisonniers comme violation de l'article 3 de la même convention (5). Toutes ces conventions et déclarations insistent sur le respect de la dignité humaine, le principe de non discrimination et l'équité vu la vulnérabilité des détenus.

Malgré les législations la santé des détenus est négligée

Plusieurs enquêtes ont montré que malgré les déclarations, les conventions internationales et l'existence d'une législation nationale, la protection des droits à la santé des détenus ainsi que la garantie de la poursuite des soins chez eux ne sont pas assurées dans la majorité des pays (6). Les recommandations d'Experts de Madrid en 2010 insistent sur le besoin urgent d'agir pour réduire le risque des maladies contagieuses dans les prisons (7).

Les détenus une population particulière

Les centres de détention reçoivent souvent des personnes dont l'état de santé est compromis pour plusieurs raisons :

- 1/ Une surreprésentation des personnes appartenant à des milieux défavorisés, pauvres, sans domicile fixe et marginalisés, dont l'accès aux soins est limité.
- 2/ Des personnes avec un comportement à risque : rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples, toxicomanie et non respect des règles d'hygiène.
- 3/ Des personnes dont l'éducation sanitaire est rudimentaire ou inexistante.

Plusieurs enquêtes ont montré les particularités de cette population. Une enquête conduite dans une prison à Dallas aux USA a trouvé un portage nasal de Staphylocoque chez 32,8 % et un portage au niveau des mains chez 24,9 % (8). Une autre enquête auprès de femmes détenues a trouvé que 35% avaient un papillomavirus, 8% une gonorrhée et 22% une sérologie de la syphilis positive (9).

Jusque là les maladies contagieuses, HIV/SIDA, Tuberculose, Hépatite C, Hépatite B, gale, constituent le risque majeur mais actuellement avec le vieillissement progressif de la population des détenus le risque des maladies chroniques est de plus en plus grand.

La médecine carcérale est une priorité

Les détenus privés de leur liberté ne sont pas en position de pouvoir défendre leurs droits et en particulier leur droit à la santé. Ils constituent une population vulnérable qui nécessite une attention particulière. Tout d'abord le respect de leur autonomie en préservant la confidentialité au cours de toute prise en charge médicale, chose qui n'est pas toujours aisée en milieu de détention surtout si les membres de l'équipe soignante sont fonctionnaires de l'administration pénitentiaire. D'un autre côté, il faut avoir le consentement du patient avant toute intervention médicale. Le détenu malade doit être considéré comme patient en premier et détenu en suite ; Toute intervention est faite dans le seul intérêt du patient en tenant compte du principe de bienfaisance.

La prévalence plus élevée de certaines pathologies, particulièrement les maladies contagieuses : Tuberculose, HIV/AIDS, Virus de l'hépatite B, Virus de l'hépatite C, Syphilis, les autres maladies sexuellement transmissibles, la gale, les mauvais états bucco-dentaires et les maladies psychiatriques. (10), (11), (12), (13) doit faire de la médecine carcérale une priorité du système de santé d'un pays. Les services de santé des prisons doivent être bien organisés. Le personnel médical et paramédical doit être formé aux exigences de la médecine de prison : Respect des règles éthiques (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice). Les équipes doivent connaître la spécificité de cette médecine avec les pathologies les plus fréquentes. Une détection précoce des maladies contagieuses permettra de les traiter, d'éviter leur transmission aux autres détenus et leur propagation dans la population après la sortie de prison. De même la détection de certaines maladies chroniques telle que l'HTA et le diabète, ignorées chez cette population particulière permet de les traiter. Plusieurs études ont montré qu'une éducation sanitaire systématique au cours de la détention permet une réduction de certaines maladies non seulement en prison mais aussi un meilleur comportement sanitaire dans la vie après la libération. La poursuite d'un traitement prescrit avant la détention est

nécessaire pour éviter les récives (14). On peut citer comme exemple une étude qui a montré qu'une éducation sanitaire chez les femmes enceintes détenues a permis de diminuer le risque fœtal, le nombre d'accouchement prématurés et le nombre de nouveau nés avec faible poids de naissance, nés après la libération (15). Ainsi la détention peut être considérée comme une opportunité que le système de santé doit saisir pour diminuer le risque sanitaire chez cette population vulnérable. Le non respect des règles de prescription des médicaments particulièrement les anti-infectieux ainsi que le suivi aléatoire peuvent être responsables de l'émergence de bactéries résistantes, surtout pour le BK. Cette situation est grave non seulement pour la santé des détenus mais pour la population par la propagation de ces souches multi-résistantes. Une attention particulière doit être accordée aux détenus récidivistes qui par ce va et vient entre la prison et la société peuvent constituer un risque pour la santé publique (16). Une détection systématique des maladies contagieuses lors de la détention et une éducation sanitaire standardisée et continue peuvent réduire ce risque évitable. Un suivi continu de la santé des prisonniers doit être assuré par des enquêtes ou des recueils permanents des données pour identifier les besoins et leur évolution dans le temps pour programmer leur prise en charge préventive, curative et médico-social (17). Tout détenu doit bénéficier d'un examen médical à l'admission respectant l'autonomie. Cet examen permettra de détecter certaines maladies et de poursuivre un traitement prescrit antérieurement. Le détenu doit recevoir une information complète et au mieux écrite, sur l'organisation des soins et les mesures préventives. Un accès facile, 24H sur 24 et 7 jours sur 7, doit être assuré. Ils doivent bénéficier de toutes les mesures préventives garanties pour la population tel que les programmes nationaux, HTA, diabète.

Conclusion

Les détenus constituent une population vulnérable, sujette à un risque sanitaire plus grand que le reste de la population. Ils entrent en prison porteurs de certaines maladies qui doivent être détectées et traitées. On doit tout faire pour qu'ils n'en attrapent pas d'autre lors de leur séjour en prison. La médecine carcérale doit faire partie intégrante du système de santé d'un pays. Les services de santé des prisons doivent être sous la tutelle du ministère en charge de la santé. Les prisonniers privés de leur liberté restent des citoyens et doivent avoir le même droit à la santé que le reste de la population, mieux encore du fait de leur vulnérabilité une attention particulière leur doit être accordée. Les détenus quittent la société, pour une période plus ou moins longue, pour y revenir un jour.

Références

- 1/ UN 1990
- 2/ COE1998. www.Coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co
- 4/ Seim L. HIV, AIDS Policy Law Rev 2007 ; 12 :49
- 5/ Lines R. HIV, AIDS Policy Law Rev 2006 ; 11 : 80-2
- 6/ Welch J. La médecine pénitentiaire et les droits de l'homme
- 7/Hayton P et all. Public Health 2010 ; 124 : 635-6

- 8/Michael Z. et al. jcm asm.org september 2014 volume 52 number9 p : 3522-3425
- 9/Nina A et al. Am J Public Health. 1991 ; 81 : 1318-1320
- 10/ Liza Salomon et al. Journal of Urban Health : bulletin of the New York Academy of medicine vol 81, N°1 March 2004.
- 11/ Linda A, Teplin. Am J Public Health 1990 ; 83 : 663-669
- 12/ Fazel S. et al. Lancet 2002.359 (9306) : 545-50
- 13/ Fazel S. et al. Br J Psychiatry 2012 ;200 (5) : 364-73
- 14/ Gary Michael Mclelland et al. Am J Public Health. 2002 ;92 : 818-825
- 15/ Janice F. Bell et al. Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine, vol 81 N°4
- 16/ Jaimie P. Meyer et al. Lancet HIV. 2014 November 1 ; 1(2) : e 77-e84
- 17/ Aude-Emanuelle Develay et al. S.F.S.B « Santé Publique » 2015/ vol 27 p 491-502

LE STATUT DU DETENU MALADE

Wafa MASMOUDI HARRAR

Docteur, HDR

Maître de conférences agrégée de Droit Public

Faculté des sciences juridiques, politiques et sociales de Tunis

Le statut juridique des détenus était fondé sur la privation de droits. A la peine privative de liberté s'ajoutait un déni de droit pour les détenus. De nombreux rapports révèlent que les droits fondamentaux comme le droit à la santé, à l'éducation, et tout simplement le droit à la dignité étaient largement bafoués. Au-delà de la privation de liberté, le détenu devait au quotidien payer "*sa faute*" par une atteinte à ses droits fondamentaux. Cet état des lieux a suscité une préoccupation légitime s'agissant particulièrement du droit à l'accès aux soins. En vérité, la démocratisation des conditions de détention et l'affirmation du détenu comme citoyen sujet de droits, notamment le droit aux soins est le fruit d'une longue bataille. Une bataille ancienne qui remonte au XIX^{ème} siècle. Victor Hugo prophétisait alors qu'un jour viendra où l' "*on regardera le crime comme une maladie, et cette maladie aura ses médecins qui remplaceront vos juges, ses hôpitaux qui remplaceront vos bagnes*"¹.

L'émergence d'un statut juridique des personnes détenues peut être comparée à une véritable genèse, fruit d'une longue évolution allant de la privation de droit à la reconnaissance progressive de l'ensemble des droits fondamentaux, à l'exception de celui d'aller et venir. La reconnaissance de droits en faveur des détenus s'est - par ailleurs - effectuée avec la mutation progressive des missions assignées à la prison. Désormais, l'exécution des peines privatives de liberté et la prise en charge des détenus requièrent la prise en compte des impératifs de sécurité et de sûreté, mais doivent en même temps garantir des conditions de détention qui ne portent pas atteinte à la dignité humaine. C'est dire si la reconnaissance de certains droits en faveur des détenus est liée aussi bien au développement de la notion plus générale des droits de l'homme, qu'à l'évolution du traitement pénitentiaire.

Il n'en demeure pas moins que la question des droits des détenus est une notion assez nouvelle, qui choque aujourd'hui encore même les plus avertis.

La question des droits fondamentaux devant être reconnus et garantis aux personnes privées de leur liberté pose en filigrane la question substantielle des soins de santé en milieu pénitentiaire. L'incarcération produit des effets délétères sur l'état physique et psychique des détenus et le surpeuplement carcéral ne manque d'aggraver davantage la situation. Ces raisons ont conduit les pouvoirs publics à mettre l'accent sur les problèmes de santé au sein des établissements pénitentiaires. Et s'il est vrai que dans certaines contrées, l'évolution tend vers

¹ SAVEY-CASARD Paul, "Les enquêtes de Victor Hugo dans les prisons", in *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1952, n°3, p.427.

une consécration de l'application des droits du malade au détenu en milieu carcéral ; convient-il pour autant d'affirmer l'émergence d'un statut juridique du détenu malade alors que l'écart perdure entre la capacité de jouissance et la capacité d'exercice des droits dont les détenus sont titulaires.

Mais auparavant, des clarifications terminologiques s'imposent. Il convient en effet de définir les vocables clés de cette intervention. Le terme "*statut*" se réfère à l'ensemble de dispositions législatives ou réglementaires fixant les garanties fondamentales (droits et obligations) accordées à un groupe de personnes, un corps, une collectivité. Plus précisément, le "*statut juridique*" désigne l'ensemble de textes juridiques qui règlent la situation d'un groupe d'individus, leurs droits, et leurs obligations.

Le vocable "*prisonnier*" est quant à lui un terme générique plutôt que juridique qui désigne toute personne retenue dans une prison. La prison est définie comme l' "*établissement pénitentiaire où sont détenues les personnes condamnées à une peine privative de liberté ou en instance de jugement*"². La prison concerne donc des personnes condamnées, c'est à dire des détenus, et des personnes prévenues, donc éventuellement innocentes.

Juridiquement, il conviendra de distinguer entre détenu et prévenu. Le terme "*prévenu*" désigne une personne qui a été placée en détention provisoire par une autorité judiciaire avant son jugement ou sa condamnation. Tout individu arrêté ou incarcéré en raison d'une infraction à la loi pénale et qui se trouve détenu soit dans des locaux de police soit dans une maison d'arrêt, mais n'a pas encore été jugé, est ainsi qualifié de "*prévenu*"³. Plusieurs juridictions utilisent différentes expressions juridiques pour décrire ces personnes qui peuvent aussi être désignées par "*faisant l'objet d'une enquête*", "*passant en jugement*", "*attendant un procès*" ou "*en détention provisoire*"⁴.

*Le "prévenu" obéit en principe à un statut juridique différent puisqu'il n'a pas encore été jugé coupable d'un délit quelconque et est donc présumé innocent aux yeux de la loi. Dans nombre de pays, la majorité de la population carcérale est constituée de prévenus dans une proportion pouvant atteindre 60%. En Tunisie, l'état des lieux est alarmant. Le nombre des personnes en attente de procès dans les prisons dépasse celui de détenus déjà condamnés. Cela fait augmenter la surpopulation carcérale jusqu'à près de 200% dans certaines prisons*⁵. Le traitement qui leur est réservé soulève des problèmes particuliers qui débordent le cadre de cette intervention.

² DURAND Bruno et Al, *Le petit Larousse*, Ed. Bordas, 1998, p. 825.

³ Règles Pénitentiaires Européennes, Règle 84.1, disponible sur : <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955547>.

⁴ COYLE Andrew, *Gérer les prisons dans le souci du respect des droits de l'homme*, Manuel destiné au personnel pénitentiaire, King's College London, International Centre for prison studies, 2nd edition, 2009.

⁵ ZAGHDOUD Ridha, *porte parole de la Direction générale des établissements pénitentiaires, propos recueillis par l'agence TAP*, publiés le 15 mai 2015, disponible sur : <http://www.tap.info.tn/fr/index.php/societe/divers/45598-encombrement-alarmant-et-proliferation-de-graves-maladies-contagieuses-dans-les-prisons-tunisiennes-declarations>. En 2014, on comptait près de 25.000 personnes en prison en Tunisie, dont environ 8000 pour usage de drogue, disponible sur : <http://www.webdo.tn/2014/01/10>

Quant à la notion de "détenue", lorsque l'on recherche dans les différents codes une définition précise, l' "on réalise rapidement l'extrême variété des situations juridiques incluses dans cette notion". La notion désigne de manière plus élaborée "toute personne incarcérée par ordre de l'autorité judiciaire"⁶. Dans un souci de clarté rédactionnelle, la définition suivante est retenue : le "détenue" est toute personne "faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire"⁷, la personne étant ainsi soumise à une forme de détention autorisée par une autorité légale⁸. Les termes "détenue" et "prévenue" ne sont donc pas interchangeables, l'on retiendra par souci de rigueur, celui de "détenue".

Quant au terme "malade", il s'agit d'un adjectif qui se dit de tout "être vivant qui souffre d'une maladie"⁹. Selon la définition de l'OMS, la maladie équivaut à un manque de santé. Cette définition extrêmement concise de la maladie sera complétée de la manière suivante pour désigner "tout dysfonctionnement d'origine psychologique, physique ou/et sociale, qui se manifeste sous différentes formes"¹⁰ ou tout "ensemble d'altérations qui engendrent un mauvais fonctionnement de l'organisme".

En Tunisie, le statut du détenu malade au regard du droit pénitentiaire n'a pas fait l'objet d'analyse substantielle. Car, de par sa spécificité, la prison est une institution qui défie le juriste. "Lieu clos séparé de la société", elle semble échapper aux normes qui la régissent. Mais, ce n'est pas tant la spécificité du droit applicable aux prisons qui rebute avant tout le juriste. Car, plus que le contenu des normes, c'est leur nature qui lui pose problème : elles se situent en lisière de différentes branches du droit, notamment du droit pénal et du droit administratif.

Il conviendra de s'interroger dans le cadre de cette intervention dans quelle mesure la quête d'un statut juridique du détenu malade s'est-elle révélée fructueuse et féconde.

Il s'agira de vérifier si l'ensemble du dispositif légal interne respecte les standards internationaux applicables au détenu malade, et de cerner en filigrane les limites tant juridiques que pratiques à l'exercice de ces droits. Seront ainsi appréhendés les droits des détenus à l'accès aux soins médicaux, les normes régissant la qualité de ces soins, l'organisation des soins de santé "intra-muros" et "extra-muros", ainsi que les principes d'éthique médicale applicables en la matière. Pour ce faire, cette intervention s'articulera autour de deux grands axes. D'abord, la reconnaissance du statut juridique du détenu malade : un statut controversé (I), avant d'appréhender ensuite la mise en œuvre dudit statut : un sujet minoré (II).

⁶ Dictionnaire Larousse, disponible sur :

http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9tenu_d%C3%A9tenu/24787.

⁷ PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, Paris, L.G.D.J., 1998, p.227.

⁸ COYLE Andrew, *Gérer les prisons dans le souci du respect des droits de l'homme*, op. cit.

⁹ Dictionnaire Larousse [en ligne].

¹⁰ Définition de l'OMS, disponible sur : <http://www.who.int/fr/>

Deux remarques s'imposent au préalable :

1. Bien que cette intervention cherche à être complète dans les axes qu'elle aborde, elle ne saurait être exhaustive étant donné la complexité du thème traité. Par ailleurs, force nous est de reconnaître que de nombreux problèmes inhérents au statut du détenu malade ne seront pas appréhendés lors de cette intervention afin de ne pas empiéter sur les autres communications qui font partie du riche programme de cette journée.
2. Cette intervention n'entend pas la "*politisation*" de la condition de détenu, une tendance récente qui consiste à donner une coloration politique à la question du détenu malade.

I - La reconnaissance du statut juridique du détenu malade : un statut controversé

Il convient d'appréhender les textes qui régissent le statut du détenu malade à l'échelle internationale d'abord, et à l'échelle interne, ensuite. Cela est à même de nous permettre de saisir les incidences des normes internationales sur la législation interne. Une consécration audacieuse à l'échelle internationale (A), mais timorée à l'échelle nationale (B).

A - Une consécration audacieuse au niveau international

Les normes qui régissent le traitement des détenus sont inscrites dans plusieurs Déclarations et directives adoptées par divers organismes.

Par souci didactique, il conviendra de présenter les textes fondateurs suivant un ordre chronologique.

- **L'Ensemble** de règles minima pour le traitement des détenus¹¹, adopté en 1955, à l'occasion du premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, et approuvé par le Conseil économique et social dans ses résolutions 663 C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977. Le Conseil a recommandé que les différents pays du monde adhèrent à ces règles et effectuent tous les cinq ans une vérification de conformité. Désormais, "*Chaque établissement pénitentiaire doit disposer au moins des services d'un médecin qualifié, qui devrait avoir des connaissances en psychiatrie. Les services médicaux devraient être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de la communauté ou de la nation. Ils doivent comprendre un service psychiatrique pour le diagnostic et, s'il y a lieu, le traitement des cas d'anomalie mentale.*"

- 2) Pour les malades qui ont besoin de soins spéciaux, il faut prévoir le transfert vers des établissements pénitentiaires spécialisés ou vers des hôpitaux civils. Lorsque le traitement hospitalier est organisé dans l'établissement, celui-ci doit être pourvu d'un matériel, d'un outillage et des produits pharmaceutiques permettant de donner les soins et le traitement convenables aux détenus malades, et le personnel doit avoir une formation professionnelle suffisante.

¹¹ [en ligne] disponible sur : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/TreatmentOfPrisoners.aspx>. Règles 22 à 26 de l'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus.

3) *Tout détenu doit pouvoir bénéficier des soins d'un dentiste qualifié*".

Il appert par ailleurs que le médecin doit examiner chaque détenu aussitôt que possible après son admission et aussi souvent que cela est nécessaire ultérieurement¹². Il "*devrait voir chaque jour tous les détenus malades, tous ceux qui se plaignent d'être malades, et tous ceux sur lesquels son attention est particulièrement attirée*"¹³. Le texte comporte de surcroît une véritable charte de devoirs. Le médecin se trouve ainsi dans l'obligation de présenter un rapport au directeur de l'établissement pénitentiaire, chaque fois qu'il estime que la santé physique ou mentale d'un détenu a été ou sera affectée par la prolongation ou par une modalité quelconque de la détention. Le médecin se doit de procéder à des inspections régulières et de conseiller le directeur concernant "a) *La quantité, la qualité, la préparation et la distribution des aliments*; b) *L'hygiène et la propreté de l'établissement et des détenus*; c) *Les installations sanitaires, le chauffage, l'éclairage et la ventilation de l'établissement*; d) *La qualité et la propreté des vêtements et de la literie des détenus*; e) *L'observation des règles concernant l'éducation physique et sportive lorsque celle-ci est organisée par un personnel non spécialisé*"¹⁴, sachant que les avis du médecin ont un effet contraignant¹⁵. Par ailleurs, la Règle 62 impose aux services médicaux de l'établissement de "*découvrir et (...) traiter toutes déficiences ou maladies physiques ou mentales qui pourraient être un obstacle au reclassement d'un détenu. Tout traitement médical, chirurgical et psychiatrique jugé nécessaire doit être appliqué à cette fin*".

- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels¹⁶, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 16 décembre 1966, adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966, et notamment l'article 12.

¹² Idem, 24. "*(...) particulièrement en vue de déceler l'existence possible d'une maladie physique ou mentale, et de prendre toutes les mesures nécessaires; d'assurer la séparation des détenus suspects d'être atteints de maladies infectieuses ou contagieuses; de relever les déficiences physiques ou mentales qui pourraient être un obstacle au reclassement et de déterminer la capacité physique de travail de chaque détenu*".

¹³ Idem, 25 (1).

¹⁴ L'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus, 26 (1).

¹⁵ Idem, 26 (2).

¹⁶ [en ligne] disponible sur : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>. Entrée en vigueur le 03 janvier 1976. Article 12 : "1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer :

a) *La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant*;
b) *L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle*;
c) *La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies*;
d) *La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie*".

- *Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et son Protocole facultatif*¹⁷, adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966.

- *La Déclaration de Tokyo de l'AMM, 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*¹⁸, adoptée par la 29e Assemblée Médicale Mondiale Tokyo (Japon), Octobre 1975 et révisée par la 170e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005 et par la 173e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2006. Si la Déclaration de Tokyo ne fait que consolider le respect du sacro saint principe de confidentialité¹⁹, elle ne manque de rappeler que "(5). le médecin doit avoir une indépendance clinique totale pour décider des soins à donner à une personne placée sous sa responsabilité médicale. Le rôle fondamental du médecin est de soulager les souffrances de ses semblables et aucun motif d'ordre personnel collectif ou politique ne pourra prévaloir contre ce noble objectif".

Par ailleurs, l'importance de la responsabilité des médecins au sein des prisons a été reconnue par le Conseil international des services médicaux pénitentiaires dans ce qu'il est convenu d'appeler le Serment d'Athènes (10 septembre 1979). Les professionnels de la santé s'y engagent en accord avec l'esprit du **serment d'Hippocrate**, de "procurer les meilleurs soins de santé à ceux qui sont incarcérés quelle qu'en soit la raison, sans préjugé et dans le cadre de nos éthiques professionnelles respectives"²⁰.

- *La Déclaration de Lisbonne de l'AMM sur les Droits des patients*²¹, adoptée par la 34e Assemblée Médicale Mondiale Lisbonne, Portugal, Septembre/Octobre 1981 (et amendée par la 47e Assemblée générale, Bali, Indonésie, Septembre 1995 et révisée par la 171e

¹⁷ [en ligne] disponible sur : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>. Entrée en vigueur : le 23 mars 1976. (Voir Articles 7 et 10). L'article 7 : "Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique" et l'article 10 : "Toute personne privée de sa liberté est traitée avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine".

¹⁸ [en ligne] disponible sur : <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/c18/>

¹⁹ "3. Dans le cadre de l'assistance médicale qu'ils fournissent aux détenus ou aux prisonniers qui sont ou pourraient ultérieurement être soumis à des interrogatoires, les médecins doivent tout particulièrement veiller à la confidentialité de toutes les informations médicales personnelles".

²⁰ Serment d'Athènes : "Nous, professionnels de santé qui travaillons dans des établissements pénitentiaires, réunis à Athènes le 10 septembre 1979, prenons ici l'engagement, en accord avec l'esprit du **serment d'Hippocrate**, que nous entreprendrons de procurer les meilleurs soins de santé à ceux qui sont incarcérés quelle qu'en soit la raison, sans préjugé et dans le cadre de nos éthiques professionnelles respectives.

Nous reconnaissons le droit des personnes incarcérées à recevoir les meilleurs soins médicaux possible.

Nous nous engageons à : 1. Nous abstenir d'autoriser ou d'approuver toute sanction physique. 2. Nous abstenir de participer à toute forme de torture. 3. N'entreprendre aucune forme d'expérimentation médicale parmi les personnes incarcérées sans leur consentement en toute connaissance de cause. 4. Respecter la confidentialité de toute information obtenue dans le cours de nos relations professionnelles avec des malades incarcérés. 5. Ce que nos diagnostics médicaux soient basés sur les besoins de nos patients et aient priorité sur toute question non médicale".[en ligne] disponible sur :http://www.aly-abbara.com/museum/medecine/pages_01/Serment_Athenes.html. Voir également HIRSCH Emmanuel (dir.), *Traité de Bioéthique*, Tome III, Toulouse, Eres, 2011, pp.255-266.

²¹ [en ligne] disponible sur : <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/14/>

Session du Conseil, Santiago, Chili, Octobre 2005 et réaffirmée par la 200e Session du Conseil de l'AMM, Oslo, Norvège, Avril 2015) **a une portée plus générale**. Elle présente quelques-uns des droits du patient que la profession médicale approuve et soutient. Les médecins et autres personnes ou organismes concernés par la prestation des soins de santé ont ainsi la responsabilité conjointe de reconnaître et de défendre ces droits. Lorsqu'une législation, une mesure gouvernementale, une administration ou une institution prive les patients de ces droits, les médecins doivent rechercher les moyens appropriés afin de les garantir ou de les recouvrer.

- *Les Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*²², adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1982 (résolution 37/194). En vertu du premier principe, les membres du personnel de santé, en particulier les médecins, chargés de dispenser des soins médicaux aux prisonniers et aux détenus "sont tenus d'assurer la protection de leur santé physique et mentale et, en cas de maladie, de leur dispenser un traitement de la même qualité et répondant aux mêmes normes que celui dont bénéficient les personnes qui ne sont pas emprisonnées ou détenues". Ces Principes d'éthique médicale imposent ainsi à tous les membres du personnel médical, notamment aux médecins, l'obligation de protéger la santé physique et mentale des détenus, nonobstant les difficultés qui peuvent en découler inhérentes à la gestion de la prison.

- *L'Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement*²³, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 9 décembre 1988, et notamment les principes 1²⁴, 24²⁵ et 26²⁶.

- *Les Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus*, adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 45/111, du 14 décembre 1990, et notamment l'article 9 qui dispose que "les détenus ont accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique".

- *Les Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté*, adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 45/113 le 14

²² [en ligne] disponible sur : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>

²³ [en ligne] disponible sur :

<http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/DetentionOrImprisonment.aspx>

²⁴ "Toute personne soumise à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement est traitée avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine".

²⁵ Toute personne détenue ou emprisonnée se verra offrir un examen médical approprié dans un délai aussi bref que possible après son entrée dans le lieu de détention ou d'emprisonnement; par la suite, elle bénéficiera de soins et traitements médicaux chaque fois que le besoin s'en fera sentir. Ces soins et traitements seront gratuits".

²⁶ "Le fait qu'une personne détenue ou emprisonnée ait subi un examen médical, le nom du médecin et les résultats de l'examen seront dûment consignés. L'accès à ces renseignements sera assuré, et ce conformément aux règles pertinentes du droit interne".

décembre 1990²⁷. Les principes allant de 50 à 52 sont particulièrement virulents en matière de défense des détenus mineurs.

- *Les Principes directeurs de l'OMS sur l'infection du SIDA et du VIH dans les prisons*²⁸, publiée en mars 1993, à Genève (Document WHO/GPA/DIR/93.3).

- *La Déclaration d'Edimbourg de l'AMM sur les conditions carcérales et la propagation de la tuberculose et autres maladies transmissibles*²⁹, adopté par la 52e Assemblée générale de l'AMM, Edimbourg, Ecosse, octobre 2011 et révisée par la 62e Assemblée générale de l'AMM, Montevideo, Uruguay, octobre 2011. La *Déclaration d'Edimbourg* prévoit dans son Préambule que les détenus bénéficient des mêmes droits que les autres personnes. Cela inclut le droit à un traitement humain et à des soins médicaux appropriés. La relation entre le médecin et le prisonnier doit être régie par les mêmes principes éthiques que la relation entre le médecin et un autre patient. Parmi les **actions** requises par la Déclaration d'Edimbourg, figurent celles de veiller : "1. à protéger les droits des détenus, conformément aux textes statutaires des NU sur les conditions carcérales ; 2. à ne pas accepter que les droits des prisonniers soient ignorés ou non respectés au motif qu'ils souffrent d'une maladie infectieuse ; 3. à assurer que les conditions de détention des détenus et prisonniers, mis en garde à vue pendant une enquête, dans l'attente du jugement ou effectuant leur peine, ne contribuent pas au développement, à l'aggravation ou à la transmission de maladies ; 5. à veiller à une coordination des services de santé à l'intérieur et à l'extérieur des prisons pour faciliter la continuité des soins et le suivi épidémiologique des patients libérés après leur incarcération ; 6. à veiller à ce que les prisonniers ne soient pas isolés ou placés en confinement solitaire du fait de leur état infectieux sans bénéficier d'un accès aux soins et à toutes solutions appropriées à leur état infectieux ; 7. à veiller lors de l'admission ou du transfert dans un nouvel établissement pénitencier, à ce que l'état de santé des détenus concernés fasse l'objet d'un bilan de dans les 24 heures qui suivent leur arrivée, afin d'assurer la continuité des soins ; 8. à assurer le suivi du traitement des prisonniers encore malades au moment de leur libération, en particulier ceux qui sont atteints de la TB ou d'une maladie infectieuse".

²⁷ [en ligne] disponible sur :

<http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/JuvenilesDeprivedOfLiberty.aspx>. [50. Dès son admission dans un établissement pour mineurs, chaque mineur a le droit d'être examiné par un médecin afin que celui-ci constate toute trace éventuelle de mauvais traitement et décelle tout état physique ou mental justifiant des soins médicaux. 51. Les services médicaux offerts aux mineurs doivent viser à déceler et traiter toute affection ou maladie physique, mentale ou autre, ou abus de certaines substances qui pourrait entraver l'insertion du mineur dans la société. Tout établissement pour mineur doit pouvoir accéder immédiatement à des moyens et équipements médicaux adaptés au nombre et aux besoins de ses résidents et être doté d'un personnel formé aux soins de médecine préventive et au traitement des urgences médicales. Tout mineur qui est ou se dit malade, ou qui présente des symptômes de troubles physiques ou mentaux doit être examiné sans délai par un médecin. 52. Tout médecin qui a des motifs de croire que la santé physique ou mentale d'un mineur est ou sera affectée par une détention prolongée, une grève de la faim ou une modalité quelconque de la détention doit en informer immédiatement le directeur de l'établissement ainsi que l'autorité indépendante chargée de la protection du mineur].

²⁸ [en ligne] disponible sur : https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Prison_Framework_French.pdf

²⁹ [en ligne] disponible sur : <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/p28/>

Par ailleurs, les médecins exerçant en milieu carcéral ont le devoir de "11. (...) signaler aux autorités sanitaires et aux organisations professionnelles de leur pays les insuffisances constatées dans la prestation de soins aux détenus et les situations qui comportent des risques épidémiologiques élevés. Les AMN (autorités médicales nationales) sont dans l'obligation de tenter de protéger ces médecins contre d'éventuelles mesures de rétorsion". Lesdits médecins doivent également "12. (...) suivre les directives nationales en matière de santé publique lorsque celles-ci sont conformes à l'éthique, notamment le signalement obligatoire des maladies infectieuses et transmissibles".

- Les *Règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus*, qui ont été adoptées il y a plus de 50 ans, ne prêtent pas suffisamment attention aux besoins particuliers des femmes, c'est la raison qui a incité à l'élaboration d'un *Projet de règles des Nations Unies pour le traitement des femmes détenues et de mesures non privatives de liberté pour les délinquantes* (E/CN.15/2009/CRP.8). Lequel projet a été adopté sous la forme d'une Résolution adoptée par l'Assemblée générale³⁰.

- Les *Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes* du 14 Octobre 2010, ou *Règles de Bangkok*³¹. Il y a lieu de préciser que les *Règles de Bangkok* ne se substituent en aucune manière à l'*Ensemble de Règles Minima* ni aux *Règles de Tokyo*. Toutes les dispositions énoncées dans ces deux séries de règles continuent par conséquent de s'appliquer à toutes les personnes détenues ou délinquantes, sans distinction de sexe.

- D'autres textes internationaux³² décrivent des comportements médico-éthiques. Au niveau de l'Europe, il convient de citer les *Règles pénitentiaires européennes* (RPE) adoptées pour la première fois en 1973, révisées en 1987, puis en 2006, visant à harmoniser les politiques pénitentiaires des Etats membres du Conseil de l'Europe et à faire adopter des pratiques et des normes communes. Ces 108 règles portent à la fois sur les droits fondamentaux des personnes détenues, le régime de détention, la santé, l'ordre et la sécurité

³⁰ AG/SHC/3980 Sur la base du rapport de la Troisième Commission (A/65/457)] 65/229, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/65_229_French.pdf.

³¹ A/C.3/65/L.5. Règle 6 : "L'examen médical des détenues doit être complet, de manière à déterminer leurs besoins en matière de soins de santé primaires et à faire apparaître : a) La présence de maladies sexuellement transmissibles ou de maladies transmissibles par le sang ; selon les facteurs de risque, il peut aussi être offert aux détenues de se soumettre à un test de dépistage du VIH, précédé et suivi d'un soutien psychologique ; b) Les besoins en matière de soins de santé mentale, et notamment les troubles de stress post-traumatique et les risques de suicide ou d'automutilation ; c) Les antécédents de la détenue en matière de santé de la reproduction, notamment une grossesse en cours ou une grossesse ou un accouchement récents et toute autre question liée à la santé de la reproduction ; d) La présence d'une dépendance à la drogue ; e) Les violences sexuelles et autres formes de violence qui ont pu être subies avant l'admission". Règle 11 : "1. Le personnel médical est le seul présent lors des examens médicaux, sauf si le médecin estime que les circonstances sont exceptionnelles ou qu'il demande expressément à un membre du personnel pénitentiaire d'être présent pour des raisons de sécurité. 2. S'il est nécessaire qu'un membre du personnel pénitentiaire ne faisant pas partie de l'équipe médicale soit présent lors d'un examen médical, cet examen doit être réalisé de manière à garantir le respect de la vie privée, la dignité et la confidentialité".

³² Notamment les déclarations de l'Association Médicale Mondiale qui est une organisation non gouvernementale, créée le 18 septembre 1947.

des établissements pénitentiaires, le personnel de l'administration pénitentiaire, l'inspection et le contrôle des prisons.

Sans valeur contraignante pour les Etats, elles constituent néanmoins un outil de référence pour les Etats membres. La troisième partie des RPE est ainsi réservée aux soins de santé. Un principe général est ainsi consacré par la Règle 39 en vertu de laquelle *"les autorités pénitentiaires doivent protéger la santé de tous les détenus dont elles ont la garde"*. Cette règle est nouvelle et se fonde sur l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui établit *"le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre"*. Parallèlement à ce droit fondamental qui s'applique à toutes les personnes, **les détenus disposent de protections supplémentaires eu égard à leur statut**. Lorsqu'un pays prive des personnes de leur liberté, il prend la responsabilité de s'occuper de leur santé au regard des conditions de détention et du traitement individuel qui peut s'avérer nécessaire du fait de ces conditions. Les administrations pénitentiaires ont la responsabilité non seulement d'assurer l'effectivité de l'accès des détenus aux soins médicaux mais également de créer les conditions qui favorisent le bien-être des détenus et du personnel pénitentiaire³³. Ce principe est renforcé par la recommandation (98) 7 du Comité des ministres aux États membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins en prison ainsi que par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme confirmant de plus en plus qu'il incombe aux États de protéger la santé des détenus dont ils ont la garde.

Les Règles Pénitentiaires Européennes établissent en outre une véritable charte détaillant les Devoirs du médecin³⁴. Il appert ainsi que le médecin doit être chargé de

³³ Les règles spécifiques relatives à l'organisation des soins de santé en prison :

40.1 Les services médicaux administrés en prison doivent être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de la collectivité locale ou de l'Etat.

40.3 Les détenus doivent avoir accès aux services de santé proposés dans le pays sans aucune discrimination fondée sur leur situation juridique.

40.4 Les services médicaux de la prison doivent s'efforcer de dépister et de traiter les maladies physiques ou mentales, ainsi que les déficiences dont souffrent éventuellement les détenus.

40.5 À cette fin, chaque détenu doit bénéficier des soins médicaux, chirurgicaux et psychiatriques requis, y compris ceux disponibles en milieu libre.

³⁴ REP : 42.1 Le médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin doit voir chaque détenu le plus tôt possible après son admission et doit l'examiner, sauf si cela n'est manifestement pas nécessaire. 2. Le médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin doit examiner les détenus s'ils le demandent avant leur libération et doit sinon examiner les détenus aussi souvent que nécessaire. 3. Lorsqu'il examine un détenu, le médecin, ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin, doit accorder une attention particulière : a. au respect des règles ordinaires du secret médical ; b. au diagnostic des maladies physiques ou mentales et aux mesures requises par leur traitement et par la nécessité de continuer un traitement médical existant ; c. à la consignation et au signalement aux autorités compétentes de tout signe ou indication permettant de penser que des détenus auraient pu subir des violences ; d. aux symptômes de manque consécutifs à une consommation de stupéfiants, de médicaments ou d'alcool ; e. à l'identification de toute pression psychologique ou autre tension émotionnelle due à la privation de liberté ; f. à l'isolement des détenus suspectés d'être atteints de maladies infectieuses ou contagieuses, pendant la période où ils sont contagieux, et à l'administration d'un traitement approprié aux intéressés ; g. au non-isolement des détenus pour la seule raison qu'ils sont séropositifs ; h. à l'identification des problèmes de santé physique ou mentale qui pourraient faire obstacle à la réinsertion de l'intéressé après sa libération ; i. à la détermination de la capacité de l'intéressé à travailler et à faire de l'exercice ; et j. à la conclusion d'accords avec les services de la collectivité afin que tout

surveiller la santé physique et mentale des détenus et doit voir, "dans les conditions et au rythme prévus par les normes hospitalières, les détenus malades, ceux qui se plaignent d'être malades ou blessés, ainsi que tous ceux ayant été spécialement portés à son attention"³⁵. Les détenus placés dans des conditions d'isolement cellulaire doivent bénéficier d'une attention particulière de la part du médecin compétent qui doit "leur fournir promptement une assistance médicale et un traitement, à leur demande ou à la demande du personnel pénitentiaire"³⁶. Lorsque la santé physique ou mentale d'un détenu encourt des risques graves du fait de la prolongation de la détention ou en raison de toute condition de détention, le médecin doit "présenter un rapport au directeur"³⁷ qui doit en tenir compte et "prendre immédiatement des mesures pour les mettre en œuvre"³⁸.

Par ailleurs, et hormis ce famélique dispositif, il convient de citer également les normes contenues dans les recommandations du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, qui traitent des aspects spécifiques des politiques et pratiques pénitentiaires et plus spécifiquement la Recommandation (93) 6 relative aux aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du sida, et les problèmes connexes de santé en prison ainsi que la Recommandation (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire.

- L'ensemble de ces textes établissent certes un certain nombre d'obligations à la charge du personnel médical mais demeurent infructueux en raison de leur nature juridique. En effet, il est de bon escient de rappeler que ces textes foisonnants - qui portent pour certains le nom de "*Déclaration*" et pour d'autres "*Principes*" ou même "*Règles*" - n'ont aucune prétention normative car ils sont dénués de toute valeur contraignante. Il conviendra donc de les cantonner dans leur signification usuelle, celle de porter à la connaissance et d'inciter à agir suivant une orientation précise. Les déclarations - on le sait - n'ont pas valeur de lois, elles demeurent de simples "*déclarations de principes*". Ces textes traduisent l'engagement international pour la protection des droits du détenu malade, un engagement certes sans équivoque mais sans effet contraignant.

Ceci étant dit, force est de reconnaître que lesdits textes ont néanmoins à la fois un **effet d'entraînement** et un **effet de séduction**. L'effet d'entraînement explique l'élaboration et la consécration de différents textes en matière de soins prodigués au sein des établissements pénitentiaires dans un certain nombre d'Etats. L'effet de séduction est quant à lui infirmé par la comparaison exégétique entre les textes internationaux et les législations d'un certain

traitement psychiatrique ou médical indispensable à l'intéressé puisse être poursuivi après sa libération, si le détenu donne son consentement à cet accord.

³⁵ REP, 43.1.

³⁶ REP, 43.2.

³⁷ REP, 43.3.

³⁸ REP, 45.1. Il faut néanmoins préciser qu'en vertu de la Règle 45.2 "si les recommandations formulées par le médecin échappent à la compétence du directeur ou n'emportent pas son accord, ledit directeur doit immédiatement soumettre l'avis du praticien et son propre rapport aux instances supérieures".

nombre de pays. L'on notera donc une évolution progressive en la matière quoique la vitesse de croisière diffère d'un pays à un autre.

B - Une consécration timorée au niveau interne

La condition du détenu malade en Tunisie **était auparavant** organisée par un texte de valeur infra-législative, à savoir le Décret n°88-1876 du 04 novembre 1988 relatif au règlement spécial des prisons³⁹. L'article 14 dudit décret dispose que le détenu a droit à : "*1. L'alimentation ; 2. Aux soins ; 3. Aux médicaments, en prison ou bien à l'hôpital, sur indication du médecin de la prison et s'il s'avère impossible de le soigner à l'infirmerie de la prison ; 4. Disposer des moyens d'hygiène*". La visite médicale est rendue obligatoire conformément à l'article 39. Cette visite permet de surcroît d'isoler le détenu atteint d'une maladie contagieuse dans un "*pavillon aménagé à cet effet*". Le médecin de la prison examine le détenu malade et le soigne dans l'infirmerie pénitentiaire, "*il lui sera fourni gratuitement les médicaments prescrits et dont l'utilisation est autorisée dans les hôpitaux publics, par l'intermédiaire de l'agent infirmier. Le détenu est tenu de prendre les médicaments en présence de l'agent infirmier*"⁴⁰. Cependant, et en cas d'impossibilité pour le détenu d'être soigné à l'infirmerie pénitentiaire, celui-ci "*est transféré dans un hôpital sur indication du médecin de la prison. Pendant son hospitalisation, le détenu est gardé par les agents de prison avec l'aide, le cas échéant, d'agents des autres corps des forces de sécurité intérieure*"⁴¹.

Enfin, il est intéressant de rappeler que l'article 42 dudit décret reprend le principe de gratuité des soins au sein des établissements pénitentiaires, tel que consacré à l'échelle internationale en ce qu'il dispose que "*le détenu malade bénéficie de la gratuité des soins dans les hôpitaux publics conformément à la législation en vigueur*".

Il convient par ailleurs de citer le *Code de déontologie médicale* promulgué par le Décret n°93-1155 du 17 mai 1993⁴² qui réserve pour sa part un article unique se rapportant au détenu malade. Il s'agit en l'occurrence de l'article 7 qui dispose qu' "*un médecin sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ou pour lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement ne serait ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité*". Cette composante éthique permet ainsi "*d'échanger sur l'attitude à adopter face à telle ou telle situation mettant souvent en jeu des valeurs*"⁴³, et de guider le médecin dans ses choix.

Le cadre normatif tunisien a évolué afin d'être au diapason des changements opérés dans le monde en faveur d'un véritable statut du détenu. Depuis 2001, l'ensemble de la matière pénitentiaire a été haussée à un rang supérieur puisque les nouvelles dispositions régissant

³⁹ J.O.R.T n°75 en date du 04 novembre 1988, pp.1525-1528.

⁴⁰ Article 40 du Décret n°88-1876 du 04 novembre 1988 relatif au règlement spécial des prisons.

⁴¹ Article 41 du Décret n°88-1876 du 04 novembre 1988 relatif au règlement spécial des prisons.

⁴² Journal Officiel de la République Tunisienne n° 40 des 28 mai et 1er juin 1993 page 764.

⁴³ FEUILLET Brigitte, "Ethique et droit", in *Qu'est ce que l'éthique ?*, Actes du colloque international, Tunis, les 5 et 6 mai 2006, p. 9.

ladite matière ont désormais valeur législative (et non plus réglementaire). La Loi n°2001-52 relative à l'organisation des prisons⁴⁴ s'inscrit dans un processus d'amélioration des droits des personnes détenues et constitue une avancée manifeste en ce qu'elle rétablit la hiérarchie des normes en élevant les normes pénitentiaires au niveau législatif, conformément aux standards internationaux ainsi qu'aux dispositions constitutionnelles. Le Décret n°88-1876 du 04 novembre 1988 relatif au règlement spécial des prisons a été ainsi expressément abrogé par l'article 45 de la loi n°2001-52 relative à l'organisation des prisons⁴⁵. Le contenu a été, en revanche, revu à la baisse et pour cause, le législateur a vraisemblablement gardé le mutisme s'agissant des droits du détenu malade. Ce constat est fort déplorable lorsque l'on sait que la norme interne, tant du point de vue de son contenu que de son interprétation, doit en principe subir l'influence du droit international. Or, cela n'a pas été le cas.

Si l'article 1er de ladite loi fait de l'"assistance médicale et psychologique" un droit acquis au profit de tout détenu et que l'article 13 rend obligatoire la visite médicale lors de l'incarcération⁴⁶, seul un alinéa orphelin concerne les soins dispensés au détenu malade, en l'occurrence l'article 17 qui dispose ainsi que : *"Tout détenu a droit à (...) (2) la gratuité des soins et des médicaments à l'intérieur des prisons, et, à défaut, dans les établissements hospitaliers, et ce, sur avis du médecin de la prison"*. Cela est d'autant plus troublant que la loi de 2001 consacre toute une partie⁴⁷ aux droits et obligations des détenus.

Par ailleurs, un autre article se rapporte indirectement aux soins dispensés au détenu malade et concerne uniquement le cas de maladies résultant de la mise en application du paragraphe 7 de l'Art.19 qui prévoit le droit à un emploi en prison⁴⁸. Il appert ainsi qu'en cas d'accident professionnel, le paragraphe 8 du même article (Art.19) fait bénéficier le détenu de *"droits et garanties conformément à la législation relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles"*.

Il est ainsi clair que les textes tunisiens aujourd'hui en vigueur⁴⁹ consacrent de manière timide ou timorée le statut du détenu malade. Car s'il est vrai que le législateur a voulu hausser au rang de loi les dispositions afférentes au système pénitentiaire, ces dispositions ont été vidées de leur substance en matière de soins de santé. Une comparaison sommaire permet

⁴⁴ Loi n°2001-52 en date du 14 mai 2001 relative à l'organisation des prisons, J.O.R.T n°40 du 18 mai 2001, telle que modifiée par la loi n°2008-58 du 04 août 2008, J.O.R.T n°64 du 08 août 2008.

⁴⁵ Loi n°2001-52 en date du 14 mai 2001 relative à l'organisation des prisons, J.O.R.T n°40 du 18 mai 2001 telle que modifiée par la loi n°2008-58 du 04 août 2008, J.O.R.T n°64 du 08 août 2008.

⁴⁶ L'article 13 dispose que *"le détenu est soumis dès son incarcération, à la visite médicale du médecin de la prison ; s'il s'avère qu'il est atteint d'une maladie contagieuse, il est isolé dans un pavillon aménagé à cet effet. (...) "*.

⁴⁷ La seconde partie, p.1133. Loi n°2001-52 en date du 14 mai 2001 relative à l'organisation des prisons, J.O.R.T n°40 du 18 mai 2001 telle que modifiée par la loi n°2008-58 du 04 août 2008, J.O.R.T n°64 du 08 août 2008.

⁴⁸ L'article 19 dispose que *"le détenu bénéficie (...) 7) d'un emploi rémunéré dans la limite des moyens disponibles, et ce, pour les détenus faisant l'objet de condamnation et sans que les séances de travail ne puissent dépasser la durée légale. Un arrêté commun du ministre chargé des prisons et de la rééducation et du ministre des affaires sociales définit le mode et conditions de rémunération"*.

⁴⁹ Le Décret n°88-186 du 04 novembre 1988 relatif au règlement spécial des prisons a été expressément abrogé par l'article 45 de la Loi de 2001. L'article 45 de la Loi n°2001-52 du 14 mai 2001, relative à l'organisation des prisons, dispose ainsi que : *"sont abrogées, toutes dispositions contraires à la présente loi"*.

de mettre en lumière l'amputation dont a été victime le second texte, particulièrement en ce qui concerne les droits du détenu malade⁵⁰.

La nature juridique du texte a certes évolué. Néanmoins, le travail normatif qui a été fait en 2001, consistant à définir les prestations que le service public pénitentiaire doit fournir à ses usagers, demeure lacunaire puisqu'il ne traite pas expressément du statut du détenu malade.

Il convient par ailleurs de préciser que le texte de 2001 a été précédé par la loi n°2000-77 du 31 juillet 2000. Quoique ne se rapportant pas directement à la matière pénitentiaire, cette loi a modifié et complété certaines dispositions du Code de procédure pénale en vue de créer l'institution du juge d'exécution des peines⁵¹. L'article 342 bis dispose que ainsi "(...). *Le juge d'exécution des peines peut proposer de faire bénéficier certains détenus de la liberté conditionnelle (...)*" en renvoyant à l'article 355 dont la lecture a contrario permet d'affirmer que la liberté conditionnelle⁵² peut être accordée au condamné "3) *s'il est atteint d'une infirmité grave ou d'une maladie incurable*". Il incombe au médecin de l'établissement pénitentiaire d'informer par écrit le juge d'exécution des peines des cas graves qu'il a constaté⁵³. Hormis ce cas de liberté conditionnelle, le Code de procédure pénale permet en outre la suspension de l'exécution de la peine "*pour motif de santé*", et ce, conformément à l'article 346 (bis)⁵⁴.

Au demeurant, aujourd'hui, de nombreux textes fort disparates touchent, de manière indirecte, à la condition du détenu malade. Il conviendra de relever notamment :

- La loi n°2001-51 du 03 mai 2001, relative aux cadres et agents des prisons et de la rééducation dans son titre 2 a prévu la création du Conseil d'honneur des prisons et de la rééducation qui rend son avis sur toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de la justice et des droits de l'homme.

- Le décret n°2001-2588 du 09 novembre 2001, relatif à l'indemnité de garde et ses conditions d'attribution pour les personnels des corps médicaux et juxta-médicaux hospitalo-universitaire et hospitalo-sanitaire et les médecins des hôpitaux, détachés auprès du Ministère de la justice⁵⁵, dont l'article 1er rend obligatoire le service de garde médicale pour les personnels des corps médicaux et juxta-médicaux hospitalo-universitaires et hospitalo-sanitaires et les médecins des hôpitaux, détachés auprès du Ministère de la justice exerçant dans les établissements pénitentiaires et rééducatifs⁵⁶.

⁵⁰ A titre comparatif, le Décret de 1988 abrogé comportait cinq articles consacrés au détenu malade.

⁵¹ J.O.R.T n°62 du 04 août 2000.

⁵² La liberté conditionnelle est accordée par arrêté pris par le ministre de la justice sur avis conforme de la commission de libération conditionnelle.

⁵³ Article 342-4 du Code de procédure pénale.

⁵⁴ Article 346 (bis) du Code de procédure pénale ajouté par la loi n°99-90 du 2 août 1999, paragraphe 2 dispose que : "*l'exécution est suspendue pour motif de santé ou familial ou lorsque le condamné est écroué pour une autre infraction ou pour l'accomplissement du service national*".

⁵⁵ J.O.R.T n°92 en date du 16 novembre 2001.

⁵⁶ L'article 1 du décret n°2001-2588 du 09 novembre 2001, relatif à l'indemnité de garde et ses conditions d'attribution pour les personnels des corps médicaux et juxta-médicaux hospitalo-universitaire et hospitalo-

- Le décret n°2004-419 du 1er mars 2009 modifiant et complétant le décret n°84-753 du 30 avril 1984 portant statut particulier des cadres et agents des prisons et de la rééducation.

- Le décret n°2004-2731 portant modification du décret n°98-1812 du 21 septembre 1998 fixant les conditions et les modalités d'attribution et de retrait de la carte de soins gratuit.

- Le décret n°2006-1167 du 13 avril 2006, portant détermination du statut particulier du corps des cadres et agents des prisons et de la rééducation, telle que modifiée et complétée par les textes subséquents et notamment le décret n°2009-2612 du 14 septembre 2009.

- La loi n°2008-21 du 4 mars 2008, portant obligation de motiver la décision de prolonger la durée de la garde à vue et de la détention préventive⁵⁷.

- Le décret n°2006-1167 du 13 avril 2006, fixant le statut particulier du corps des cadres et agents des prisons et de la rééducation⁵⁸.

- La loi n°2008-37 du 16 juin 2008, relative au comité supérieur des droits de l'Homme et des libertés fondamentales⁵⁹ dont l'article 5 prévoit pour le président du comité supérieur le droit d'effectuer, sans préavis, des visites dans les établissements pénitentiaires et de rééducation, en vue de s'assurer de l'application de la législation nationale relative aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales.

- La loi n° 2008-58 du 4 août 2008, relative à la mère détenue enceinte et allaitante⁶⁰, portant ajout de l'article 7 bis à la loi n°2001-52 du 14 mai 2001, relative à l'organisation des prisons accordant aux femmes détenues, enceintes ou allaitantes, le droit d'être incarcérées, pendant la période de grossesse et d'allaitement *"dans un espace approprié, aménagé à cet effet offrant l'assistante médicale, psychologique et sociale à la mère et à l'enfant"*.

- Le décret n° 2014-4776 du 31 décembre 2014, portant création de la Commission nationale de suivi de la mise en œuvre du règlement sanitaire international⁶¹. Ladite Commission est chargée de renforcer les mécanismes nationaux d'appui de la vigilance, de dépistage et de restriction des risques sanitaires, de se préparer pour lutter contre, et de coordonner entre les parties intervenantes pour la mise en œuvre du règlement sanitaire international⁶².

sanitaire et les médecins des hôpitaux, détachés auprès du Ministère de la justice, dispose que *"les personnels des corps médicaux et juxta-médicaux hospitalo-universitaires et hospitalo-sanitaires et les médecins des hôpitaux, détachés auprès du Ministère de la justice exerçant dans les établissements pénitentiaires et rééducatifs sont tenus, conformément à leurs statuts particuliers, de participer au service de garde médicale assuré en dehors de leurs horaires de travail normal, la nuit, les dimanches et les jours fériés contre un congé de repos compensateur, ou, à défaut, contre une indemnité de garde"*.

⁵⁷ J.O.R.T n°21 du 11 mars 2008.

⁵⁸ J.O.R.T n°34 du 26 avril 2006.

⁵⁹ J.O.R.T n°51 du 24 juin 2008.

⁶⁰ J.O.R.T n°64 en date du 8 août 2008.

⁶¹ J.O.R.T n°7 du 23 janvier 2015.

⁶² Même la Commission créée par Arrêté du ministre de la santé du 6 juin 2014, dite Commission technique du dialogue national sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de la santé,⁶² n'évoque nullement la question de la santé en milieu carcéral.

- Enfin, le programme d'action du ministère de la justice et des droits de l'homme - adopté conformément au Plan de Développement pour la période allant de 2012-2016 - fait état de l'élaboration de nouvelles lois modifiant le cadre juridique régissant les établissements judiciaires et pénitentiaires à la lumière des principes internationaux en matière d'indépendance judiciaire. Il y fait clairement mention de la promulgation d'une loi sur le statut des établissements pénitentiaires (annoncée au 2^{ème} trimestre 2012 mais non encore été adoptée à l'heure où nous rédigeons ces lignes) ainsi que de la réforme institutionnelle du système pénitentiaire y compris la méthode de gestion de la population carcérale, suivi d'un programme de formation continue obligatoire du personnel pénitentiaire.

S'il va sans dire que "*le pouvoir réglementaire peut définir les modalités d'application des règles législatives*"⁶³, il n'en demeure pas moins qu'en Tunisie, grand nombre de dispositions affectant les droits fondamentaux des personnes incarcérées sont réglementées par des normes subordonnées, à savoir des circulaires, notes de services, et règlements intérieurs des établissements. Il en est ainsi en particulier de la détermination par voie d'instructions de service de règles en matière d'exécution des peines. Il existe ainsi une profusion d'instructions de services qui régissent tous les aspects de la vie en détention sans pour autant que les détenus ne puissent y avoir accès alors que leurs dispositions leur sont pourtant quotidiennement opposées.

En effet, le droit applicable à la prison est le terrain d'élection par excellence des "*mesures d'ordre intérieur*", insusceptibles de recours devant le juge de l'excès de pouvoir. L'absence de jurisprudence en la matière est très significative⁶⁴. La doctrine se doit de le souligner. Ce sont les contestations émanant d'associations de société civile et autres scandales sporadiques qui tirent la sonnette d'alarme. Par conséquent, l'ordre juridictionnel compétent se doit de s'emparer de la question carcérale afin de réduire le périmètre des mesures d'ordre intérieur⁶⁵. Car, la réglementation en vigueur n'est guère satisfaisante au regard des principes consacrés tant en droit international qu'en droit interne. Désormais, une refonte de la réglementation en vigueur est nécessaire en vue d'imposer au service public pénitentiaire le respect des droits inhérents aux détenus malades. Il semblerait qu'un texte soit en cours d'élaboration.

Cependant, l'étude de la législation et de la réglementation ne saurait à elle seule rendre compte du statut du prisonnier malade, il y a donc lieu d'appréhender la mise en œuvre dudit statut.

II - La mise en œuvre du statut juridique du détenu malade : un sujet minoré

L'examen de la mise en œuvre du statut du détenu malade implique que l'on appréhende dans un premier temps les conditions d'hospitalisation de celui-ci (A) et que l'on

⁶³ RIVERO Jean, "Peines de prison et pouvoir réglementaire", in A.J.D.A., 1974, p.229.

⁶⁴ Les choses commencent à changer dans certaines parties du monde où certains actes émanant de l'administration pénitentiaire ne sont plus assimilables à des "*mesures d'ordre intérieur*", Arrêt Remli du 30 juillet 2003, le Conseil d'Etat a renversé sa jurisprudence Fauqueux.

⁶⁵ Et ce, à l'instar du Conseil d'Etat français à partir de l'Arrêt Marie du 17 février 1995.

s'interroge, dans un second temps, sur le respect des règles élémentaires d'éthique médicale applicables en la matière (B).

A - Des conditions d'hospitalisation difficiles

L'administration des soins en milieu carcéral est traditionnellement confiée à l'administration pénitentiaire, plus précisément à ses services de médecine pénitentiaire. Une révolution a eu lieu sous d'autres cieux, nous y reviendrons. L'administration pénitentiaire est chargée de s'assurer du bon état physique et mental de ses usagers lors de l'exécution de la peine privative de liberté. Cela pose nécessairement la question des conditions d'hospitalisation "*intra-muros*" (1), mais également celles se rapportant à l'hospitalisation "*extra-muros*" du détenu malade (2).

1) Les conditions d'hospitalisation "*intra-muros*"

Les détenus accueillis dans les établissements de détention ne bénéficient pas d'un bon état de santé⁶⁶. Les personnes incarcérées sont souvent issues de la partie la plus marginalisée de la société. Certaines entrent en prison avec des problèmes de santé qui n'ont pas été diagnostiqués, détectés et pris en charge. Les pathologies dont souffrent ces derniers nécessitent l'intervention de médecins spécialistes très peu représentés en prison.

Selon l'Association médicale mondiale, "*les prisons sont souvent des foyers d'infection. Le surpeuplement, le confinement à longueur de temps dans des espaces clos, mal éclairés, mal chauffés et donc mal ventilés et souvent humides*"⁶⁷ constituent la description souvent associée à l'emprisonnement. En Tunisie, comme ailleurs dans le monde, la promiscuité, l'insalubrité et plus généralement les conditions de vie en milieu carcéral sont propices à la **transmission du virus du sida** et de **l'hépatite C**. Les maladies transmissibles sont aujourd'hui un problème majeur pour de nombreuses administrations pénitentiaires. Les rapports révèlent que la prévalence du virus du sida et de l'hépatite C est six fois plus élevée en milieu carcéral que dans la population générale⁶⁸.

*Le Guide de prise en charge de la tuberculose en Tunisie, publié en 2014, confirme que selon les estimations effectuées, la prévalence de la tuberculose parmi les prisonniers est à peu près 10 fois la prévalence parmi la population soit de 300/100.000 prisonniers si l'on estime que cette fréquence est près de 10 fois la prévalence parmi la population totale*⁶⁹. *Le personnel de santé des prisons n'est pas bien formé pour le dépistage et la prise en charge de la tuberculose, et les services médicaux des prisons ne sont pas adéquatement supervisés par le programme*⁷⁰. *Sans compter qu'il n'existe pas un bon système de coordination entre les*

⁶⁶ BONNEVIE E., *La prise en charge sanitaire des personnes incarcérées : bilan et perspectives*, Mémoire E.N.S.P., Rennes, 1994.

⁶⁷ Association médicale mondiale, 2000, <http://www.wma.net/fr/2000/>.

⁶⁸ Il y a lieu de citer à titre d'exemple l'enquête Prévacar, menée en 2010 par la Direction générale de la santé en France, en collaboration avec l'InVs qui a tiré la sonnette d'alarme.

⁶⁹ Le Guide de prise en charge de la tuberculose en Tunisie, publié par la direction des soins de santé de base du ministère de la santé tunisien en 2014, p.9.

⁷⁰ Plan Stratégique National de Lutte Contre la Tuberculose 2008-2015, p.16. Le Plan prévoit le ciblage des groupes à risque élevé, particulièrement les contacts des malades tuberculeux, le personnel de soins, les prisonniers et les malades tuberculeux multi résistants.

services médicaux des prisons et le programme national de lutte contre la tuberculose pour un bon suivi des malades après leur sortie des prisons.

Le Plan Stratégique National de Lutte Contre la Tuberculose prévoit dans le cadre de son action stratégique corrective d'améliorer le dépistage et la prise en charge de la maladie chez les prisonniers à travers des interventions ciblées allant de la "formation du personnel de santé des prisons sur le dépistage et la prise en charge de l'infection et maladie chez les prisonniers ainsi que la sensibilisation des prisonniers, à l'amélioration du système de suivi pour les prisonniers après sortie de prison et la supervision des activités de dépistage et de prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral"⁷¹.

Hormis les maux liés aux maladies transmissibles, un rapport datant de 2004 souligne la difficulté de l'accès aux soins : *"le diagnostic de la maladie prend de longs délais, puisque l'infirmier et le personnel médical de la prison ne disposent pas de l'équipement nécessaire pour le faire"*⁷². Lorsque le diagnostic est établi, commence alors une étape aussi longue et fastidieuse que la précédente pour obtenir les médicaments en raison des tergiversations de l'administration pour procurer au malade les médicaments prescrits, souvent absents de la pharmacie de la prison⁷³. Par ailleurs, l'accès à certains soins spécifiques est trop peu considéré qu'il s'agisse de soins dentaires, de problèmes de vue, de traitements d'orthophonie interrompus à cause de la prison, du suivi d'un régime spécial des drogués (et des problèmes de sevrage) des détenus âgés ou des personnes en phase terminale de maladie (nous y reviendrons).

Il est à signaler de surcroît que les médecins ne sont que très rarement présents le week-end, et que certaines prisons ne bénéficient pas des services d'une infirmière au cours de cette même période. En cas de nécessité, il est fait appel aux services d'urgence. Le déficit de personnel médical intervenant en détention constitue donc un sujet d'inquiétude régulièrement mis en avant par les spécialistes du monde carcéral.

En principe, et conformément aux textes en vigueur, le médecin est tenu de procéder à une visite complète lors de l'admission d'un nouvel arrivant. Dans certaines prisons, il peut s'avérer difficile qu'un médecin examine tous les détenus immédiatement après leur admission. Dans certains cas, il n'y a pas de médecin sur place, ou bien le volume d'admissions est trop important pour que le médecin puisse faire passer à chaque détenu une visite médicale complète immédiatement, surtout si les détenus arrivent le soir.

Le médecin examine alors uniquement les détenus visiblement malades ou ceux que l'infirmier(ère) lui envoie. Tout traitement médical nécessaire doit être offert dans le respect du principe de la gratuité des soins. Même dans les pays qui connaissent d'importantes difficultés à fournir des soins de santé de niveau raisonnable à la population en général, les détenus sont habilités à recevoir les meilleurs soins de santé possibles, et cela gratuitement.

⁷¹ Plan Stratégique National de Lutte Contre la Tuberculose 2008-2015, p.25.

⁷² <http://nawaat.org/portail/2004/10/02/la-tragedie-des-prisonniers-politiques-en-tunisie/>

⁷³ <http://nawaat.org/portail/2004/10/02/la-tragedie-des-prisonniers-politiques-en-tunisie/>

La justification humaniste considère que rien ne peut libérer l'Etat de ses responsabilités⁷⁴. Cependant, force est de reconnaître que la mise en œuvre du principe de gratuité des soins médicaux en prison est difficile lorsqu'un nombre important de détenus malades nécessitent des traitements coûteux. Une jurisprudence constante affirme pourtant que les administrations pénitentiaires doivent prendre des dispositions basées sur les besoins des détenus et fournir lesdits traitements sans discrimination aucune sous prétexte que le malade soit un détenu⁷⁵.

Par ailleurs, le médecin n'est pas seulement responsable de la fourniture de soins de santé aux détenus. Son rôle s'étend à la surveillance des conséquences pour la santé de l'environnement carcéral et à s'assurer que les lacunes pouvant avoir des effets néfastes pour la santé soient mentionnées aux personnes responsables de la prison.

Certaines législations imposent des visites médicales obligatoires régulières pour les détenus mis en isolement⁷⁶. Chaque établissement pénitentiaire doit disposer des services d'au moins un médecin généraliste. A défaut, des mesures doivent être prises pour s'assurer de l'intervention d'un médecin en cas d'urgence. En l'absence d'un médecin exerçant à plein temps, les établissements pénitentiaires doivent être régulièrement visités par un médecin exerçant à temps partiel. Hormis cette obligation de disposer d'un médecin, chaque établissement pénitentiaire doit disposer d'un personnel ayant suivi une formation médicale appropriée.

Les soins médicaux dans les prisons de la plupart des pays sont fournis par un service médical spécialisé qui est placé sous la responsabilité de l'administration des prisons⁷⁷. Ces services médicaux spécialisés sont souvent critiqués pour leurs normes peu exigeantes, leur isolement des services médicaux conventionnels et leur absence d'indépendance. Pour remédier à cela, les administrations pénitentiaires d'un certain nombre de pays ont mis en place des hôpitaux pénitentiaires habilités à traiter les cas les moins graves. C'est d'ailleurs à partir de cette expérience que la doctrine a introduit l'expression d' "*hôpital incarcéré*" afin de désigner l'enclave soignante ou l'unité de soins au sein de la prison.

⁷⁴ Le Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) a déclaré que même durant les périodes de graves difficultés économiques, rien ne peut libérer l'Etat de sa responsabilité de fournir les exigences fondamentales de la vie aux personnes qu'il a privées de liberté. Conseil de l'Europe (2002) CPT Rapport au gouvernement de la République de Moldavie relatif à la visite effectuée en Moldavie par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, du 10 au 22 juin 2001. Strasbourg : CoE.

⁷⁵ A l'instar de cet exemple issu de la jurisprudence sud-africaine : "*Quatre détenus séropositifs ont porté une affaire devant le South African High Court en 1997 car ils affirmaient, ainsi que d'autres détenus séropositifs, ne pas recevoir de soins médicaux appropriés à leur état de santé, y compris des médicaments spéciaux comme l'AZT. Ils affirmaient qu'ils devaient recevoir ce traitement gratuitement. Le Correctional Services Department répondit que le budget ne permettait pas de fournir un niveau de soins aussi poussé. Le juge a conclu en faveur des détenus et a déclaré qu'ils devaient recevoir le traitement médical approprié aux frais de l'Etat.* The Cape High Court (South African) (1997) *Van Biljon and others v Minister of Correctional Services and others* 1997 (4) SA 441 (C), 1997 (6) BCLR 789 (C). Le Cap : SACR.

⁷⁶ Art. D.283-1 à D.251-8 du Code français de procédure pénale.

⁷⁷ School of Law, Centre international d'Etudes pénitentiaires, King's College London, Note d'Orientation n°10, 2006, p.03.

Lorsqu'une prison dispose ainsi de son propre hôpital, celui-ci doit être doté d'un personnel et d'un équipement en mesure d'assurer les soins et les traitements appropriés aux détenus qui lui sont transférés⁷⁸. Outre les équipements destinés aux soins de médecine générale, dentaire et psychiatrique, il y a lieu de s'assurer de l'existence des dispositions nécessaires à même de permettre de dispenser les consultations spécialisées et les soins hospitaliers les plus complexes.

Néanmoins, et nous l'avons pas encore expérimenté en Tunisie, *"les conséquences de l'entrée de l'hôpital en prison sont relativement importantes car elles remettent directement en cause la spécificité du droit pénitentiaire, tout en renforçant l'unité de ce droit par une approche nouvelle de la détention"*⁷⁹.

Une autre question, parue d'une manière subjacente à nos recherches de départ est celle qui a trait à la relation entre le personnel pénitentiaire et le personnel médical. Deux corps de métier qui doivent non seulement cohabiter, mais surtout le faire en étroite collaboration avec un objectif commun : assurer de bonnes conditions d'accès aux soins pour les détenus⁸⁰. Ces relations sont en général empreintes d'embarras en raison de la difficulté à concilier les fonctions de soins avec celles de surveillance. L'embarras est parfois plus prononcé dans le cas des rapports entre les surveillants et la hiérarchie médicale, voire même les rapports entre la hiérarchie médicale et les autres membres du personnel pénitentiaire. Des frictions surviennent souvent entre l'autorité pénitentiaire et l'autorité médicale. La situation prévaut, par exemple, lorsque le médecin refuse d'entériner une décision disciplinaire à même de porter davantage préjudice à la santé du détenu malade.

Plusieurs spécialistes ont mis en exergue *"les diverses interactions qui sont à l'œuvre, dans un hôpital carcéral, entre les membres des personnels pénitentiaire et médical" afin de souligner que "la mixité et la cohabitation des surveillants, des soignants et des détenus-patients, renforcent la complexité de leurs rapports parfois déjà conflictuels"*⁸¹. La cohabitation des membres des personnels pénitentiaire et médical est intéressante et ne manque de nous interpellier pour ce qui est de leur relation avec les détenus malades. A l'intérieur des établissements pénitentiaires, cette relation est empreinte de soupçon, les détenus, eux-mêmes, ont du mal à se percevoir comme des patients dans le regard des soignants. Ce malaise au regard des rapports soignant-soigné se vérifie d'autant que le personnel soignant, notamment les infirmiers, a tendance à *"remettre toujours en question"* la réalité des besoins exprimés par les détenus.

⁷⁸ RPE, Règle 46.2.

⁷⁹ PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, Paris, L.G.D.J., 1998, p.416.

⁸⁰ ROMMEL Mendès-Leite, "Soigner les détenus, surveiller les malades. Paradoxes des interactions entre personnels de santé et pénitentiaire dans un hôpital en milieu carcéral", in *Le Journal des psychologues* n°241, 8/2006, pp. 37-41.

⁸¹ ROMMEL Mendès-Leite, "Soigner les détenus, surveiller les malades. Paradoxes des interactions entre personnels de santé et pénitentiaire dans un hôpital en milieu carcéral", *Le Journal des psychologues* n°241, 8/2006, pp. 37-41.

Or, dans la psychologie du détenu, l'investissement du statut de malade permet d'échapper à la réalité carcérale, et représente un véritable recours identitaire. "*Le soin rend au détenu sa condition d'homme, restaure son estime de lui-même, le rend acteur de sa propre vie*"⁸². Cependant, pour un certain nombre de détenus, il existerait "*dans le regard des professionnels une mise à distance liée à leur condition*"⁸³, ainsi que la nette perception que "*les jugements sur leurs actes conditionnent en permanence ce regard, mais aussi la façon de soigner*"⁸⁴. Le statut de détenu empêcherait d'accéder, dans une certaine mesure, à un statut de patient identique à celui de l'extérieur⁸⁵.

La maladie, on le sait, est "*la forme de décès la plus commune*" au sein des établissements pénitentiaires⁸⁶. Une lapalissade qui a été à l'origine d'un certain nombre de réformes substantielles⁸⁷. En France, la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit la suspension de peine si l'état de santé est incompatible avec la détention. La suspension de peine pour raisons médicales est accordée par le juge si l'état de santé du détenu présente l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes : "*une pathologie engageant le pronostic vital ou un état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention, hors le cas des personnes présentant des troubles mentaux et hospitalisées*". Deux expertises médicales distinctes doivent établir de manière concordante l'une ou l'autre de ces situations relatives à l'état de santé. La loi exige l'absence de "*risque grave de renouvellement de l'infraction*". L'application de la loi du 4 mars 2002 constitue ainsi un moyen pour accorder au détenu le statut de patient⁸⁸.

Plus récemment, en France, la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 dite "*Loi pénitentiaire*" prévoit de nouvelles dispositions légales concernant l'exécution et l'application des peines. En consacrant tout un chapitre aux "*droits et devoirs des personnes détenues*", la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a constitué un tournant dont l'importance ne saurait nous échapper : elle vient consacrer cette vision nouvelle qui s'impose d'une prison de droit. Les suspensions de peines pour les grands malades sont désormais plus faciles à obtenir.

⁸² BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, *Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison*, EHESS, 2000, p.05.

⁸³ *Idem*.

⁸⁴ *Idem*.

⁸⁵ *Idem*.

⁸⁶ "La santé en prison : réalisation du droit à la santé, *Fiche pratique de la réforme pénale*, n°2, 2007 (2), *Penal Reform International*.

⁸⁷ En France, la Loi du 04 mars 2002 prévoit la suspension de peine si l'état de santé est incompatible avec la détention ou certains aménagements tels que la libération conditionnelle. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Egalement la création d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) pour un meilleur accès aux soins psychiatriques, (Ghislaine Trabacchi, "Soins aux personnes sous main de justice", in *Soins* n°701, Déc. 2004, p.29) et enfin, "la création des premières Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI)", (TRABACCHI Ghislaine, "Soins aux personnes sous main de justice", in *Soins* n°701, Déc. 2004, p.29) pour les soins somatiques nécessitant une longue hospitalisation.

⁸⁸ MANSUY Isabelle, *Dix ans après la réforme : la santé toujours incarcérée*, site de l'Observatoire International des Prisons (OIP). Michel Chartier premier condamné à perpétuité à pouvoir bénéficier de cette mesure affirme sentir la différence de statut : "*Maintenant que je suis soigné à l'hôpital de Château-Thierry comme un patient ordinaire, je vois la différence dans le regard des médecins*". <http://www.oip.org>

Dans certains pays, les détenus souffrant d'une maladie en phase terminale peuvent bénéficier d'une libération anticipée. En mars 2004, la Haute cour de Pretoria, en Afrique du Sud, a ordonné la libération immédiate d'un détenu purgeant une peine de 15 ans de prison pour vol à main armée, car il souffrait d'une maladie grave en phase terminale. Les autorités avaient refusé d'accorder au détenu une mise en liberté conditionnelle alors que les médecins avaient affirmé qu'il ne lui restait qu'un à trois mois à vivre. En délivrant sa décision, le juge a déclaré que *"le demandeur est gravement malade. Il est mourant. L'incarcération est trop lourde pour lui en raison de son état de santé en rapide détérioration ; il ne peut plus rester en prison et être traité dans un hôpital pénitentiaire. Il a besoin d'humanité, d'empathie et de compassion"*⁸⁹.

Dans l'Arrêt *Enea c. Italie* du 17 septembre 2009,⁹⁰ le requérant atteint de plusieurs pathologies a pu bénéficier d'une suspension de l'exécution de la peine de prison en raison de son état de santé. La *Cour Européenne des droits de l'homme* a apporté une contribution décisive forgeant ainsi un *"standard commun de protection"*⁹¹ mettant ainsi à la charge de l'administration pénitentiaire l'obligation de protéger la santé physique du détenu. Elle contrôle également la compatibilité des conditions de détention, voire de la détention elle-même, avec l'état de santé du détenu âgé ou handicapé. Elle contrôle enfin, l'impact de l'environnement de l'établissement pénitentiaire sur la santé des personnes détenues.

Dans les pays développés, *"les services médicaux administrés en prison doivent être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de l'État"*⁹². La mise en œuvre de cette règle requiert que les autorités sanitaires nationales soient également responsables des soins de santé dispensés dans les prisons. C'est le cas en France où *"le personnel médical intervenant dans l'enceinte des établissements de détention est dorénavant placé sous l'autorité du service public hospitalier et non plus pénitentiaire"*⁹³.

La législation française impose en outre à l'établissement public de santé de structurer son intervention tout au long de l'incarcération. Le détenu *"ne doit plus seulement recevoir la visite du médecin lorsque la maladie est déclarée. Au contraire, la nouvelle mission inscrite dans le Code de la santé publique français, multiplie les obligations à la charge de l'autorité médicale"*⁹⁴. Davantage encore, il existe désormais un label de qualité, un standard qualité accordé par l'organisme certificateur Bureau Veritas, RPE, attribué au processus de prise de charge des arrivants dans un établissement pénitentiaire⁹⁵.

⁸⁹ *Du Plooy v. Minister of Correctional services and others*, 2004.

⁹⁰ Cour Européenne des Droits de l'Homme, *Enea c. Italie*, du 17/09/2009. Le requérant est atteint de plusieurs pathologies qui l'ont obligé à utiliser un fauteuil roulant. De juin 2000 à février 2005, il a purgé sa peine dans la section du service médical de la prison destinée aux détenus soumis au régime spécial de détention. En octobre 2008, le tribunal de l'application des peines ordonna la suspension de l'exécution de la peine de prison en raison de son état de santé. Il est depuis détenu à domicile.

⁹¹ Jacques Chevallier, *Les droits de la personne détenue*, Dalloz, Paris, 2013, 341p., p.1.

⁹² RPE : Règle 40.1.

⁹³ PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, Paris, L.G.D.J., 1998, p.415.

⁹⁴ PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire op. cit.*, p.164.

⁹⁵ A titre d'exemple, le 100è label RPE a été attribué le 03 janvier 2012 à la maison d'arrêt de Fresnes.

Lorsque ce n'est pas le cas, comme en Tunisie, il serait de bon escient d'établir une passerelle sanitaire entre les prestataires des soins de santé à l'intérieur des prisons et les services de santé à l'extérieur des prisons.

2) Les conditions d'hospitalisation "extra muros" :

Un problème d'ordre juridique ne manque de se poser dans les cas d'hospitalisation "extra muros", à savoir si le détenu admis dans un hôpital civil *"est-il considéré comme détenu en droit, alors que dans cette circonstance, il ne l'est pas en fait"*. Les auteurs sont à ce sujet, unanimes pour affirmer que le *"décloisonnement"* de la médecine pénitentiaire est souhaitable pour qu'elle puisse bénéficier des supports techniques de la médecine publique.

Les détenus malades qui nécessitent des soins médicaux particuliers doivent être transférés vers des hôpitaux lorsque les soins appropriés ne sont pas dispensés en prison. Dans le passé, *"les demandes de transfert à l'hôpital étaient systématiquement refusées"*⁹⁶, comme le révèle un rapport datant de 2004 alors que l'article 14.2 du décret de 1988 relatif au règlement spécial des prisons le prévoyait. Aujourd'hui, les interventions médicales qui nécessitent l'hospitalisation des détenus à l'extérieur sont en nette progression, et ce, en application de l'article 17.2 de la Loi de 2001-52 du 14 mai 2001 relative à l'organisation des prisons. Elles posent néanmoins des problèmes de sécurité tant lors du transport que pendant la consultation et les soins.

S'agissant du transport, le transfèrement des détenus pour une hospitalisation est assuré par les forces de l'ordre. Il se déroule cependant parfois dans des conditions qui entravent l'accès aux soins. Le manque de personnel dont dispose l'administration pénitentiaire pour escorter le détenu cause des préjudices certains aux détenus malades dont la santé ne manque de pâtir en raison du report ou de l'annulation de leur hospitalisation.

S'agissant de la consultation et des soins, la surveillance à l'hôpital est également assurée par les forces de l'ordre. Ici, deux positions s'affrontent. Pour les uns, les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme en cours d'exécution de leur peine⁹⁷. Par conséquent, les règlements pénitentiaires doivent continuer à leur être applicables dans la mesure du possible, notamment dans leurs relations avec l'extérieur. Les tenants de cette position estiment ainsi que lors de l'hospitalisation d'un détenu, c'est aussi le milieu carcéral qui doit se déplacer. Une hospitalisation implique *"un convoi sécurisé pour le transfert, des surveillants en faction devant la chambre du détenu et présents lors des soins, des menottes, l'impossibilité de recevoir des visites"* au point de parler d'une véritable *"enclave carcérale"* dans le milieu hospitalier⁹⁸.

D'autres considèrent en revanche, que la présence des forces de l'ordre pendant les consultations médicales en milieu hospitalier ou pendant l'administration de soins aux

⁹⁶ <http://nawaat.org/portail/2004/10/02/la-tragedie-des-prisonniers-politiques-en-tunisie/>

⁹⁷ S'il s'agit de prévenus, ils sont considérés comme placés en détention provisoire.

⁹⁸ BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, *Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison*, op. cit. p.04.

patients hospitalisés n'est pas conforme à l'éthique médicale⁹⁹. Le menottage et les entraves pendant les consultations médicales et l'hospitalisation font légion. En effet, le recours au menottage est quasiment automatique pour des raisons de sécurité afin de minimiser tout risque d'évasion. Dans un arrêt datant de novembre 2002, la Cour européenne des droits de l'homme a conclu à une violation de l'article 3 de la CEDH au regard du traitement médical d'un détenu en phase terminale. Elle a fait observer "*l'obligation positive de l'État d'offrir le traitement médical adapté, et réprouvé le fait que le détenu ait été menotté sur son lit d'hôpital*"¹⁰⁰. Dans une autre affaire jugée en octobre 2003, la Cour a conclu à une violation de l'article 3 de la CEDH au regard du traitement d'un détenu malade qui avait été enchaîné au lit d'hôpital¹⁰¹.

Une exception à la pratique du menottage a récemment concerné les femmes lors de l'accouchement, et ce, à la suite d'une affaire très médiatisée. Les autorités se sont engagées à ne plus recourir à cette pratique lors des accouchements, car le port d'entraves et de menottes dans cette situation spécifique peut constituer une humiliation et un traitement inhumain et dégradant.

Dans un certain nombre de pays, les détenus malades sont hospitalisés dans des chambres sécurisées. Un rapport publié en 2015¹⁰² sur la question des soins dispensés aux personnes détenues au sein des établissements de santé révèle les inconvénients de ce mode d'hospitalisation. De nombreuses personnes détenues renoncent aux soins en raison des conditions d'hospitalisation dans les chambres sécurisées. La personne détenue admise dans une chambre sécurisée demeure un patient et doit donc bénéficier à la fois des droits garantis aux personnes détenues et de ceux octroyés aux patients. Les conditions matérielles d'hospitalisation ne sont pas observées ni en amont¹⁰³ ni à l'arrivée du détenu dans l'établissement de santé¹⁰⁴. Selon l'Avis du CGLPL, "la rédaction d'un règlement intérieur spécifique aux chambres sécurisées s'impose"¹⁰⁵. Davantage encore, et cela peut sembler un tant soit peu indu pour certains, le rapport dénonce la violation du "droit fondamental au maintien des liens familiaux. L'accès au téléphone n'est pas effectif (absence de poste dans les chambres sécurisées et impossibilité de contrôler les conversations). Les patients détenus ne peuvent pas recevoir les visites de leurs proches, quelque soit leur statut pénal et même si ces visiteurs sont titulaires de permis de visite"¹⁰⁶. Pour le CGLPL, "les visites, les correspondances et les appels téléphoniques doivent être autorisés selon les mêmes règles que celles applicables au sein des établissements pénitentiaires". Afin d'éviter ces obstacles,

⁹⁹ La Commission cite les rapports de 1996 et de 2000 du CPT.

¹⁰⁰ *Mouisel c. France* (requête n° 67263/01 - 14/11/2002).

¹⁰¹ *Hénaf c. France* (55524/00) du 27 novembre 2003.

¹⁰² Rapport émanant du CGLPL, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, <http://www.cglpl.fr/>.

¹⁰³ Une liste des effets personnels autorisés et interdits. <http://www.cglpl.fr/>

¹⁰⁴ A l'instar d'un livret d'accueil relatif aux modalités d'hospitalisation dans les chambres sécurisées ainsi qu'aux droits afférents. Dans la quasi-totalité des chambres sécurisées, les patients détenus ne bénéficient d'aucune activité (pas de poste de télévision, de radio, de livres ou de journaux). Ils ne disposent pas non plus d'un espace extérieur permettant de s'aérer et, le cas échéant de fumer. Rapport de 2015 sur la question des soins dispensés aux personnes détenues au sein des établissements de santé, <http://www.cglpl.fr/>

¹⁰⁵ <http://www.cglpl.fr/>

¹⁰⁶ <http://www.cglpl.fr/>

le même rapport rappelle que "pour préserver la qualité des soins, la sécurité des personnels et la dignité des personnes détenues, il importe d'implanter les chambres sécurisées dans un service où l'équipe soignante est volontaire et préparée à l'accueil, afin d'assurer aux personnes détenues les soins de courte durée"¹⁰⁷.

Le pas n'a pas encore été franchi en Tunisie. Car en vérité, l'impératif de sécurité est un motif trop grave pour permettre à l'administration pénitentiaire et à l'autorité judiciaire de s'en dessaisir au profit des instances médicales. En revanche, dans d'autres contrées, cette situation a évolué rapidement, et a associé étroitement le service public de la santé"¹⁰⁸.

Force est de reconnaître que malgré toutes ces critiques, les conditions d'hospitalisation "extra-muros" sont moins répressives qu'au sein des établissements pénitentiaires, à tel point, témoigne le personnel médical, que les détenus chercheraient à "s'éterniser" dans leur rôle de malade.

B - Des règles d'éthique médicale résolument bafouées

Les détenus *"doivent avoir accès aux services de santé proposés dans le pays sans aucune discrimination fondée sur leur situation juridique"*¹⁰⁹. Se basant sur ce postulat, il est permis d'affirmer que les détenus possèdent, intrinsèquement, un certain nombre de droits qui se divisent en deux catégories : les droits inaliénables reconnus à tout individu même privé de liberté, mais aussi des droits en tant qu'usagers du service public. *"Lorsqu'on décide d'insister sur les prestations sanitaires, ce sont ces deux catégories de droits qu'il est prévu de renforcer. L'idée de prestations fournies par le service public ne remet pas en cause l'importance de la mission de sécurité ; elle complète simplement le contenu du droit applicable en prison"*¹¹⁰.

Parmi les droits fondamentaux reconnus en faveur du détenu malade, deux sont à la fois fondateurs et emblématiques de l'éthique médicale, en matière de soins, à savoir le droit au secret médical, et le droit au consentement libre et éclairé. Le respect du secret médical et le respect du consentement libre et informé apparaissent comme deux versants d'une même approche : le fait de considérer le détenu non pas comme un *"objet"* de soins, mais comme un *"sujet de droit"*.

Le médecin exerçant en milieu carcéral fournit des soins médicaux et des conseils appropriés à toutes les personnes détenues dont il est cliniquement responsable. Sa tâche commence dès lors qu'une personne est admise en prison. Le médecin procède au diagnostic

¹⁰⁷ Rapport de 2015 (Emanant du CGLPL, Contrôleur général des lieux de privation de liberté) sur la question des soins dispensés aux personnes détenues au sein des établissements de santé <http://www.cglpl.fr/>

¹⁰⁸ Depuis la loi du 18 janvier 1994 (+ Décret n°94-929 du 27 Octobre 1994, relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier ...). Eric Péchillon, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, Paris, L.G.D.J., 1998. p.254.

¹⁰⁹ Règles pénitentiaires relatives à l'organisation des soins de santé en prison de la règle n°40.1 à n°40.5.

¹¹⁰ PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, op. cit., p.502.

des maladies physiques ou mentales et adopte les mesures requises par leur traitement et par la nécessité de continuer un traitement médical existant. Les diagnostics et traitements médicaux devraient être fondés sur les besoins de chaque détenu et non pas sur les nécessités de l'administration pénitentiaire. Il doit informer les autorités compétentes de tout signe révélateur de violences subies ainsi que les symptômes de manque consécutifs à une consommation de stupéfiants, de médicaments ou d'alcool.

Le médecin a l'obligation de requérir l'isolement des détenus suspectés d'être atteints de maladies infectieuses ou contagieuses, pendant la période où ils sont contagieux. Il doit présenter un rapport au directeur de l'établissement pénitentiaire s'il estime que la santé physique ou mentale d'un détenu peut s'aggraver du fait de la prolongation de la détention ou en raison de toute condition de détention, y compris celle de l'isolement. Si un détenu est libéré avant la fin de son traitement, il est important que le médecin puisse établir un lien avec les services médicaux extérieurs afin de permettre au détenu de poursuivre son traitement après la libération¹¹¹.

Lorsqu'il examine un détenu, le médecin doit accorder une attention particulière au respect des règles ordinaires du secret médical. En principe, chaque détenu a droit à un accès régulier et confidentiel aux consultations médicales. Les règles internationales recommandent que les conditions dans lesquelles se déroule l'entretien avec un détenu sur ses problèmes de santé doivent être équivalentes à celles qui prévalent dans l'exercice de la médecine civile. Les archives médicales de chaque détenu devraient rester sous le contrôle du médecin et ne pas être communiquées sans l'autorisation écrite préalable du détenu. Mais, en vérité, un certain nombre de rapports¹¹² portant sur l'accès aux soins des personnes détenues ne manque de révéler que "de multiples violations du secret médical sont régulièrement observés en milieu carcéral"¹¹³.

Le respect du secret médical est un droit pour le patient et un devoir absolu pour le médecin. La présence de personnel de l'escorte lors des consultations ou examens médicaux ne permet pas d'assurer ce droit. Les règles d'éthique recommandent que les consultations médicales se déroulent dans le respect de la dignité du détenu et le maintien de la confidentialité. Lorsque l'on doit tenir compte des problèmes de sécurité, il peut s'avérer nécessaire que les consultations médicales se déroulent à portée de la vue mais pas à portée de l'ouïe des gardes de la prison.

En pratique, le droit à la confidentialité n'est guère respecté. Ce droit implique que les détenus n'aient pas à présenter leur demande d'accès au médecin à d'autres membres du personnel pénitentiaire. Les détenus ne doivent en aucun cas être dans l'obligation de divulguer les raisons pour lesquelles ils demandent une consultation.

¹¹¹ RPE Règle 42.2.

¹¹² Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues de 2006, Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, France.

¹¹³ Sachant que le secret médical n'incombe pas uniquement au médecin, l'infirmier ou autre personnel soignant doit également respecter les règles ordinaires du secret médical.

Au sein même des établissements pénitentiaires, le secret médical apparaît davantage menacé ces dernières années. En effet, le personnel soignant fait l'objet de nombreuses pressions afin de partager les informations dont ils disposent, au nom d'impératifs de sécurité ou d'une approche pluridisciplinaire des personnes détenues. En France par exemple, le personnel soignant exerçant en milieu carcéral est de plus en plus "exhorté" à renoncer au secret médical dans un cadre désigné comme un "partage opérationnel d'information"¹¹⁴, considéré par l'administration pénitentiaire comme "la clé de voûte de la pluridisciplinarité en détention"¹¹⁵. Cela est préjudiciable à plus d'un titre. Car "l'efficacité thérapeutique de toute prise en charge requiert de la part du patient un processus d'adhésion aux soins, adossé à une relation de confiance qui peut difficilement s'établir sans garantie du respect du secret médical". La "confiance" établie "à travers une relation thérapeutique durable (...) ne peut avoir de sens que si elle reste confidentielle"¹¹⁶.

La confidentialité du dossier médical¹¹⁷ continue de faire couler beaucoup d'encre. Il est en principe conservé dans des conditions garantissant sa confidentialité et seuls les médecins généralistes, spécialistes et infirmiers y ont accès. En cas de transfèrement ou d'extraction vers un établissement hospitalier, les informations médicales contenues dans le dossier sont transmises au médecin destinataire dans des conditions permettant de les garder confidentielles. En cas de décès, les ayants droit pourront accéder audit dossier.

D'aucuns considèrent que les archives médicales ne doivent pas faire partie des archives générales des établissements pénitentiaires. En principe, le personnel pénitentiaire, comme le personnel soignant, ne doit aucunement avoir connaissance du dossier pénal des patients. Les avis sur la pertinence ou non de cette méconnaissance sont partagés. (...) La connaissance – tout comme la méconnaissance – du délit par les professionnels peut jouer un rôle dans leur perception du patient, et, en conséquence, dans leurs rapports avec eux. Cela vient leur rappeler que le malade n'est pas seulement un patient : il est aussi un détenu.

D'autres considèrent au contraire que "l'administration pénitentiaire doit avoir accès au dossier médical de la même manière que les médecins doivent avoir accès au dossier pénitentiaire"¹¹⁸. Dans certains pays, un partage d'information, certes plus restreint, a ainsi été rendu obligatoire¹¹⁹. Il prévoit la transmission d'informations médicales aux personnels pénitentiaires par les médecins en cas de "risque sérieux pour la sécurité des personnes"¹²⁰.

¹¹⁴ OIP, Rapport, les conditions de détention en France, La Découverte, 336 pages, 2011, (Extrait du chapitre 6).

¹¹⁵ *Idem.*

¹¹⁶ *Idem.*

¹¹⁷ Il convient de rappeler que le dossier médical est constitué de l'ensemble des documents relatifs au suivi médical du détenu : soins médicaux, soins psychiatriques, soins infirmiers, examens pratiqués, diagnostics et prescriptions médicamenteuses.

¹¹⁸ La ministre Rachida Dati, le 20 août 2007.

¹¹⁹ Dans le cadre de la loi sur la rétention de sûreté en 2008.

¹²⁰ OIP, Rapport, les conditions de détention en France, La Découverte, 336 pages, 2011, (Extrait du chapitre 6).

S'agissant de la question relative au consentement libre et éclairé, il convient de rappeler que dans leurs relations avec les détenus, les médecins doivent appliquer les mêmes principes et normes professionnels que ceux qu'ils appliquent dans l'exercice de leurs fonctions à l'extérieur de la prison, notamment l'obligation de rechercher le consentement des patients en toutes circonstances et de leur permettre d'accéder à l'information médicale qui les concerne. Les détenus doivent ainsi donner leur consentement éclairé préalablement à tout examen ou traitement médical.

La liberté de consentement relève des droits fondamentaux de l'individu. *Elle est 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*¹²¹. Le consentement du détenu doit être requis en toute circonstance.

Si la reconnaissance et la garantie de droits au profit des détenus ne posent plus aujourd'hui de problème spécifique, celle inhérente aux droits aux soins fait l'objet de certaines réticences. Concrètement, les gouvernements se voient parfois reprocher de mieux traiter leurs détenus que les autres membres de la société. Dans les pays où le niveau de vie de la population est très bas, certains n'hésitent pas à soutenir que les détenus ne méritent pas d'être gardés dans des conditions décentes et humanitaires. *Si les hommes et les femmes qui ne sont pas en prison doivent lutter pour survivre, pourquoi s'inquiéter des conditions dans lesquelles vivent les personnes qui ne respectent pas la loi ?* S'il est difficile de répondre à cette question, il est permis de relever que *si l'Etat décide de s'arroger le droit de priver une personne de liberté, quelle qu'en soit la raison, il doit également assumer l'obligation de faire en sorte que cette personne soit traitée de manière décente et humanitaire. Les gouvernements ont un devoir de diligence vis-à-vis des détenus et doivent fournir des soins médicaux adéquats dans les prisons, qui sont l'équivalent de ceux fournis dans la société en général*¹²². L'Etat ne saurait recourir à l'argument de "la pauvreté" ou à celui des "difficultés économiques et financières" afin de justifier un traitement inadéquat des personnes sous sa responsabilité. Ce principe demeure au cœur des sociétés démocratiques.

D'autres voix récalcitrantes évoquent un argument d'ordre juridique. En effet, d'aucuns considèrent que *"l'extension au profit du prisonnier de tous les attributs de l'homme libre, qui aurait pour effet de supprimer toute différence entre la situation juridique et matérielle du citoyen moyen et celle du condamné détenu, conduirait inévitablement à compromettre le reclassement de ce dernier"*. Ils soutiennent ainsi qu'il serait dangereux d'assimiler, comme le veulent certains, le détenu à un malade. *"Ce serait supprimer toute idée d'amendement, indispensable, qu'elle soit d'inspiration religieuse ou laïque, à l'insertion sociale du détenu. Si la société déploie, sans arrière pensée, une action curative complète envers ses malades, (...), elle ne saurait agir pareillement à l'égard de ceux qui lui ont causé préjudice par leur*

¹²¹ 3e rapport général du CPT 1993 (3e rapport général des activités du CPT couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1992, Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, Strasbourg, 1993, para 45.

¹²² School of Law, Centre international d'Etudes pénitentiaires, King's College London, Note d'Orientation n°10, 2006.

déviance"¹²³. Pour certains, il faudrait éviter d'introduire dans le régime pénitentiaire "*un formalisme paralysant qui aurait tôt fait de transformer les détenus en ayant-droit indociles, hargneux et revendicateurs*"¹²⁴.

Conclusion

Pour conclure, nous dirons que le défi de la Tunisie sera de sortir la prison d'une situation d'exception juridique contraire aux exigences d'une société démocratique et de garantir le respect des droits de la personne incarcérée malade. La candeur de ce propos doit être mesurée, car force est de constater que si la construction empirique du "*statut du détenu malade*" a été longue, celle d'un statut de "*l'usager incarcéré*" tiendra peut être de la chimère juridique.

¹²³ p.239.

¹²⁴ DUPREEL Jean, "Une notion nouvelle : les droits des détenus", in *Revue de droit pénal et de criminologie*, 1957-58, p.177.

SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE EN MILIEU CARCERAL

ENJEUX ETHIQUES ET DIFFICULTES PRATIQUES

Dr Rym RIDHA HAFFANI

Service de Psychiatrie Légale- Hôpital Razi

L'introduction –pour ne pas dire l'intrusion– de la psychiatrie dans le milieu carcéral est relativement récente. Les aliénistes, puis les psychiatres y ont eu d'abord accès pour effectuer des expertises et permettre ainsi aux personnes atteintes de troubles mentaux d'échapper à la sanction pénale (article 64 du code napoléon français, article 38 du code pénal tunisien qui en est une copie) dans un souci humaniste et du fait de l'absence de l'élément moral constitutif de l'infraction. Progressivement leur rôle a évolué et s'est étoffé pour englober les soins et la prévention de troubles psychiatriques en milieu carcéral. En Tunisie, l'intérêt des soins médicaux prodigués aux détenus pour faciliter ensuite leur réinsertion remonte au début du protectorat ; Le Docteur Béchir DENGUEZLI, premier médecin Tunisien, a été nommé médecin adjoint des prisons Tunisiennes (17 octobre 1893) puis médecin titulaire de l'infirmierie spéciale du pénitencier de la Rabta, ainsi que médecin titulaire de la maison d'arrêt du Bardo. Le premier psychiatre conventionné l'a été en 1983-1984 et il y aurait actuellement sept psychiatres conventionnés sur tout le territoire tunisien pour vingt huit prisons.

Vécue dans l'iconographie populaire tantôt comme salubre, apaisante voire indispensable dans un milieu réputé violent et catalyseur de stress, tantôt comme inquiétante, menaçante, pourvoyeuse d'abus de substances psychotropes, d'alibis voire même parfois pervertie et à la solde d'un système répressif qui l'instrumentaliserait pour museler les prisonniers ou pire, contrôler leurs pensées (l'ombre de l'histoire sulfureuse des médecins au service de régimes fascistes : nazis, union soviétique ou plus proches de nous, des psy qui auraient contribué à l'élaboration des tortures infligées aux prisonniers de Guantanamo continuant de planer et de hanter les esprits), la psychiatrie n'a pas cessé et ne cesse encore de susciter des mouvements affectifs d'attraction et/ ou de répulsion et surtout des questionnements sur sa finalité et ses limites en milieu carcéral.

Des questions d'ordre éthique sont régulièrement posées au psychiatre ayant à exercer en milieu carcéral du fait d'une part, de la spécificité de cet environnement, ses règles et ses contraintes, et d'autre part, de la vulnérabilité de la population carcérale –vulnérabilité non seulement liée à la perte de la liberté et à la contrainte mais aussi vulnérabilité psychique préexistante –.

Une réflexion renouvelée concernant sa position et sa fonction, les actes qu'il aura à poser ou pas, le cadre et les limites de ses interventions ainsi que leurs conséquences, se situe aussi au cœur de ce questionnement éthique voire parfois, des dilemmes qu'il aura à tenter de résoudre et de dépasser.

Le **Dr Lamothe**, psychiatre et médecin légiste responsable d'un SMPR affirme que « de toutes les spécialités de la médecine pénitentiaire, la psychiatrie est celle qui concentre tous les problèmes d'éthique qu'on peut rencontrer en prison » (1).

Avant d'aborder ces problèmes, examinons de plus près les spécificités du milieu carcéral et la conceptualisation de la finalité de la sanction pénale.

Les spécificités du milieu carcéral

La prison est une institution sociale, élément de l'ordre social, elle joue un rôle dans la régulation sociale, quel que soit le jugement porté sur son efficacité.

C'est aussi un véritable «stresseur expérimental» : enfermement, perte des repères identitaires sociaux, promiscuité, violation de l'intimité, frustration sexuelle, inactivité, impuissance, ruptures (affectives, familiale, sociale et professionnelle).

Elle a un impact sur le comportement, la santé psychique et physique des détenus.

« La prison représente l'antithèse d'un contexte sain par la privation et la déshumanisation qu'elle provoque » (2), « elle est souvent délétère pour la santé mentale » (3).

La prison est un espace de contrainte par définition (4) :

Contrainte légale, sociale, énoncée par un tiers, l'incarcération est au sens judiciaire « la prise de corps ».

La première contrainte est celle de la liberté d'aller et venir, Le milieu carcéral est un microcosme où la privation de liberté porte sur la restriction du champ spatial, limitant les possibilités d'agir et de se mouvoir et où tout est rituellement programmé. Contrainte difficile pour tous et de façon plus particulière pour nombre de personnalités limites de type psychopathique fonctionnant avec l'agir. Le milieu carcéral est un microcosme où la privation de liberté porte sur la restriction du champ spatial, limitant les possibilités d'agir et de se mouvoir et où tout est rituellement programmé.

La deuxième contrainte d'espace est celle de la promiscuité et de la perte d'intimité corporelle, ou de la difficulté à instaurer une intimité corporelle et identitaire. Le corps a une place centrale en prison :

- il est l'objet des observations du personnel, jusqu'à la fouille à corps,
- le support et le lieu des plaintes qui traduisent l'angoisse et l'enfermement,

- l'enjeu des limites de la personnalité d'un grand nombre de détenus.

Le corps reste au centre de l'expression de la souffrance en prison, de la contrainte. Cela se manifeste également dans le mode de vie en cellule et les demandes de changements de cellule, qui laisse un espace réduit, souvent partagé avec d'autres que l'on ne choisit pas, où les conditions d'hygiène laissent peu de place à une individualisation du corps souvent déjà défaillante auparavant.

Il existe des contraintes dans les relations avec l'extérieur : que ce soit dans les modalités ou dans le choix des interlocuteurs.

L'organisation rigoureuse et généralisée du temps carcéral engendre aussi une contrainte permanente. L'immuabilité de la scansion du temps est rappelée sans cesse au détenu, au travers des moindres détails de la vie quotidienne : l'heure du café, de la promenade, du repas, du parloir, de la douche, etc. Le détenu n'ayant aucun pouvoir sur eux, ces rythmes peuvent être vécus d'une manière mortifère et engendrer une atteinte de l'intimité et des capacités de réactivité, d'initiative et de créativité.

Le temps carcéral est un temps douloureux au quotidien, mélange d'urgence et d'attente.

C'est un Temps subi, régressif, où le rythme porte la marque de la contrainte et de la dépendance : véritable « Apartheid temporel » (5).

G. Chantraine (6) le décrit comme un « Temps évidé, anesthésié, arraché, refusé ».

Ainsi, en prison « L'espace se rétrécit et le temps s'allonge » (7).

La privation de liberté physique, sociale et symbolique, justifiée par la mission de «sécurité» de la prison a pour but la prévention de manifestations transgressives et dangereuses pour la collectivité: évasions, prises d'otage, rixes, rébellions, émeutes, et pour les individus: suicides, trafics variés. Mais il y a persistance de fréquence élevée des comportements violents auto-agressifs (suicides, automutilations, grèves de la faim), ou dirigés contre le matériel, les co- détenus et les surveillants : véritables spécialités carcérales.

Il est cependant important de noter que, paradoxalement, comme l'écrit **Caroline Legendre (8)**, « ces mêmes effets pathogènes peuvent, pour certains sujets, être source de quelques bénéfices. La répétition du temps, malgré sa dimension restrictive angoissante et aliénante, peut être structurante et servir de repère en regard d'un temps intérieur chaotique. Le rituel carcéral peut ainsi offrir un cadre rassurant. La prison, instance contenante et limitante, peut contenir certains débordements pulsionnels auto- ou hétéro-agressifs. Elle peut, en ce sens, constituer parfois un lieu de restauration physique et psychique. Par la mise en place de limites et de contrôles face à une fuite dans le passage à l'acte, elle peut contribuer à mieux mentaliser une vie pulsionnelle chaotique, en proie à une intense destructivité. L'institution carcérale, lieu de maintenance et de holding, paraît, pour certains sujets, avoir une fonction étayante par rapport à leurs carences affectives et leurs failles narcissiques. La prison est ainsi vécue, par ces détenus, comme un lieu où l'on est à l'abri, où l'on n'est pas

rejeté, et devient garant d'une identité. Cependant, le sujet aura souvent une attitude très ambivalente face à cette institution, dont la force le rassure, mais qui dans le même temps peut être confondue avec une instance toute-puissante. Ces aspects contenant et structurants peuvent ainsi devenir, dans une certaine mesure, source d'immobilisation et fixer, à leur tour, le sujet dans une position de dépendance passive.

Mais, en aucun cas, la prison n'est prévue pour constituer un cadre thérapeutique :

« La contention ne doit pas être confondue avec une fonction contenant ».

Lieu de souffrance et d'enfermement, la prison peut donc paradoxalement devenir aussi, lieu de parole et de soins, d'instauration des premières prises en charges psychiatriques, lorsque le cadre carcéral est doublé par le cadre thérapeutique.

« Exercer la psychiatrie en détention c'est prendre en compte la coexistence de deux logiques, celle du soin et celle de l'enfermement » (9).

La fonction de la peine (sanction pénale) et de la prison

F. Gros a conceptualisé la fonction de la peine en décrivant « Les 4 foyers de sens de la peine » sous-tendus chacun par un type de discours (10) :

Un discours sacré ou moral : punir, c'est rappeler la loi (confrontation sociale).

Un discours politico-économique : punir c'est défendre la société (régler sa dette).

Un discours psychopédagogique : punir, c'est éduquer un individu (le soigner ? L'apaiser ?)

Un discours juridico-éthique : punir, c'est transformer la souffrance en malheur (consolation pour sa victime).

Quel sens donner aujourd'hui à la fonction de la prison :

« La privation de liberté... et rien d'autre ». Cet aphorisme est-il d'actualité ?

Payer sa dette ?

Expier sa faute ?

Transformer le délinquant :

Développer ses habiletés sociales.

L'aider à prendre conscience de ses actes.

Reconnaître sa violence.

En d'autres termes, la Peine représente-t-elle un « temps de punition » ou un « temps du changement » ?

Ne perdons pas de vue que la place qu'occupe aujourd'hui la peine de prison est le résultat d'un lourd héritage et d'un long cheminement. D'une finalité de vengeance, puis de pénitence visant à expier le crime et dans une analogie à l'expiation du péché en passant par celle de l'intimidation, le régime pénitentiaire s'est peu à peu humanisé et modernisé pour aboutir aujourd'hui à une ambition d'amendement, de réadaptation, de modification des comportements et de reclassement social du condamné, buts essentiels énoncés de l'incarcération.

D'ailleurs cette fonction est clairement énoncée dans le texte de Loi n° 2001-52 du 14 mai 2001, relative à l'organisation des prisons en Tunisie, qui dans son article premier stipule : « La présente loi régit les conditions de détention dans les prisons en vue d'assurer l'intégrité physique et morale du détenu, de le préparer à la vie libre et d'aider à sa réinsertion. Le détenu bénéficie, à cette fin, de l'assistance médicale et psychologique, de la formation et de l'enseignement ainsi que de l'assistance sociale tendant à préserver les liens familiaux. »

Pour **Michel Foucault** (11) « Si la peine a cessé d'être centrée sur le supplice physique, la prison n'a jamais fonctionné sans un certain supplément punitif qui concerne bien le corps lui-même : rationnement alimentaire, privation sexuelle, coups, cachot... En fait la prison, dans ses dispositifs les plus explicites a toujours ménagé une certaine souffrance corporelle. Il y a un postulat qui n'a jamais été franchement levé ; il est juste qu'un condamné souffre physiquement plus que les autres hommes. La peine se dissocie mal d'un supplément de douleur physique » Que serait un châtiment incorporel ?

Il persiste donc un contraste important entre les visées affichées de réadaptation sociale et la réalité coercitive du milieu, dont les effets peuvent être destructurants et infantilisans pour les détenus. En effet, la sanction pénale n'a qu'une valeur normative et conditionnante de surface. Derrière elle, apparaissent les facteurs pathogènes de l'institution carcérale liés à son type de fonctionnement. Alors qu'il devrait contribuer, selon ses idéaux, à responsabiliser et à autonomiser les individus, l'univers carcéral souvent les infantilise et les rend passifs, en les maintenant dans un état de dépendance et d'impuissance extrême. Comme l'écrivait **Michel Foucault**, en prison, « le sujet est surveillé comme aucune mère ne surveille son enfant » (11).

Par ailleurs, on constate certains dysfonctionnements institutionnels prenant la forme d'une illégitimation de la loi, notamment lors de la répression des infractions au règlement intérieur ou l'utilisation de l'espace de non-droit qu'est la cellule dite de «confinement », ces dysfonctionnements pouvant aboutir dans des cas extrêmes à des relations totalement perverses, de type sado- masochiste.

Il est évident que le psychiatre devra intégrer cette réalité dans sa réflexion éthique et dans sa pratique en milieu carcéral.

Il va aussi de soi que le souci éthique mais aussi l'obligation déontologique et l'exigence légale lui intiment de dénoncer toute violation grave des droits de l'homme et atteinte de la dignité ou de l'intégrité des détenus dont il serait témoin.

L'article 7 du Code de déontologie médicale* précise : « Un médecin sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ou pour lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement ne serait ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. »

La vulnérabilité des personnes incarcérées

Ce sont en grande majorité des hommes, le plus souvent des jeunes, d'origine socioculturelle très variée.

Beaucoup sont doublement marginalisés:

Dans leur vie libre antérieure, du fait de conditions socio-économiques et psychologiques défavorables

Du fait de l'incarcération qui les isole du monde "normal" et impose des contacts étroits avec d'autres marginaux, exposant à diverses contaminations, pressions physiques, harcèlements psychologiques ou influences « culturelles » et « religieuses » qui peuvent entraîner ou accentuer une spirale dysfonctionnelle sur les plans sanitaire et social.

Ils sont souvent défavorisés sur un triple plan :

- *au plan personnel* : carences affectives et éducatives ou maltraitements, sources d'immaturité et de troubles de la personnalité ;
- *au plan social* : environnement familial, professionnel et culturel précaire ;
- *au plan médical* : médicalisation antérieure insuffisante et une toxicomanie assez fréquente (cannabis, psychotropes, subutex* ...)

Les trois volets de la santé définie par l'OMS (1946) - physique, mental et social – sont souvent tous affectés.

Les études épidémiologiques montrent que la prévalence des problèmes de santé mentale comme les addictions, le suicide et les comportements auto-agressifs est significativement haute dans les prisons par rapport à la population générale (12).

Pathologies psychiatriques en milieu carcéral :

La morbidité psychiatrique est très élevée, d'après toutes les études et méta analyses anciennes et plus récentes.

- Méta analyse de Fazel (Lancet 2002) sur 22790 détenus de 12 pays :

3.7%, psychoses chroniques

10%, troubles dépressifs

65%, troubles de la personnalité

- Etude DGS en France (23 établissements pénitentiaires):

Schizophrénie entre 3% et 8%

Autres psychoses chroniques, entre 1,6% et 8%

Troubles dépressifs, 35% à 40%

Speed, classait les détenus de sa prison « Mad, Bad, Sad », c'est-à-dire psychotiques, psychopathes pervers, et déprimés (états limites) dans les proportions de respectivement 15, 15 et 60%. **(13)**

Ainsi, les pathologies psychiatriques rencontrées en prison sont d'intensité et de nature variée allant des troubles de la personnalité sévères, des troubles mentaux majeurs souvent préexistant à l'incarcération et aggravés ou décompensés par elle, aux troubles réactionnels et au choc de l'incarcération, véritable « stresser expérimental »

- ♦ Les Troubles de la personnalité sont largement dominées par des tableaux à expressions psychopathiques avec troubles du comportement, pathologies de l'agir, les toxicomanies et les troubles addictifs.
- ♦ Les troubles mentaux majeurs sont les Troubles Bipolaires, Troubles psychotiques schizophréniques et paranoïaques.
- ♦ Les Troubles réactionnels qualifiés de troubles l'adaptation avec humeur dépressive, anxiété, perturbation des conduites, troubles du sommeil voire agitation, conversion somatique ou psychique voire même épisodes délirants brefs (psychose carcérale), sont consécutifs soit directement à l'enfermement soit à la rupture qu'il occasionne soit encore à l'acte à l'origine de l'incarcération.

En détention préventive on a pu identifier 4 temps : explosivité, retrait, adaptation, puis apaisement.

Mais la détention peut constituer pour ceux qui en sont l'objet une expérience dépourvue de sens, ce qui empêche d'avoir recours aux mécanismes habituels d'adaptation, de même que des facteurs personnels de vulnérabilité dépressive ou anxieuse ou encore une réactivation des expériences traumatiques.

Nous ne disposons pas de statistiques tunisiennes, mais les psychiatres ayant eu à prendre en charge des détenus constatent la forte proportion des personnes souffrant de troubles sévères de la personnalité de type psychopathie ou état limite, de troubles de

l'adaptation et la fréquence des conduites addictives. La proportion des personnes atteintes de troubles mentaux sévères (psychoses) devrait théoriquement être moins fréquente que dans les pays occidentaux vu que la tendance actuelle à leur responsabilisation n'est pas encore à l'ordre du jour en Tunisie. Cependant, la réalité contredit cette hypothèse et des personnes atteintes de troubles mentaux sévères se retrouvent souvent en prison pour des raisons multiples dont le caractère non obligatoire des expertises pénales psychiatriques, les durées de détention préventive prolongées et d'autres difficultés pratiques qui seront abordées ultérieurement.

Cette vulnérabilité psychique avec morbidité psychiatrique importante vient donc s'ajouter à la vulnérabilité due à la contrainte avec perte d'un droit humain fondamental : la liberté

Rappelons à ce propos les recommandations parues dans le Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins français en 2001 concernant les aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire (14) et celle des Nations unies « les droits de l'homme et les prisons » en 2005 (15) concernant les Personnes soumises à des contraintes :

- Le contexte des personnes soumises à des contraintes doit être pris particulièrement en considération dans la mesure où ces personnes peuvent être soumises à la pression de circonstances les poussant à donner un consentement prétendument « libre », en particulier en matière de recherche.
- Le premier texte éthique (le Code de Nuremberg) a en effet été établi pour condamner ce que les médecins nazis ont fait avec des personnes soumises à des contraintes dans les camps de concentration.
- Depuis le Code de Nuremberg, des recherches non éthiques sur des détenus ont été largement rapportées par différents groupes œuvrant pour la protection des participants humains et restent une question actuelle qui devrait attirer l'attention.
- Ainsi les droits des populations vulnérables que sont les détenus devraient être protégés et les recherches sur cette catégorie de personnes devraient connaître des limitations strictes.
- Ces catégories de personnes soumises à des contraintes devraient être protégées non seulement des recherches qui peuvent induire des risques physiques mais aussi de celles qui peuvent comporter des dommages psychologiques ou sociologiques

Ces recommandations sont bien sûr extrapolables aux soins psychiatriques qui seront prodigués à ces personnes soumises à des contraintes et doublement vulnérables.

Rappelons ici l'article 8 de la déclaration universelle des droits de l'homme* ayant trait au respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité personnelle :

« Dans l'application et l'avancement des connaissances scientifiques, de la pratique médicale et des technologies qui leur sont associées, la vulnérabilité humaine devrait être

prise en compte. Les individus et les groupes particulièrement vulnérables devraient être protégés et l'intégrité personnelle des individus concernés devrait être respectée.

La fonction du psychiatre en milieu carcéral

« Qu'est ce que je fous là ? »

Question apparemment triviale mais éminemment éthique, empruntée à Jean Oury, que tout psychiatre devrait se poser.

« La question fondamentale, à toujours se poser, dit Jean Oury – "Qu'est-ce que je fous là ?" – n'attend pas une réponse qui serait uniquement circonstancielle, conjoncturelle, mais touche à des dimensions existentielle et ontologique. En s'exposant ainsi à ce travail permanent de reconstruction, de création, Jean Oury nous indique une voie à suivre afin, cliniquement, de pouvoir se tenir, au sens fort du terme, à côté de ces existences défaites. Des concepts ou des notions reviennent avec insistance dans ses propos et constituent ce qu'il appelle sa boîte à outils. Ceux-ci et les problématiques qui les enserrent, dans leur précision et quelquefois leur tranchant, ont pour fonction de protéger, de maintenir, de défendre la condition de possibilité de la pensée contre toute tentative d'arraisonnement. En leur découvrant une profondeur inattendue ou une parenté encore inavouée, parfois même insoupçonnable, Jean Oury les rend à leur fraîcheur initiale, avant même que ne s'use leur fil sur le banc des écoles ou qu'ils ne soient soumis au seul règne de l'utile. » Patrick Faugeras (16).

La fonction de psychiatre et à fortiori de Psy exerçant en milieu carcéral est toujours à clarifier :

Fonction d'alibi, de pourvoyeur de calmants ?

Agent d'un soin contraint ou obligé ?

Auxiliaire de la répression ou complice du délinquant ?

Justification de la prison comme dernier « asile » ?

Pour permettre que du **soin** se crée sur du **sens** ?

« Sommes- nous accoucheurs de temps psychiques? »

« Sommes- nous là pour **panser ce temps** ou aider à **penser pendant ce temps** ? »
(17)

C'est à partir de ce questionnement -dont il ne saurait faire l'impasse- sur sa fonction et son rôle en milieu carcéral que pourra se dégager et se préciser pour le psychiatre, la

position éthique qu'il aura à tenir, guidé en cela par la connaissance des principes éthiques et des règles déontologiques.

La position éthique du psychiatre en milieu carcéral :

Dans ce contexte, le psychiatre doit être particulièrement attentif au bien-fondé ainsi qu'aux répercussions de ses décisions thérapeutiques. Tout acte médical doit se référer aux principes cardinaux de la bioéthique : bienfaisance, non-malfaisance, respect de l'autonomie et du consentement, principe de justice. La psychiatrie est particulièrement concernée par l'interrogation inlassable de ces principes car elle se situe fréquemment à l'intersection entre la violence du patient et la contrainte que l'Etat peut exercer à son encontre pour prévenir ou faire cesser cette violence. Le psychiatre se doit donc d'interroger la légitimité de son action dans le respect de toutes les personnes en cause et en tenant compte de l'émotion que l'ensemble de la situation va susciter.

« En milieu pénitentiaire, la pratique de la médecine et le respect des règles déontologiques sont délicats. Le principe d'équité conduit à soigner des personnes privées de liberté aussi bien que d'autres, avec une attention et une protection renforcées, en tenant compte en particulier de fréquents désordres psychiatriques, infectieux, toxicomanes ou sexuels. La qualité des soins doit être assurée, tout en respectant les personnes, avec notamment une grande vigilance quant au secret médical, dans leur intérêt » (14).

P. Hivert premier psychiatre ayant participé à la création des CMPR en milieu pénitentiaire, résume ainsi la position éthique fondamentale du psychiatre exerçant en milieu carcéral :

« Le psychothérapeute dans sa démarche chemine difficilement entre la demande du sujet et la contrainte du milieu carcéral. Il doit assumer cette contradiction et la dépasser pour le seul bénéfice de son patient ... Présent en prison pour aider le détenu souffrant, le thérapeute ne peut en aucun cas apparaître comme l'instrument d'une politique de normalisation » (18).

Le psychiatre devra avoir à l'esprit les repères indispensables et **principes fondamentaux*** auxquels se référer (***Recommandation N° R (9871 du comité des ministres aux états membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire)**) :

- **Droit à la santé** et accès aux soins pour les détenus
- **Respect** de la personne
- **Soins librement consentis** dans un univers de contrainte
- Principe d'**équivalence** des soins
- Refus de s'associer aux aspects de contrôle sécuritaire
- Respect du **secret médical** dans un espace où le partage des informations et le manque d'intimité est la règle
- **Indépendance**, dans un contexte de dépendance statutaire et budgétaire (double allégeance)

Tout soignant exerçant en prison se trouve confronté à un triple cadre, judiciaire, pénitentiaire et thérapeutique, qui doit être explicite dès l'établissement de la relation avec le patient et qui aura un retentissement sur les soins. En effet, considérer ce cadre dans sa

globalité est nécessaire, même si les institutions qui le constituent peuvent paraître inconciliables, voire antinomiques, afin d'espérer pouvoir restituer au sujet continuité et cohérence.

«Penser la carcéralité est plus utile que la nier», il est inutile de «parler de soins psychiatriques sans intégrer la réalité pénale et carcérale dans l'histoire» (19).

Enjeux et dilemmes éthiques - Difficultés pratiques

Dans ces situations de soins prodigués en milieu carcéral, le psychiatre est confronté à de délicats problèmes éthiques et un certain nombre de dilemmes émergent. La place du soignant est mise à mal, le psychiatre doit être particulièrement attentif au bien-fondé ainsi qu'aux répercussions de ses décisions thérapeutiques.

En effet, dans ce lieu de contrainte, l'exercice de la psychiatrie, bien qu'encadré par des règles déontologiques, est un exercice à risque :

- Risque de confondre le symptôme à traiter avec les effets d'une situation inacceptable dans ses atteintes au droit et à la dignité.
- Risque de méconnaître une souffrance pour s'inscrire dans une logique de confrontation à l'interdit et de responsabilisation individuelle
- Risque de confusion des rôles, des missions.

Le danger d'une psychiatrisation de désordre et de l'indiscipline ne disparaît jamais complètement. La pression de l'institution qui nous accueille, par des questions insistantes, demandes de soulagements, demandes de réponses urgentes peut être vécue comme contraignante.

En effet, la difficile gestion de la population carcérale peut amener les agents pénitentiaires à ne voir dans le psychiatre que l'agent d'une prise en charge ayant comme seul objectif la réduction des troubles du comportement et l'apaisement de la prison. Il appartient au psychiatre de ne pas être instrumentalisé.

J.Fortineau (20) résume l'interrogation des psychiatres : « s'il existe une pathologie de l'incarcération, est-il du ressort du psychiatre de l'assumer ? La tâche des psychiatres serait-elle d'adapter le prisonnier à la prison ? Cette psychiatrie spéciale qui a tendance à ne voir en nous que des gardiens de l'ordre, des (flics), ne risque-t-elle pas de ternir notre image. »

Et plus grave que ternir notre image, ne constitue-t-elle pas une épine éthique qui risquerait de nous entraîner vers des attitudes anti thérapeutiques et anti-déontologiques.

« Dire ce qui n'est pas de la psychiatrie est le premier des actes psychiatriques en clinique pénitentiaire » (13).

Par ailleurs, le danger du clivage entre une institution qui ne serait que mauvaise et un soignant qui aurait toujours le beau rôle n'est jamais loin ; le découragement face aux effets pathogènes sécrétés par le milieu et à la gravité de la situation psychique, sociale judiciaire de certains patients, serait tout aussi problématique. Si les conditions d'incarcération et les modalités de sanction méritent sans doute d'être repensées, le psychiatre ne peut s'en faire

l'écho au sein de la relation de soins, sinon il risquerait de devenir partie prenante dans une complicité avec le malade qui les enfreint.

Ce n'est qu'à partir de cette position clairement énoncée que le psychiatre peut tenir sa place et instaurer un projet thérapeutique cohérent.

Des « épines » et dilemmes éthiques peuvent aussi naître de la non concordance, voire des contradictions entre les exigences fondamentales du médecin psychiatre et celles du milieu carcéral :

- Indépendance médicale vs partenariat avec les équipes de surveillance
- Confidentialité vs échange interdisciplinaire
- Refus d'associer le psychiatre aux aspects répressifs vs gestion des mesures ou prise de position vis-à-vis des sanctions
- Principe d'équivalence vs exceptions, liées aux réalités pénitentiaires et sanitaires.

Le soin en milieu pénitentiaire se doit de connaître et reconnaître les contraintes, de différencier à qui elles s'adressent. Le soignant devrait pouvoir, pour y agir, s'y sentir libre.

Une priorité du cadre de soins est le souci du respect d'une stricte confidentialité au sein de l'espace thérapeutique, garante de la liberté d'expression du patient qui pourra retrouver une intimité perdue et un échange privé. L'entretien psychiatrique doit représenter l'ouverture d'un espace de liberté au sein d'une structure coercitive. De ce fait, les propos du patient tenus au sein du cadre de soins, ne peuvent et ne doivent pas avoir d'incidence quelconque sur le concret de sa condition.

Sans le consentement du patient et l'autorisation de celui-ci de renseigner l'autorité, le médecin reste soumis au secret professionnel en vertu du code de déontologie.

Mais la question de transmission d'information à des tiers et en l'occurrence à l'administration pénitentiaire se pose dans le cas de personnes ayant commis des tentatives de suicide ou pour l'évaluation de l'aptitude à l'isolement en chambre de confinement par mesure disciplinaire.

Une articulation est-elle possible avec des instances non médicales guidées par d'autres perspectives que le soin ? Cette question est l'objet de débats parfois tendus, notamment dans le domaine pénitentiaire où la question est alors posée de l'indépendance du médecin. Cette indépendance ne peut pas se discuter car la perte de celle-ci aboutirait inévitablement à une instrumentalisation de la médecine à d'autres fins que le soin.

La réflexion éthique impose cependant de prendre en considération le caractère contradictoire de la situation du thérapeute dans un tel dispositif : en rendant compte à l'autorité, il peut, d'une certaine manière, participer à une décision qui va prolonger une mesure disciplinaire et donc s'opposer au principe de non-malfaisance. Il n'y a pas de réponse toute faite mais une attitude générale qui conduit d'informer la personne examinée le plus loyalement possible de ce qui va être restitué et de respecter son refus éventuel de délier son thérapeute du secret médical, en dehors des cas prévus par la loi. Les situations complexes

sont légions et imposent débats, échanges et élaborations autant avec les autorités judiciaires que sanitaires.

Concernant le principe d'équivalence vs exceptions, liées aux réalités pénitentiaires et sanitaires, il y a beaucoup à dire et surtout encore plus à faire :

Un principe déontologique, le libre choix du médecin, ne peut pas y être pleinement respecté même si cela n'est pas spécifique au milieu carcéral.

Les modalités de prescription s'éloignent aussi des pratiques habituelles, vu les exigences et les contraintes du milieu : les comprimés sont broyés pour éviter le stockage, le trafic ou les tentatives de suicide par ingestion médicamenteuse. Les horaires de distribution sont aussi imposés et ne s'accordent pas forcément avec la pharmacocinétique des médicaments prescrits.

Une autre particularité en prison consiste en ce que la fin du traitement ne peut jamais être fixée, la levée d'écrou ou un transfert d'établissement pouvant toujours survenir de manière imprévisible. Il existe de ce fait une limite spatiale et temporelle au traitement, dont l'interruption peut malheureusement être parfois brutale. Ainsi la continuité des soins n'est pas toujours garantie.

Enfin, les transferts aux services de psychiatrie générale de patients détenus présentant des troubles mentaux sévères incompatibles avec leur maintien en détention et nécessitant leur hospitalisation sans le consentement en vertu de la loi 92-83 complétée et modifiée par la loi 2004-40 relative à la santé mentale et aux conditions d'hospitalisation des personnes atteintes de troubles mentaux, deviennent extrêmement difficiles -du fait de la saturation chronique du seul service de psychiatrie fermé sur tout le territoire tunisien- et s'éloignent de ce fait, de plus en plus des prestations offertes aux personnes non incarcérées. Cette situation représente un véritable problème éthique, déontologique pouvant même avoir des implications médico-légales.

Par ailleurs, lorsque ces hospitalisations ont lieu, elles se révèlent malheureusement trop brèves. Pourtant le maintien en prison de ces malades mentaux avérés ne cesse de poser question. L'une des solutions pourrait être d'insérer rapidement des unités hospitalières ou intersectorielles sécurisées fermées accueillant ces patients dans des conditions matérielles et humaines satisfaisantes, selon le principe d'équité et de l'équivalence des soins, sans que les critères pénaux priment sur l'indication thérapeutique.

Il est aussi important de signaler que la possibilité d'hospitalisation libre en psychiatrie d'une personne détenue à sa demande n'existe pas de fait, comme si la contrainte de l'incarcération obligeait la contrainte du soin hospitalier !

Une réflexion éthique constante s'impose aussi face à des situations cliniques complexes, parfois extrêmes rencontrées en psychiatrie carcérale. Quelle attitude face :

- Aux **automutilations** et aux conduites hétéro ou auto-agressives et plus particulièrement aux **tentatives de suicide** ?
- Aux nécessités d'un **traitement forcé** ?
- A la consommation de stupéfiants, aux **toxicomanies** ?
- Aux **grèves de la faim** ?

Il est vrai que les relations entre patients et médecins connaissent fréquemment dans cet environnement, des caractères particuliers :

- Accès parfois difficile des patients à un médecin en raison du fonctionnement de l'établissement et du sous- effectif flagrant de psychiatres et de la durée de leurs prestations ;
- Demandes des patients complexes, indirectes, décalées par rapport à d'autres détenus ;
- Simulations et tromperie pour obtenir des avantages indus ;
- Chantage et pressions diverses sur le médecin, avec refus de traitement, y compris vital
- (insuline pour un diabète, grève de la faim ...).

Le personnel pénitentiaire se retrouve aussi souvent en présence de sujets qui manifestent, parfois bruyamment ou de façon dramatique, leur révolte ou leur détresse face à leur situation.

Grèves de la faim, automutilations, tentatives de suicide ou actes de violence ne sont pas rares dans ces moments de crise.

Le psychiatre, avant d'agir, devra questionner ces manifestations comportementales bruyantes qui mobilisent le milieu carcéral : s'agit-il des signes d'une souffrance psychique ou de manifestations d'opposition ?

Relèvent-elle de la psychiatrie ou d'une nécessité d'humanisation des conditions de détention ?

Il est vrai que la réponse est rarement univoque.

Une prise en charge peut s'avérer nécessaire. Le psychiatre devra alors s'occuper d'un patient dans une constellation qui laisse une marge bien étroite à un travail d'élaboration psychique. Le risque du soignant est de perdre son identité première et de se retrouver en position de bras armé des autorités, par exemple en appliquant des traitements sédatifs à ces personnes pour atténuer les problèmes de comportement.

La chimiothérapie risque alors d'être détournée par la pression des détenus comme des surveillants vers une prescription « anesthésique » injustifiée.

« Il est en premier lieu essentiel de prendre de la distance par rapport au concret de la demande du patient, telle qu'elle s'énonce le plus souvent en milieu carcéral. En prison tout particulièrement, on peut être tenté, dans la dynamique souvent leurrante d'un soulagement à court terme, de répondre au premier degré à la demande d'un patient par une intervention agie. En effet, les demandes de soins se situent souvent dans un registre d'immédiateté, de grande

détresse et d'urgence. Un travail de distanciation doit être fait et permettra parfois que le patient évolue progressivement de demandes immédiates de réconfort vers des attitudes introspectives» (21).

Les psychopathes fournissent le plus gros contingent de détenus à présenter une pathologie de l'agir violent avec automutilations, comportements violentes, parfois suture des lèvres ou des paupières, tentative de suicide impulsives qui correspond souvent à une pure décharge, moyen violent de retourner à un état de tension plus faible face à l'excitation ambiante traumatique, à travers le passage à l'acte.

Le danger est lorsque le passage à l'acte (automutilation, etc.) est présenté comme une modalité relationnelle, de lui donner sens d'une parole et de l'instituer ainsi comme moyen d'expression ; si elle est présentée « dans un chantage », comme élément d'une relation, il faut savoir, sans récuser la parole du détenu, lui signifier que cette forme d'expression est un abus de l'autre autant que sur lui-même, qui ne peut être reçu comme sa parole (21).

Le maintien en vie est une exigence première de la règle carcérale: le corps est placé en position d'enjeu (on ne doit pas mourir en prison)

La tentative de suicide révèle l'échec du détenu, de l'institution, le désarroi des uns et des autres.

La Prison est un lieu de souffrance (dépression) mais aussi de colère (haine de soi et de l'institution), elle est de ce fait fréquemment confrontée à des gestes de désespoir et de haine.

Le rôle du psychiatre est curatif quand il s'agit de personnes atteintes de troubles psychiatriques, l'indication d'une hospitalisation peut aussi s'imposer dans certains cas.

Il est aussi et surtout préventif :

La prévention passe par l'écoute, l'identification du niveau et de l'urgence du risque, la mise en place d'un accompagnement qui nomme ce risque, humanise la relation, ouvre l'échange à une contractualisation possible...

La question de la contrainte du soin et du traitement forcé en prison reste d'actualité.

Cette question est régulièrement posée, avançant des raisons pragmatiques (difficultés des hospitalisations de détenus à l'hôpital), pour instaurer une contrainte de soins en prison. A l'exception de la situation de non assistance à personne en danger, face à un patient ayant perdu son libre arbitre et sa capacité à consentir, qui peut autoriser l'administration ponctuelle d'un traitement neuroleptique, la contrainte aux soins constitue une entorse grave à l'éthique et à la déontologie.

Il faut aussi se défier de « disposer d'une clientèle captive » et d'utiliser cette situation pour engager à tout prix une prise en charge pendant l'incarcération dans l'intérêt présumé et immédiat du patient, tentation qui peut être forte face aux personnes en situation de précarité à l'extérieur ou d'échec de suivi, notamment les toxicomanes.

Reconnaître les contraintes du lieu et permettre au soin d'avoir un espace propre est l'enjeu de cet exercice. L'incitation à la rencontre, respectueuse des refus, est le premier acte.

Le passage de la contrainte à l'obligation puis maintenant à l'injonction de soins dans les pays occidentaux (toxicomanes, agresseurs sexuels, ...) pose des questions d'ordre éthique encore plus épieuses menaçant de superposer l'espace thérapeutique à celui de la contrainte, malgré le cadre légal qui lui est donné.

Quant à la prise en charge des personnes présentent des conduites addictives en prison, elle représente un défi autant thérapeutique qu'éthique, où les principes de bienfaisance et de non malfaisance peuvent être mis en tension.

Certaines statistiques indiquent que plus que 53% de la population carcérale en Tunisie sont accusés de crimes liés aux stupéfiants (22).

S'agissant d'une population captive pour qui l'accès aux soins peut signifier bien autre chose que l'amorce d'une démarche thérapeutique authentique avec un véritable contrat de soins, la prise en charge et plus particulièrement la prescription médicamenteuse, peut produire l'effet inverse de celui escompté.

La plupart des psychiatres ayant eu à prendre en charge des toxicomanes en milieu carcéral (23) soulignent l'écueil d'une banalisation ou d'une prescription mal encadrée de la médication - pouvant encourager trafics, détournements d'usage et tentatives de suicide- et insistent sur la nécessité de tenir compte de la pathologie et de la personnalité du détenu dans le cadre d'une prise en charge globale, centrée non sur le produit mais sur la personne, tout en pointant la difficulté d'une telle démarche.

Plus encore, ils soulignent que « le recours massif aux médicaments psycho actifs, sur prescription médicale, rend certains détenus dépendants après un passage en prison » (23).

Car si « l'incarcération peut être le moment d'une prise de conscience de la gravité de l'intoxication et d'une prise en charge spécifique », l'objectif de prise en charge individualisée s'avère difficile à atteindre « dans un lieu où le groupe bien souvent prédomine et où le contexte engendre des processus de déresponsabilisation voire de désappropriation » (23).

Ce type de prise en charge globale s'avère encore plus aléatoire dans les prisons tunisiennes, compte tenu de la rareté voire de l'absence des structures spécialisées intra-muros.

La difficile conciliation des techniques et de l'éthique du soin en prison se manifeste ici dans toute son ampleur ; Ces phénomènes de « glissement » d'une aliénation toxicologique à l'autre, ainsi que de détournements d'usage des traitements proposés, posent la question de la mission première du médecin : « Primum non nocere » et donc du principe de non malfaisance.

D'autres pourraient voir dans cette substitution, un « moindre mal » visant la gestion du risque (infectieux, VIH, Hépatite, ...).

Marcel Jaeger et Madeleine Monceau (1996) ont souligné de longue date que « la prescription médicale, en prison comme ailleurs, résulte d'un processus complexe qui met en jeu tout à la fois l'exercice d'une compétence, un contexte, des choix éthiques ».

Enfin, rappelons à propos de la grève de la faim, que des recommandations ont été élaboréesinspirées par le protocole d'Istanbul et qui constituent une balise et un guide précieux permettant d'orienter la conduite à tenir face à un gréviste de la faim. Le psychiatre y est sollicité pour évaluer l'état psychiatrique du sujet et ses capacités de consentement. En dehors de ces cas, il est tenu au respect de la volonté du gréviste de la faim qui utilise ce moyen dans un but de contestation politique ou autre, le risque serait qu'il soit instrumentalisé pour psychiatriser ces manifestations de contestation et museler ainsi ou disqualifier l'action entreprise. Les sombres épisodes de l'histoire de la psychiatrie soviétique nous rappellent ces abus ayant permis d'emprisonner les dissidents dans les hôpitaux psychiatriques, souvent sous les diagnostics de « Schizophrénie torpide » ou « schizophrénie larvée », créés de toute pièce par des psychiatres collaborateurs du régime fasciste et dépourvus de tout sens éthique (24).

Concernant la santé mentale en milieu carcéral, il est important de préciser que l'OMS la définit comme suit : « La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. La santé et le bien-être mentaux sont indispensables pour que l'être humain puisse, au niveau individuel et collectif, penser, ressentir, échanger avec les autres, gagner sa vie et profiter de l'existence. C'est pourquoi, la promotion, la protection et le rétablissement de la santé mentale sont des préoccupations centrales pour les personnes, les collectivités et les sociétés partout dans le monde».

Il est de ce fait évident que ses déterminants sont multifactoriels et dépassent de loin l'action et les prérogatives du seul psychiatre et / ou psychologue.

« Des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques multiples déterminent le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné. Ainsi, des pressions socio-économiques persistantes sont des facteurs de risque reconnus pour la santé mentale des individus et des communautés. Les données factuelles qui l'attestent le mieux sont les indicateurs de pauvreté, notamment les faibles niveaux d'instruction. Les problèmes de santé mentale sont également associés aux éléments suivants : changement social rapide ; conditions de travail éprouvantes; discrimination à l'égard des femmes ; exclusion sociale ; mode de vie malsain; risques de violence ou de mauvaise santé physique; et violations des droits de l'homme. Par ailleurs, certains profils psychologiques et certains traits de personnalité prédisposent aux troubles mentaux. Enfin, les troubles mentaux peuvent être dus à des causes biologiques, notamment à des facteurs génétiques qui contribuent à des déséquilibres chimiques du cerveau».

La promotion et la protection de la santé mentale des personnes incarcérées est de ce fait une action à entreprendre en urgence et concerne avant tout une politique nationale de santé mentale intégrant des actions globales qui ne limitent pas leur champ d'action aux troubles mentaux mais qui prennent en compte les facteurs plus généraux favorisant la santé mentale dans l'environnement carcéral : mode vie, possibilités d'activités de loisir, physiques, professionnelles, culturelles ... permettant d'adopter et de conserver un mode de vie sain, de maintenir les liens sociaux et surtout une dignité humaine dans un contexte garantissant le respect et la protection des droits fondamentaux de la personne privée de liberté.

Le Rapport récent publié par le Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (bureau de Tunisie) en Mars 2014, « La situation des prisons en Tunisie : Entre les Standards internationaux et la réalité », consistant en un monitoring de la situation des droits de l'homme dans les prisons tunisiennes en se basant sur les règles minima des Nations Unies relatives à l'organisation générale des institutions pénitentiaires (15) a dressé un état des lieux préoccupant. En se référant aux taux de détention mondiale établis par le Centre international d'études pénitentiaires, la République tunisienne est en 28ème position dans le monde en termes de la taille de la population carcérale par cent mille citoyens. La Tunisie, qui compte 297 détenus par cent mille citoyens est le troisième pays arabe en Afrique après le Maroc et l'Algérie ! (22)

Pour Conclure

« Les soins –et plus particulièrement les soins psychiatriques– en prison représentent l'un des défis les plus importants auxquels doit faire face la santé publique» (25).

La santé mentale et les soins psychiatriques en milieu carcéral représentent une gageure et un défi thérapeutique et éthique. Ils restent aujourd'hui très en de ça des attentes et des besoins de cette population vulnérable et en souffrance.

L'ensemble des textes éthiques élaborés actuellement donnent au soignant les instruments qui lui permettent de prendre des positions claires dans des situations, parfois d'une grande complexité, où la réponse est toujours difficile à élaborer entre le respect du patient et de sa dignité, la prise en compte de sa souffrance et de la spécificité du milieu avec ses exigences sécuritaires.

Ce n'est qu'à travers une interrogation éthique forte que le psychiatre pourra se déterminer et rappeler que, quel que soit le statut de son patient, aucune contrainte ne saurait être justifiée par des considérations sécuritaires autres que ponctuelles en ne perdant jamais de vue que l'objectif est de permettre au patient de s'inscrire dans un soin dont il comprend et reconnaît le bien-fondé.

Le psychiatre pénitentiaire trouve sa particularité essentielle dans l'obligation «travailler avec», ce qui lui rappelle qu'il ne peut travailler en prison au-delà des limites de

tolérance de la surveillance. C'est dire ici l'intérêt des initiatives de formation et d'information réalisés au profit des fonctionnaires de l'administration pénitentiaire.

L'amélioration des conditions des personnes incarcérées, l'humanisation des prisons et le développement de la législation existante dans le sens d'une plus grande protection des droits de l'homme, associée à l'introduction d'unités de soins psychiatriques et psychologiques sous la tutelle du ministère de la santé, permettra de promouvoir la santé mentale des détenus et de répondre à leurs besoins de manière plus adaptée et plus « apaisée », avec mise en œuvre des moyens pour que les personnes détenues bénéficient de prestations psychiatriques et psychologiques de qualité en matière d'éducation pour la santé, de prévention, de traitement de suivi, de continuité de soins où il s'agira de traiter les troubles et d'éviter l'aggravation de leurs conséquences pour le détenu et son entourage, mais aussi de prévenir l'exacerbation de la détresse et du désarroi, de prendre en charge non seulement la maladie psychiatrique, mais aussi la souffrance psychique de ces personnes.

Les recommandations du Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme se basant sur les principes et objectifs sur lesquels l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus est basé, dans le but d'accroître la conformité des conditions des centres tunisiens de réadaptation et réhabilitation avec les normes internationales et avec la nouvelle constitution tunisienne, trouvent ici tout leur intérêt.

« L'éthique devrait régler notre comportement face à des choix qui apparaissent parfois aussi rationnels et aussi irréversibles les uns que les autres : décider de parler ou se taire, de s'abstenir ou agir ne relève pas que de la technique ou de la loi. Pour que chaque psychiatre décide en restant homme et thérapeute, dans une position éthique, il doit accepter que par définition l'éthique soit présente de façon permanente au quotidien mais que ses solutions ne s'écrivent que dans l'après coup, on pourra lui trouver sa place, spécifique et indispensable, entre la loi, la déontologie et la morale. On pourrait donc énoncer que « agir pour le bien » est un problème plus touffu ou plus difficile à résoudre à mesure que se complexifie l'environnement de l'homme » (26).

=====

BIBLIOGRAPHIE

1. Pierre Lamothe « Problèmes quotidiens de psychiatrie pénitentiaire à travers les changements du paysage psychiatrique et pénitentiaire français ». *Criminologie*, vol. 21, n° 2, 1988, p. 63-81.
2. Nick De Viggiani. *Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health*. *Sociology of Health & Illness*; [Volume 29, Issue 1](#), pages 115–135, January 2007
3. Heigel, C. P., Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2010). Self-reported physical health of inmates: Impact of incarceration and relation to optimism. *Journal of Correctional Health Care*, 16, 106-116.
4. Baron La Foret Sophie La prison un espace sans contrainte de soin ? XVIIe journée de Fontevraud 1^{er} juin 2002

5. Lhuilier (Dominique), Simonpietri (Aldona), Veil (Claude), (avec la collaboration de Luis Morales), VIH-SIDA et Santé : Représentations et pratiques des personnes incarcérées, Université Paris-VII - Denis Diderot, Laboratoire de changement social, Juin 1999
6. Chantraine G. , Par-delà les murs, Paris, PUF, collection Partage du savoir, 2004.
7. http://www.canalu.mobi/video/universite_de_tous_les_savoirs/la_vie_quotidienne_en_prison_betty_brahmy.1515
8. Caroline-legendre. Création et prison
<http://www.franceculture.fr/oeuvre-cr%C3%A9ation-et-prison-de-caroline-legendre.html>
9. Lhuilier D., (dir.), La prison en changement, Ramonville Saint-Agne, Edition Erès ; collection trajet, 2000, pp. 31-42.
10. F. Gros, A. Garapon, T.Pech. « Et ce sera justice (Punir en démocratie) ». Editions Odile Jacob, 2001.
11. Foucault M. Surveiller et punir, Paris, Editions Gallimard, 1993 (1975).
12. [Fazel S](#) , [Lubbe S](#). Prevalence and characteristics of mental disorders in jails and prisons. *Curr Opin Psychiatry*. 2005 Sep;18(5):550-4
13. Benezech M., Lamothe P. et Senon J.L.- Psychiatrie en milieu carcéral. EMC., Psychiatrie, 37889 A10, 11-1990, 6P.
14. Hoerni B. Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire.
Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, juillet 2001
15. Les droits de l'homme et les prisons. Compilation d'instruments internationaux des droits de l'homme concernant l'administration de la justice. NATIONS UNIES ; New York et Genève, 2005
16. [FAUGERAS](#) Patrick, [Jean OURY](#) Jean. Préalables à toute clinique des psychoses. Dialogue avec Patrick Faugeras ; Eres.
17. Gravier B. la relation clinique en milieu pénitentiaire
<http://www.unil.ch/files/live/sites/fbm/files/shared/psyleg/La-relat-clin-milieu-pen-29-03-2007.pdf>
18. Hivert P. Psychiatrie en milieu carcéral.- EMC. Psychiatrie, 37889 A10, 9-1982, 6p.
19. De Beaurepaire Christiane. Psychiatrie en milieu carcéral
www.senon-online.com/Documentation/.../3cycle/.../DeBeaurepaire.pdf
20. Fortineau J. Les psychiatres des hôpitaux en prion. Bulletin des psychiatres des hôpitaux 1977 ; 3 :18-9.
21. S. BYDLOWSKI. Evolution du soin en milieu carcéral : de la nécessité du repérage des cadres. Forensic, decembre 2000 ; 4 :67-69.
22. Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme Bureau de Tunisie. La situation des prisons en Tunisie : Entre les Standards internationaux et la réalité; Mars 2014
23. Brillet Emmanuel. La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : Politiques et éthique. Editions A. Pédone « Archives de politique criminelle » ,2009/1 n° 31, pages 107 à 143.
24. Elena Vassilieva, « Larissa Arap, membre de l'opposition russe, serait internée en hôpital psychiatrique », Le Monde, AFP et Reuters, juillet 2007 31
25. [Møller LF](#), [Matic S](#), [van den Bergh BJ](#), [Moloney K](#), [Hayton P](#), [Gatherer A](#). Acute drug-related mortality of people recently released from prisons. *Public Health*. 2010 Nov;124(11):637-9. doi: 10.1016/j.puhe.2010.08.012
26. Éthique et psychiatrie. Soins Psychiatrie Vol 31 – N°270 – septembre-octobre 2010

LE MEDECIN DES PRISONS EN TUNISIE

ENTRE LE RESPECT DE L'ETHIQUE ET LES CONTRAINTES

DE LA PRATIQUE :TEMOIGNAGE

Dr BAKKARI Slah
Service médical de la prison de Mornaguia

Introduction :

Les médecins de prison sont confrontés à des problèmes très particuliers : ils doivent dispenser des soins de santé dans un environnement contraignant, sans pour autant enfreindre les normes éthiques. La prison constitue une « institution totale » dotée de ses propres règles de fonctionnement. Celles-ci sont à l'origine d'un ensemble de contraintes inévitables qui se répercutent sur la pratique médicale. La difficulté de la position du médecin exerçant en milieu pénitentiaire découle du fait qu'il est souvent confronté aux préoccupations et aux attentes, parfois divergentes, de l'administration pénitentiaire d'un côté et des personnes incarcérées de l'autre côté.

Le patient détenu n'est pas un malade comme les autres, le milieu carcéral influence son droit au libre choix en matière de soins et son état de santé influence l'exécution de sa peine. La prison est un centre de recoupement entre champ de justice et champ médical dans lequel naissent de nombreux conflits éthiques, par l'interaction entre droit et soin.

Le médecin est un maillon central, de cette chaîne de tensions et doit à ce titre se positionner face à de nombreuses problématiques éthiques: indépendance, confidentialité, confusion entre rôle d'expert et de médecin traitant, consentement et refus de soins, grève de la faim.

Médecine carcérale en Tunisie : conditions générales de l'exercice :

1-Tutelle :

Le service pénitentier dépendait du ministère de l'intérieur jusqu'à l'année 2001 ; date à laquelle il y'a eu un transfert de tutelle vers le ministère de la justice.
Tous les médecins sont détachés du ministère de la santé auprès du ministère de la justice.

2- Cadre médical :

La naissance du service médical pénitentier remonte à l'année 1988, l'équipe médicale n'était formée que de 04 médecins (plein temps).
Ces quatre médecins étaient détachés du ministère de la santé publique auprès du ministère de l'intérieur, ils devaient intervenir dans les différentes prisons de la Tunisie.

Mais devant la demande croissante en soins médicaux, le besoin s'est fait sentir de mettre en place un service médical comme il se doit et de le développer au fur et à mesure pour répondre aux besoins de chaque établissement pénitentiaire.

Actuellement le service médical pénitentiaire est réparti comme suit :

- Un médecin responsable de la sous direction de santé au sein de la Direction Générale des Prisons (DGPR)
- Un médecin chef du service la santé des détenus.
- Un médecin chef du service de la santé du personnel.
- Un médecin chef du service de la pharmacie et des équipements médicaux.
- 25 médecins généralistes.
- 15 dentistes.
- 0 médecins spécialistes.
-

3 - Cadre paramédical :

- 300 agents pénitenciers faisant fonction d'infirmiers, ils dépendent directement du corps pénitencier.
- 25 infirmiers diplômés.
- 17 techniciens supérieurs.
- Les psychologues, par contre, ne dépendent pas de la sous direction de la santé, ce qui crée une grande divergence dans la prise en charge des problèmes de la santé mentale des détenus.

Il est à noter qu'aucune formation spécifique du milieu carcéral n'est disponible dans le cursus médical en Tunisie.

Dès son recrutement, le médecin des prisons est confronté à des problématiques qu'il doit gérer au cas par cas.

A l'intérieur de ce microcosme appelé prison, le médecin devrait assurer toutes les fonctions médicales, telles qu'elles sont définies par le code de déontologie et le code pénal.

Plusieurs taches lui sont attribuées :

Il est le thérapeute pour le détenu, et parfois pour le personnel pénitencier.

Le médecin de prison est aussi un médecin de travail pour les détenus travailleurs.

Il assure parfois le rôle d'hygiéniste, Il doit constater l'état de salubrité des locaux, contrôler la qualité de la nourriture fournie aux détenus, prévenir les maladies transmissibles, et recommander des mesures nécessaires pour améliorer le niveau d'hygiène.

Enfin, un rôle essentiel dans lequel il est souvent sollicité, est le rôle de médecin légiste.

Il est en relation constante avec les représentants de la loi, procureur, juges d'instruction, juges d'application des peines, avocats, et bureaux spécialisés de la DGPR et du ministère de la justice.

Le médecin est ainsi pris sans cesse dans les contradictions entre la sollicitation dont il est objet et la déontologie médicale.

Problématiques éthiques de l'exercice médical en milieu carcéral :

1-Textes législatifs tunisiens de référence :

a) Code de déontologie médicale ; Décret n° 93-1155 du 17 mai 1993 :

Nous citons des extraits de ce code :

Article 2: Le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du médecin.

Article 3: Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades sans discrimination aucune.

Article 7: Un médecin sollicité ou requis pour examiner une personne **privée de liberté** ou pour lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement ne serait ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité.

Article 8: Le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogations établies par la loi.

Article 11: Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Article 72 : Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade.

a. Le code pénal :

Article 254 :Sont punis de six mois d'emprisonnement et de cent vingt dinars d'amende, les médecins, chirurgiens et autres agents de la santé, les pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes qui, de par leur état ou profession, sont dépositaires de secrets, auront, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, révélé ces secrets.

b) Loi n° 2001-52 du 14 mai 2001, relative à l'organisation des prisons :

Art. 17 Alinéa 2 : Tout détenu a droit à la gratuité des soins et des médicaments à l'intérieur des prisons et, à défaut, dans les établissements hospitaliers, et ce, sur avis du médecin de la prison.

Art. 22 Alinéa 7 : Le confinement en cellule individuelle équipée des installations sanitaires nécessaires, **après avis** du médecin de la prison, et ce, pour une période ne dépassant pas dix jours pendant lesquels le détenu demeure sous contrôle du médecin qui peut demander la révision de cette mesure pour des raisons de santé.

2- Indépendance :

L'indépendance du médecin constitue l'une des bases de la déontologie. Elle est l'élément indispensable à la relation médecin/malade. Loin de représenter un privilège de la profession, elle constitue un droit du malade. Toutes les normes déontologiques nationales et

internationales exigent une indépendance statutaire et budgétaire des médecins exerçants en prisons.

Le statut actuel des médecins en Tunisie ne garantit pas cette indépendance, en effet, ils sont sous la tutelle du ministère de la justice.

Une fois cette indépendance est mise en doute, Il devient difficile d'instaurer une relation médecin malade. Le recours aux confrères de la santé publique nous a été parfois une solution meilleure pour éviter tout litige.

Le conflit entre le détenu et le corps judiciaire n'exclut pas le médecin qui devient parfois l'objet de ce conflit surtout, si son avis médical pourrait influencer le déroulement de la peine.

Le changement de tutelle a été considéré primordial dans la réforme de la médecine carcérale. Cette demande, émanant des médecins eux-mêmes, des ONG et des responsables politiques, est toujours dans l'attente d'une réponse.

3- Secret médical et confidentialité :

Comme les autres patients, les détenus ont droit à la confidentialité des données personnelles relatives à leur santé. Ce devoir de confidentialité a une finalité très concrète : comment les patients pourraient-ils s'ouvrir franchement à leur médecin s'ils n'avaient pas l'assurance que leurs secrets sont protégés.

Cependant, le devoir de confidentialité d'un médecin n'est pas absolu, la levée du secret doit être justifiée par la loi et ne se faire qu'après consentement du détenu.

Dans certains cas exceptionnels, les médecins doivent dévoiler des informations sans le consentement du prisonnier. Le secret médical peut, par exemple, être délibérément violé dans des circonstances où la non-transmission d'informations risque, d'avoir de graves conséquences. Par exemple, au cours d'une consultation ou de thérapie, un médecin peut apprendre qu'un patient se prépare à commettre un nouveau crime.

Seuls les professionnels de santé devraient avoir automatiquement accès au dossier médical des détenus, bien que certaines informations essentielles doivent parfois être partagées avec d'autres catégories de personnel. Les cadres et d'autres membres du personnel pénitentiaire ne devraient pas avoir automatiquement le droit d'accéder aux dossiers médicaux ; néanmoins, il peut leur être nécessaire de demander l'avis du médecin de prison sur des questions liées à la santé pour déterminer, par exemple, si un détenu est atteint d'une maladie contagieuse ou non.

Cette obligation de confidentialité est parfois mal perçue par le cadre pénitencier, en effet, ce dernier se présente comme le premier responsable de tout ce qui peut influencer le déroulement de la peine. L'information sur l'état de santé du détenu lui est indispensable pour entreprendre les mesures jugées nécessaires, (transfert à l'hôpital, isolement, limitation du déplacement entre les prisons, changement de cellules).

Pour remédier à ce conflit, une discussion au sein de la DGPR a été démarrée depuis l'année 2013. Tous les services concernés ont participé. Il ya eu un consensus sur la protection du secret médical dans les prisons tunisiennes .Une circulaire organisant la gestion de l'information médicale a été adoptée en juillet 2014.

4- Grève de la faim :

Pour le médecin, la grève de la faim soulève non seulement des problèmes d'ordre médicaux, mais également éthiques. Il s'agit d'un état pathologique transitoire souhaité par le patient, s'inscrivant dans le cadre d'un conflit entre détenu et l'autorité, sur lequel le médecin vient se greffer. Entre le devoir de porter l'aide médicale et celui de respecter la volonté et la dignité du détenu gréviste, le médecin a du mal à se positionner. L'absence de directive préétablie et adaptée aux conditions de l'exercice en Tunisie nous était un souci majeur. En s'inspirant des principes établis par la déclaration de Malte et de la loi tunisienne, un protocole a été adopté par les ministères de la justice, de la santé publique et le CICR en octobre 2014. Un travail de sensibilisation et de coordination entre les différents intervenants est nécessaire pour la mise en œuvre de ce protocole.

5- Médecin traitant /Médecin expert :

Même si le code de déontologie dans l'**article 72** se prononce clairement sur ce sujet en interdisant le cumul de tâches de thérapie et celle d'expertise, les médecins des prisons peuvent parfois être sollicités pour faire ce double rôle. Etant les mieux placés pour évaluer l'état de santé du détenu, parfois le seul témoin à des actes de violence, leurs avis est mieux apprécié par les instances judiciaires. En plus de l'obstacle déontologique, accepter ce rôle d'expert peut altérer la relation médecin malade, surtout si l'avis médical n'est pas toujours en faveur du prisonnier. En pratique courante, le recours à un avis spécialisé auprès de l'établissement de la santé publique ou d'un médecin légiste est une des solutions les plus adoptées pour contourner cet embarras.

6- Médecins des prisons et sanctions des détenus :

Le code pénal tunisien exige dans son **article 22**, un avis médical avant le confinement dans une cellule d'isolement, ce qui pourrait impliquer directement le médecin dans les sanctions et entraver l'éthique médicale. L'administration pénitentiaire a ses raisons, elle doit s'assurer de l'état de santé du détenu et de l'absence de toute contre-indication médicale à l'isolement disciplinaire, le médecin est encore dans l'embarras.

Pour surmonter cette impasse, une circulaire a été établie par la sous-direction de la santé en s'inspirant des normes de la commission européenne de lutte contre la torture (**CPT**) qui stipule dans son **article 73** qu'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.

Désormais, le médecin se contente d'assurer un suivi médical périodique dans les unités d'isolement et de mettre fin à cet isolement si l'état de santé du détenu l'exige.

Conclusion :

La réalité du terrain carcéral, la limitation des ressources sont tous des facteurs marquant dans l'exercice médical pénitentiaire en Tunisie. Et même si certaines réformes ont pu voir le jour, un grand travail de mise en valeur de ce secteur reste à effectuer.

En effet, l'organisation du service médical pénitencier à son état actuel, reste insuffisante. Malgré l'ampleur des tâches attribuées à ce service on est toujours au stade d'une sous direction dépendant de la DGPR.

La santé mentale est un maillon faible, en plus de l'absence de psychiatres exerçant à plein temps, les psychologues ne relèvent pas du département de santé pénitentiaire ce qui entrave la coordination avec le cadre médical.

Le respect de l'éthique, commence par garantir aux détenus des soins équivalents via des moyens adaptés, par un personnel médical et paramédical bien formé, compétent, et indépendant. Toute stratégie de réforme doit prendre en considération ses principes généraux.

La Santé des Mineurs en Détention

Pr. Ahlem Belhadj
Service de Pédopsychiatrie
Hôpital MongiSlim, La Marsa

Introduction

D'après les Nations Unies, plus d'un million d'enfants en conflit avec la loi dans le monde sont privés de liberté. En 2012 en Tunisie¹²⁵, environ 13 800 enfants ont comparu devant le juge des mineurs suite à un délit commis, parmi eux 1356 purgent une peine de privation de liberté.

Un enfant est « privé de liberté lorsqu'il est soumis à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement dans un établissement public ou privé, par ordre d'une autorité compétente, et dont il n'est pas autorisé à sortir à son gré »¹²⁶. Il existe plusieurs types de lieux de détention dont le fonctionnement et l'appellation sont fort différents. Ces différences témoignent du malaise et de la difficulté à prendre en charge un mineur « délinquant ». En effet, la rencontre des jeunes en conflit avec la loi interpelle sur les raisons de l'échec ? Échec de l'adolescent ? Ou plutôt échec de la famille et de la société ?

Rappelant que le prisonnier est toujours en situation de vulnérabilité et que le jeune est doublement vulnérable : vulnérable de son statut de détenu mais aussi de son statut d'adolescent en plein remaniement physique et psychologique. Les lieux de détention sont des lieux qui agressent le corps et l'esprit et favorisent l'émergence de plusieurs maladies physiques et mentales.

Les Soins des mineurs en détention confrontent les intervenants (responsables et professionnels de santé) à plusieurs défis relevant de la fréquence des maladies carcérales face auxquelles on s'accorde pour noter un déficit de soins en quantité et en qualité.

Aspects juridiques de la détention des mineurs

La privation de liberté est une décision grave qui n'est préconisée qu'en dernier recours comme le postule la convention internationale des droits de l'enfant dans son article 37 (b): « Nul enfant ne soit privé de liberté de façon illégale ou arbitraire. L'arrestation, la détention ou l'emprisonnement d'un enfant doit être en conformité avec la loi, n'être qu'une mesure de dernier ressort, et être d'une durée aussi brève que possible ».¹²⁷ Le code de protection de l'enfance¹²⁸ ne préconise l'enfermement du mineur qu'en dernier recours ; l'article 99 stipule :

¹²⁵Rapport de l'UNICEF 2012

¹²⁶Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté Adoptées par l'Assemblée générale dans sa résolution 45/113 du 14 décembre 1990

¹²⁷idem

¹²⁸ Le code de protection de l'enfant adopté par la loi n°95-92 du 9 novembre 1995

« Si les faits sont établis à l'égard de l'enfant, le juge des enfants ou le tribunal pour enfants prononce, par décision motivée, l'une des mesures suivantes :

1. La remise de l'enfant à ses parents, à son tuteur, à la personne qui en a la garde ou à une personne de confiance.
2. La remise de l'enfant dans un établissement, public ou privé, destiné à l'éducation et à la formation professionnelle habilitée.
3. Le placement de l'enfant dans un établissement, public ou privé, destiné à l'éducation et à la formation professionnelle habilitée.
4. Le placement de l'enfant dans un centre médical ou médico-éducatif habilité.
5. Le placement de l'enfant dans un centre de rééducation »

Notons que l'âge de la responsabilité pénale varie d'un Etat à l'autre. Elle va de sept à dix-huit ans. Quelques exemples de pays qui déclarent les mineurs responsables dès l'âge de sept ans, sont les Etats-Unis, l'Afrique du Sud, l'Inde ou l'Irlande. Les pays qui ont fixé l'âge de la responsabilité pénale à dix ans sont la Nouvelle Zélande, le Sierra-Léone, le Népal et le Royaume-Uni. Alors que l'âge de la responsabilité pénale en Egypte, en Norvège, au Pérou ou au Soudan, entre autres, est fixé à quinze ans. Enfin, les pays qui reconnaissent un enfant coupable d'une infraction, d'un délit ou d'un crime à partir de l'âge de dix-huit ans sont la Belgique, le Brésil, le Mexique et la Colombie par exemple. En Tunisie l'âge de la responsabilité est de 13 ans, et est mineur le jeune de moins de 18 ans.

Etat des lieux

En Tunisie, il existe 7 centres de rééducation des mineurs délinquants dont cinq sont fonctionnels après la fermeture provisoire de deux d'entre eux. Un centre est réservé exclusivement aux filles. A côté des centres de rééducation il existe un Centre d'observation des mineurs à La Manouba où les jeunes sont placés par les juges pour une courte durée (en moyenne un mois) afin de bénéficier d'une évaluation psychologique, familiale et sociale avant de se prononcer par rapport à la sanction. Exceptionnellement certains jeunes sont incarcérés dans des prisons d'adultes.

Autre situation particulière : celle des nourrissons vivant en prison avec leurs mères. L'article 9 (*nouveau*) – Modifié par la loi n° 2008-58 du 4 Août 2008 – stipule « Les enfants accompagnant leurs mères, lors de leur incarcération dans le pavillon approprié visé à l'article 7 bis de la présente loi, sont admis à y demeurer jusqu'à l'âge d'un an, cette période peut être prorogée pour une durée n'excédant pas une année, en tenant compte de l'intérêt majeur de l'enfant ».

Aspects psychologiques du mineur en conflit avec la loi : Adolescent en plein remaniement psychologique

Les sociétés ont toujours eu des difficultés à encadrer les adolescents en pleine mutation ainsi Hésiode en 790 avant J-C écrivait « Je n'ai plus aucun espoir pour l'avenir de notre pays si la jeunesse d'aujourd'hui prend le commandement demain, parce que cette jeunesse est insupportable, sans retenue, simplement terrible ». Socrate évoquait la jeunesse mal élevée se moquant de l'autorité «.

L'adolescence est un moment de la vie où sont mis à l'épreuve la relation de l'adolescent à son propre corps, à sa famille et à la société. Cette épreuve peut se passer de manière plus

ou moins bruyante et peut rendre le sujet plus vulnérable voire l'exposer à des conduites graves aux conséquences délétères.

L'adolescence en tant que phase de mutation physiologique et psychologique rapide confronte le jeune à des bouleversements majeurs mettant en jeu plusieurs conflits. L'adolescent se trouve confronté à une nouvelle image de son corps et à l'éveil de la sexualité. Il passe également par une expérience de perte et de séparation comparée à un travail de deuil, il va « désinvestir » des « objets infantiles » et investir de nouveaux objets. De ce fait, cette période est émaillée de morosité et de sentiment d'ennui. A l'adolescence également, il y a un changement notable des relations aux parents, pouvant être émaillée de moments de conflits, d'incompréhension et parfois d'opposition. L'adolescent va chercher alors de nouveaux repères identificatoires loin des figures parentales, repères qu'il peut trouver dans les idéaux ou dans le groupe de pairs. En effet, le groupe de pairs peut jouer plusieurs rôles dans la vie de l'adolescent : un rôle de médiation, de protection vis-à-vis de ses propres pulsions, un rôle de réconfort, un sentiment de toute-puissance qui peut parfois favoriser des prises de risque ou des conduites antisociales en groupe.

A l'adolescence on observe également une tendance à l'agir et au passage à l'acte et qui constitue un moyen de défense auquel l'adolescent a fréquemment recours pour faire face à l'émergence de l'anxiété générée par tous ces changements. Ainsi cette tendance va s'exprimer par une impulsivité et une fréquence des conduites à risque dans cette période de la vie.

Ainsi l'adolescence, phase transitoire, qui non comprise peut entraîner des conséquences délétères. Mais c'est également la période où s'organisent les troubles de la personnalité notamment la personnalité antisociale et toute la difficulté est de faire la part des choses entre une vraie déviance et entre l'immaturité d'un jeune qui se cherche. D'où le difficile équilibre à trouver entre sanction, éducation et accompagnement psychologique.

Les Soins de mineurs en milieu carcéral

La question des soins de mineurs en détention a bénéficié d'un intérêt international important ayant poussé les Nations Unies et certaines sociétés savantes à établir des recommandations et des règles à suivre en la matière.

1. Recommandations des Nations unies pour les Soins médicaux des mineurs en détention ¹²⁹

49. Tout mineur a le droit de recevoir des soins médicaux, tant préventifs que curatifs, y compris des soins dentaires, ophtalmologiques et psychiatriques, ainsi que celui d'obtenir les médicaments et de suivre le régime alimentaire que le médecin peut lui prescrire. Tous ces soins médicaux doivent, dans la mesure du possible, être dispensés aux mineurs en détention par les services de santé appropriés de la communauté où est situé l'établissement, afin d'empêcher toute stigmatisation du mineur et de favoriser le respect de soi et l'intégration dans la communauté.

50. Dès son admission dans un établissement pour mineurs, chaque mineur a le droit d'être examiné par un médecin afin que celui-ci constate toute trace éventuelle de mauvais traitement et décèle tout état physique ou mental justifiant des soins médicaux.

¹²⁹ Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté Adoptées par l'Assemblée générale dans sa résolution 45/113 du 14 décembre 1990

51. Les services médicaux offerts aux mineurs doivent viser à déceler et traiter toute affection ou maladie physique, mentale ou autre, ou abus de certaines substances qui pourrait entraver l'insertion du mineur dans la société. Tout établissement pour mineur doit pouvoir accéder immédiatement à des moyens et équipements médicaux adaptés au nombre et aux besoins de ses résidents et être doté d'un personnel formé aux soins de médecine préventive et au traitement des urgences médicales. Tout mineur qui est ou se dit malade, ou qui présente des symptômes de troubles physiques ou mentaux doit être examiné sans délai par un médecin.

52. Tout médecin qui a des motifs de croire que la santé physique ou mentale d'un mineur est ou sera affectée par une détention prolongée, une grève de la faim ou une modalité quelconque de la détention doit en informer immédiatement le directeur de l'établissement ainsi que l'autorité indépendante chargée de la protection du mineur.

53. Tout mineur atteint d'une maladie mentale doit être traité dans un établissement spécialisé doté d'une direction médicale indépendante. Des mesures doivent être prises, aux termes d'un arrangement avec les organismes appropriés, pour assurer, le cas échéant, la poursuite du traitement psychiatrique après la libération.

54. Les établissements pour mineurs doivent adopter des programmes de prévention de l'abus des drogues et de réadaptation gérés par un personnel qualifié et adaptés à l'âge, au sexe et aux besoins de leur population; des services de désintoxication dotés d'un personnel qualifié doivent être à la disposition des mineurs toxicomanes ou alcooliques.

55. Il ne doit être administré de médicaments qu'en cas de traitement nécessaire pour des raisons médicales et, si possible, après obtention du consentement averti du mineur en cause. Les médicaments ne doivent pas être administrés en vue d'obtenir des renseignements ou des aveux, à titre de sanction ou comme moyen de coercition. Les mineurs ne doivent jamais être utilisés comme sujets de traitements expérimentaux ou pour essayer de nouveaux médicaments. L'administration de tout médicament doit toujours être autorisée et effectuée par un personnel médical qualifié.

2. Recommandations de la Société Canadienne De Pédiatrie

Lignes directrices en cas de détention de longue durée : évaluation de santé individuelle :¹³⁰

- Une anamnèse et un examen physique récents ont été exécutés et inscrits au dossier.
- Les antécédents de santé physique et mentale de la famille sont obtenus et inscrits au dossier.
- Les explorations et les évaluations demandées ont toutes été exécutées, et les résultats ont été analysés.
- Un plan pour atteindre des objectifs de santé à la fois à court et à long terme a été mis sur pied et détaillé dans le dossier du jeune afin qu'une évaluation plus approfondie puisse être exécutée dans la collectivité au moment de la libération ou du transfert dans un autre établissement.
- Ces mesures réduiront les dédoublements et garantiront l'exécution de l'évaluation. Ce plan doit être transmis au jeune et faire appel à la collaboration des membres de la famille, si le jeune y consent.

¹³⁰Société canadienne de pédiatrie, Paediatr Child Health. 2005 May-Jun; 10(5): 290-292

- Le jeune a participé au plan en matière de santé, et les questions relatives au consentement et à la confidentialité ont été respectées.
- On a expliqué au jeune le plan ou les décisions pris au sujet de sa santé et des soins qui lui seront prodigués, et il les a acceptés.
- Les professionnels de la santé et les gestionnaires de cas devraient s'assurer d'obtenir le consentement du jeune pour colliger de l'information à son sujet et vérifier qu'un membre du personnel ou une personne extérieure à l'établissement n'a pas obtenu de force le consentement du jeune à une partie du plan ou à une intervention de santé.
- Par ailleurs, il faut prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité du dossier de santé du jeune.

3. Organisation des soins des mineurs en détention en Tunisie

Afin de pallier au manque d'études tunisiennes sur la question, la collecte des données et l'évaluation de la situation des soins des mineurs dans les centres de rééducation a été faite par le biais d'entretiens avec les médecins exerçants dans ces centres. Et A défaut d'une analyse globale de la situation de la prise en charge médicale et psychiatrique dans les maisons de correction ou de rééducation, des questionnements seront partagés à travers l'analyse d'une trajectoire de vie d'une jeune fille de 15 ans incarcérée dans une maison de correction examinée lors de son séjour et suivie ultérieurement en pédopsychiatrie.

❖ Le circuit des soins dans les centres de rééducation

Les centres de rééducation sont dotés d'une Unité de santé dirigée par un infirmier (parfois un agent faisant fonction d'infirmier).

L'infirmier reçoit l'enfant et sa famille à son admission ; il remplit un questionnaire comprenant l'Histoire médicale du jeune et précise la prise éventuelle de médicaments en cours.

Les visites médicales ont lieu sur place faites par un médecin à plein temps pour les trois centres du grand Tunis et un médecin conventionné pour les autres centres de l'intérieur du pays.

La visite médicale est systématique à l'admission. D'autres visites périodiques sont programmées (dont la fréquence n'a pas été précisée). Mais la majorité des visites sont à la demande des jeunes.

Certains centres sont dotés d'un psychologue et/ou d'un sociologue. Les jeunes peuvent avoir accès à des ateliers de formation en fonction du sexe, parfois à des activités sportives et rarement à des Clubs de loisirs.

Un entretien avec les médecins du grand Tunis permet de dégager les constatations suivantes :

- **La Surmédicalisation** : les jeunes sont particulièrement demandeurs de visites médicales avec une moyenne de 2 à 3 visites par mois. Cette moyenne est nettement supérieure aux besoins habituels des jeunes de cette tranche d'âge et vient témoigner à la fois de l'augmentation des pathologies en milieu de détention mais aussi du besoin du jeune d'un espace où il est écouté, où son corps est examiné et où le lien est personnalisé.

- La question du manque d'hygiène et de la propreté constitue un défi important et expose les jeunes à des maladies infectieuses multiples notamment dermatologiques.
- Le recours à des consultations spécialisées en pédopsychiatre ou en psychiatrie est assuré dans les hôpitaux publics mais devant la fréquence de ces demandes et l'incapacité administrative à assurer toutes les demandes la nécessité d'un pédopsychiatre conventionné a été évoquée. Plusieurs auteurs recommandent une attention particulière à la santé mentale des jeunes, et aux jeunes de sexe féminin.
- Les lieux de vie ne tiennent pas compte de l'âge et du délit et donc des circonstances de la transgression et de l'organisation de la personnalité sous-jacente. Tenir compte de ces éléments et séparer les jeunes en leurs fonctions se dégage comme une recommandation.
- Le suivi post détention : aucun suivi médical n'est assuré après la sortie du mineur. Le dossier médical reste au centre de rééducation et il n'y a pas de rapport médical ou de lettre de liaison systématique à la libération du jeune.

Notons que le taux de rechute serait encore important, en 2001, il était de 22,5 % attestant de l'efficacité réduite des mesures prises et des sanctions infligées.

❖ Vignette clinique ; Amel :15ans

L'histoire de Amel commence, ou finit, un jour où elle entre dans un poste de police et s'auto-dénonce ; elle appartient à un groupe terroriste. Elle était sur le point de partir en Syrie sur décision du groupe mais elle n'y arrive pas ! Elle est trop attachée à sa mère, elle continue à dormir dans ses bras et l'idée de se séparer de sa mère lui est insupportable. Elle a déjà transporté des armes selon ses dires par contre elle a peur du sang et refuse de participer à des actes violents. Elle s'est mariée « orfi » depuis quelques mois à "un frère" du groupe. Amel a été placée dans un centre de correction des mineurs.

La rencontre avec Amel a eu lieu dans le cadre d'une expertise médico-légale avec pour mission d'évaluer la personnalité et l'existence d'éventuels troubles psychiques.

Qui est Amel ?

Elle est la deuxième d'une fratrie de deux. Elle est issue d'une famille dissociée avec un divorce parental pénible et conflictuel. Le père est alcoolique avec des troubles du comportement occasionnant des préjudices physiques et psychologiques à Amel. Les antécédents médicaux de la famille sont chargés et ont largement contribué aux difficultés familiales.

Le développement de Amel serait normal en dehors d'une anxiété de séparation notée depuis la petite enfance qui ne l'a pas empêché de suivre un cursus scolaire brillant jusqu'à la 9ème année école de base où elle a présenté un fléchissement scolaire important (ses notes sont passées de 16 /20 à 5 /20 de moyenne).

L'entretien retrouve une jeune, au contact facile, au discours spontané, riche et cohérent. L'intelligence est adaptée à l'âge contrastant avec une naïveté sociale. La personnalité est marquée par une immaturité affective et surtout une grande suggestibilité.

L'humeur est franchement dépressive avec quelques idées de mort mais sans idées ou projets suicidaires. Tout au long de l'entretien, Amel n'a pas arrêté de pleurer à chaque fois qu'elle évoque sa mère, elle se sent coupable de la faire souffrir. Elle se sent trahi par son ami qui n'a pas reconnu leur lien devant le juge. Aussi Amel ne comprend pas qu'elle soit considérée comme étant terroriste ! Elle est tombée dans le piège quand sa mère était hospitalisée et elle était en mal d'attachement dit elle.

Sur le plan psychiatrique Amel présente des troubles de l'attachement compliqués d'un trouble dépressif majeur nécessitant des soins psychiatriques urgents.

Au centre de rééducation, Amel a bénéficié d'une prise en charge psychologique sans avoir une lettre de liaison ou un rapport à sa libération.

A la sortie Amel et malgré un bon accueil familial, elle fait une tentative de suicide grave suite à quoi une prise en charge pédopsychiatrique a été entamée.

Au delà de l'histoire d'Amel, la rencontre avec cette jeune interpelle à plus d'un titre :

- La gravité des faits dont Amel est coupable (appartenance à un groupe terroriste, transport d'armes, tentative de rejoindre les groupes armés de Daech en Syrie..) contraste en apparence avec la fragilité psychologique de Amel (trouble de l'attachement, anxiété de séparation, immaturité affective majorée par les turbulences psychologiques de l'adolescence. De ce fait elle questionne la contradiction entre le sens de la peine, fondée sur la responsabilité du condamné, et l'incarcération d'un jeune en plein remaniement psychologique et qui a le plus besoin d'une reconnaissance de sa souffrance.
- La deuxième question que ce cas soulève est la détention comme lieu de soins ? en effet la détention est un lieu de contradictions, provoquant perte de repères et de sens et du coup lieu pourvoyeur de maladies et en même temps ce lieu est confronté à une exigence de soins. Le cas d'Amel nous révèle que les soins médicaux somatiques et un suivi psychologique ont été bien dispensés. Une visite médicale a eu lieu chaque fois qu'Amel en avait besoin et avec le psychologue le lien thérapeutique semble être de bonne qualité. Ceci dit Amel signale des problèmes d'hygiène avec limitation d'accès à la douche, la qualité de la nourriture pose également problème. D'où la nécessité des normes des soins dispensées en cours de détention.
- La question de mauvais traitement voire le recours aux châtiments corporels a toujours posé problème et une sensibilisation et une formation au respect des droits humains des détenus semble être une des voix d'amélioration de la prise en charge de ces personnes surtout quand elles sont mineurs.
- Les soins en milieu de détention sont en rupture avec le suivi ultérieur avec absence de passation pour une prise en charge ultérieure ; Amel a bien arrêté le suivi psychologique à sa sortie du centre de rééducation et ce n'est qu'après une tentative de suicide qu'une consultation pédopsychiatrique a eu lieu à la demande de sa mère.

Conclusion

La détention des jeunes doit rester un ultime recours et une dernière solution. La difficulté est de permettre à la détention de constituer un message d'humanisation et l'enfermement une porte vers l'intégration ?

La santé en milieu de détention doit être considérée dans sa définition large soit un état de bien être physique, mental et social d'où l'importance de l'élaboration d'un projet de santé ancré dans le temps (passé, présent, futur). Cette continuité étant fondamentale pour le jeune.

« Des soins de santé convenables aux jeunes en établissement de détention procureront des bénéfices à long terme tant pour le jeune que pour l'ensemble de la collectivité. L'attention que ces jeunes reçoivent lorsqu'ils sont détenus par la société pourrait améliorer leur état de santé général, leur estime d'eux mêmes et leur perspective de la vie, et pourrait même se traduire par un nouveau départ pour eux. »¹³¹

MEDECINS FACE A LA TORTURE

A. BOUASKER*, L. DRIDI, S. OUANES, L. ROBBANA, Z. ABROUG, R. RIDHA

*** Service des consultations externes et des urgences**

Hôpital Razi

Résumé

La torture n'est pas seulement une souffrance infligée par un représentant de l'autorité à une personne afin de lui soutirer des informations ou de l'empêcher de parler. Elle est aussi et surtout un processus systématique de destruction de l'intégrité psychique, sociale et relationnelle d'un individu ainsi que de déshumanisation dont il portera l'empreinte à vie. Le médecin peut se retrouver face à de pareilles situations où l'horreur est innommable, et les mots manquent pour décrire leur ressenti. Le thérapeute devient témoin d'une tragédie qui dépasse la seule personne torturée, qui dépasse le colloque singulier parce qu'elle concerne une violence intentionnelle exercée par une tierce personne omniprésente dans le discours de la victime. Il est des cas où des médecins ont été à travers l'histoire complices des tortionnaires. Dans d'autres cas que nous abordons les problèmes éthiques posés par la torture. En effet, cette dernière n'interroge pas seulement le praticien sur son savoir faire technique face à un trauma d'un genre particulier, elle le met souvent face à des problèmes de conscience. Le cas particulier des séquelles psychologiques de la torture fait qu'elles peuvent être abordées et traitées comme des traumatismes ordinaires, car elles font appel à des notions de droit humain, et nous questionnent sur nos limites comme simple soignants ainsi que sur des considérations éthiques insoupçonnées, jamais abordées ni dans notre cursus universitaire ni dans notre formation médicale continue.

D'autre part, la réhabilitation des victimes de la torture ne peut se concevoir que par une prise en charge multidisciplinaire médico-psychologique, sociale et juridique, et la reconstruction de la victime passe par un parcours judiciaire souvent absent de la chaîne. Le médecin joue un rôle clef dans le processus de réparation et la lutte contre l'impunité par sa contribution à la documentation des séquelles physiques et psychiques.

Que doit faire le thérapeute face à une victime demandeuse de soins mais qui porte en elle des projets à l'opposé de ses propres valeurs pouvant aller même jusqu'à menacer son intégrité psychologique ?

¹³¹Société canadienne de pédiatrie, Paediatr Child Health. 2005 May-Jun; 10(5): 290–292.

Quelle responsabilité peut porter un praticien amené à examiner des détenus dont il suspecte fortement l'exposition à de mauvais traitements allant de la privation de soins jusqu'à la torture? Où se situe la limite entre le devoir de sauver la vie d'un patient qui a choisi de s'exprimer par une grève de la faim et le respect de son autonomie et de sa dignité ?

Tant de questions auxquelles il n'existe pas de réponses toutes faites, et qui ne font que nous interroger sur notre pratique de médecin ou de psychiatres/psychothérapeutes, sur notre éthique et sur notre engagement à rester fidèles au serment d'Hippocrate.

Torture

L'article 1 de la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants est la définition juridique de la torture internationalement reconnue :

"Le terme "torture" désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. Ce terme ne s'étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles."

Cette définition contient trois éléments cumulatifs :

- le fait d'infliger intentionnellement des souffrances aiguës, physiques ou mentales
- par un agent de la fonction publique, qui est directement ou indirectement impliqué
- dans un but précis.

La torture n'est par ailleurs, pas seulement une souffrance infligée par un représentant de l'autorité à une personne afin de lui soutirer des informations ou de l'empêcher de parler.

Elle est aussi et surtout un processus systématique de destruction de l'intégrité psychique, sociale et relationnelle d'un individu ainsi que de déshumanisation dont il portera l'empreinte à vie. Aussi bien le médecin ou le psychiatre peuvent se retrouver face à de pareilles situations où l'horreur est innommable, et les mots manquent pour décrire leur ressenti. Le thérapeute devient témoin d'une tragédie qui dépasse la seule personne torturée, qui dépasse le colloque singulier parce qu'elle concerne une violence intentionnelle exercée par une tierce personne omniprésente dans le discours de la victime.

Nous proposons dans cet exposé d'aborder les problèmes éthiques qui se posent aux médecins qui sont amenés dans le cadre de leur exercice à se confronter avec la torture.

I. Médecins tortionnaires, médecins complices :

Pourquoi médecins et pas médecine ?

On peut lire dans la Déclaration universelle des Droits de l'homme (1948, art. 5)

« Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. »

Quant à la constitution tunisienne de 2014, la torture y est classée parmi les crimes imprescriptibles :

« L'État protège la dignité de la personne et son intégrité physique, et interdit la torture morale et physique. Le crime de torture est imprescriptible » article 23 de la constitution tunisienne.

La torture est donc un crime grave et pas juste une simple violation du droit humain!

L'acte médical étant un acte de soin par essence, la médecine ne peut en aucun cas cautionner ou collaborer dans un acte de torture. Le code déontologie est clair à ce sujet en bannissant tout acte pouvant nuire à une personne privée de sa liberté :

« Un médecin sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ou pour lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement ne serait ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité ». Article 7 du code déontologie

Les médecins qui ont participé à des actes de torture ne peuvent donc pas être considérés comme exerçant la médecine.

L'histoire des pays où sévissait un régime totalitaire est riche d'exemples de médecins, de psychiatres ou de psychologues qui ont légitimé ou soutenu la pratique de la torture.

Mise à part le cas des médecins somaticiens qui supervisaient les opérations de torture pour baliser pour les bourreaux les limites de leur champs de travail dans une manœuvre de la destruction de la victime, la participation de psychiatres et de psychologues y a joué un rôle considérable. Approcher la torture, c'est savoir que des médecins, des psychologues et des psychiatres se servent de leurs savoirs pour forger une entreprise de désorganisation de l'individu.

Elle passe d'abord par un état de choc douloureux (la capture, les premiers coups) puis, très vite par le système des privations. Privations fondamentales comme celles de la nourriture, de la boisson, du sommeil, mais bien vite on arrive à l'ultime : la déprivation sensorielle. De tous temps, elle a été considérée comme efficace: prison, cachot, oubliette... Elle est aujourd'hui sophistiquée, blanchie sous prétexte scientifique.

Pour illustrer ce propos, voilà des extraits d'un manuel rédigé en 1978 par Dirk Von Schrader et qui aurait inspiré les techniques d'interrogatoire de la CIA en se basant sur une analyse de la peur:

« Tout le monde a des peurs qui remontent à l'enfance. Ces peurs, tout comme leur réminiscences, doivent être employées dans le but d'extorquer des renseignements aux sujets non consentants. Voici quelques unes de ces peurs qui sont presque universelles : les mutilations sexuelles, les mutilations physiques, rendre quelqu'un aveugle (ou empêcher une vision), l'affaiblissement (la démoralisation), l'agonie prolongée. Chacun de nous éprouve de la répulsion à l'égard de certains objets comme les excréments, le cannibalisme, l'inceste, le sans les entrailles, la saleté.... Quelles que soient les sociétés dans lesquelles ceci a été inoculé, presque tout le monde a peur des médecins. La création d'une atmosphère médicalisée, complétée par une odeur d'alcool, peut être un déclencheur de stress... N'oubliez pas que vous travaillez sur sa psychologie. Utilisez la grande capacité d'acceptation de la psychologie de l'homme pour la punition... »

En ex URSS : des milliers d'opposants ont été internés dans les hôpitaux psychiatriques. Officiellement, ils souffraient de schizophrénie, dont les symptômes sont les suivants : « obsession de transformer la société », « illusions réformistes », « manie de persécution » ou encore « délire religieux ».

Amnesty International avait à l'époque souligné que la situation de ces dissidents était encore plus inquiétante que celle des prisonniers du goulag. Considérés comme des malades mentaux, les opposants au régime étaient privés de tous leurs droits et internés pour une durée indéterminée.

La participation des professionnels du soin à la torture a fait l'objet d'un colloque international organisé par la commission médicale de la section française d'Amnesty International.

Dans psychologies, idéologie et répression G. Tiberghien nous donne une description détaillée et bien documentée de la participation des psychologues à la mise en place de dispositifs d'assujettissement ». Au Chili les médecins et psychologues ont directement participé à la torture et à la manipulation mentale des détenus.

La «participation à la torture» inclut le fait d'évaluer la capacité de résistance d'un individu à des mauvais traitements; d'assister à, de superviser ou d'infliger des mauvais traitements; de ranimer un individu afin qu'il puisse être soumis à d'autres mauvais traitements ou d'administrer des soins immédiatement avant, pendant ou après des actes de torture à la demande de personnes susceptibles d'être responsables de tels actes; de communiquer à des tortionnaires des informations professionnelles ou des renseignements sur l'état de santé des victimes; et de négliger délibérément des preuves de torture ou de falsifier des documents tels que rapports d'autopsie et certificats de décès.

Les Principes des Nations Unies intègrent en outre l'une des règles fondamentales de l'éthique des soins de santé en soulignant que la seule relation éthique entre un détenu et un

professionnel de la santé est celle qui vise à évaluer, à protéger et à améliorer la santé du détenu.

Il en ressort que toute évaluation de l'état de santé d'un détenu visant à permettre un châtement ou la torture est par définition contraire à l'éthique. » Protocole d'Istanbul Chapitre II paragraphe 53.

En Tunisie et dans un contexte post-révolutionnaire, et devant les accusations qui fusaient des organisations non gouvernementales dénonçant la complicité de certains médecins dans des actes de torture, le CNOM Conseil national de l'Ordre des Médecins a réagi en publiant dans son bulletin d'information n°34 d'octobre 2011 page 6 : « L'ordre des médecins s'engage à ouvrir une instruction contre tout médecin suspecté d'avoir participé activement ou passivement à la torture et promet de prendre toutes les mesures disciplinaires qu'il jugera nécessaires à l'encontre des médecins, si les faits reprochés se confirment... ».

A ce jour, aucun médecin n'a été condamné en Tunisie pour complicité de torture...

II. Médecins et documentation de la torture :

Les professionnels de la santé mentale jouent un rôle important dans le traitement et la réhabilitation des victimes de la torture, mais aussi dans la prévention de la torture ; ceci à travers leur rôle dans les enquêtes et l'établissement de rapports sur les allégations de torture, ainsi que dans les procédures juridiques qui en découlent.

« La torture constitue essentiellement une agression contre les structures psychologiques et sociales fondamentales de l'individu. Elle vise à briser non seulement l'intégrité physique de la victime, mais aussi sa personnalité. Le tortionnaire s'applique à détruire les liens qui rattachent la victime à une famille et à une communauté en tant qu'être humain porteur de rêves, d'espoirs et d'aspirations pour l'avenir. » (Protocole d'Istanbul, § 235).

Contrairement à l'impact physique de la torture, les conséquences psychologiques sont souvent plus longues à guérir et posent davantage de problèmes que les infirmités physiques. Plusieurs aspects de l'état psychologique peuvent être affectés à long terme ; si elles ne sont pas traitées, les victimes peuvent continuer à souffrir des conséquences psychologiques – plus ou moins graves – de la torture plusieurs mois ou plusieurs années après l'événement, et même parfois à vie. (Carlsson et al., 2006 ; 1992 ; Genefke & Vesti, 1998 ; Jacobs, 2000 ; Somnier et al., 1992 ;).

Des experts ont travaillé sur la documentation de la torture et ont produit un protocole : le protocole d'Istanbul qui est un manuel de référence et permet de documenter de manière structurée et précise les séquelles physiques et d'évaluer leur degré de concordance avec les allégations de la victime.

est l'élément clé d'une enquête efficace sur la torture. Un rapport détaillé ne peut être rédigé qu'avec un entretien approprié et complet, qui doit être structuré et mené conformément aux directives définies dans le manuel.

En voilà les principes éthiques énoncés dans ce manuel :

L'entretien Il est essentiel, dans toutes les procédures d'examen médical et psychologique, de respecter le principe fondamental « Primum non nocere - D'abord, ne pas nuire » (Wenzel, 2002).

Intimité

Les examens doivent avoir lieu en privé sous le contrôle du clinicien. L'intimité durant les entretiens est non seulement nécessaire pour des raisons d'éthique, mais elle permet également d'aborder des questions sensibles embarrassantes pour la victime. Le clinicien doit veiller au respect de l'intimité durant tout l'entretien. Si, pour une raison ou une autre, des policiers, soldats, employés de l'administration pénitentiaire ou autres fonctionnaires chargés de l'application de la loi sont présents dans la salle d'examen, cela devra être mentionné dans le rapport officiel du clinicien. Leur présence pendant l'examen pourra constituer un motif de réfutation d'un rapport médical négatif. (Protocole d'Istanbul, § 124, 125). Si d'autres personnes sont présentes dans la salle durant l'entretien, leur identité et leurs titres et fonctions doivent être mentionnés dans le rapport.

Sécurité

L'examineur doit veiller à prendre toutes les précautions nécessaires pour ne pas les mettre en danger ou l'exposer à des représailles. Dans certaines situations, il ne faut pas perdre de vue la possibilité que la victime soit toujours l'objet de persécutions ou autres formes d'oppression. La décision de poser ou non certaines questions dépendra de la mesure dans laquelle la confidentialité et la sécurité peuvent être garanties. Eu égard à cette possibilité, il est parfois préférable de s'abstenir de poser des questions touchant à des activités illégales.

Confiance

Parvenir à instaurer une relation de confiance durant l'entretien est une exigence fondamentale pour mener à bien l'évaluation psychologique et d'enquêter efficacement sur l'allégation de torture. La création d'un climat de confiance nécessite de faire preuve d'une écoute active, de rigueur dans la communication, de courtoisie, d'une empathie sincère et d'honnêteté.

« Les experts médicaux intervenant dans des enquêtes sur la torture ou les mauvais traitements doivent satisfaire en tout temps aux normes éthiques les plus exigeantes et, en particulier, obtenir un consentement informé avant de procéder à tout examen. » (Annexe I, Principe 6. (a) du Protocole d'Istanbul)

Confidentialité et consentement en connaissance de cause

Le patient devrait être clairement informé des limites de la confidentialité de l'évaluation et de toute obligation juridique pouvant contraindre le clinicien à divulguer les informations recueillies lors de l'entretien et de l'examen médical/psychologique réalisé au début de l'entretien.

Les cliniciens doivent s'assurer que le consentement donné est basé sur une réelle compréhension des bénéfices potentiels et des conséquences négatives éventuelles de l'évaluation. Le consentement est donné librement, sans y être contraint par d'autres personnes.

Objectivité et empathie

Une évaluation médicale à des fins juridiques doit être conduite avec objectivité et impartialité. L'objectivité et l'impartialité n'empêchent pas de faire preuve d'empathie. En ce sens, il est essentiel de ne pas franchir les limites professionnelles. Le clinicien doit faire preuve de sensibilité dans la formulation de ses questions et être attentif à tout signe de fatigue ou de détresse (Giffard, 2000). Il doit s'efforcer de déterminer si et dans quelle mesure l'efficacité du rapport devant la cour justifie son insistance pour obtenir des détails, surtout lorsque la victime manifeste d'évidents signes de détresse. (Voir § 135, § 149 et § 264 du Protocole d'Istanbul) prenant la douleur et la détresse (Giffard, 2000). Le clinicien doit se présenter comme un allié et soutenir la victime, sans la juger. L'observation d'une stricte « neutralité clinique » n'est pas de mise dans un tel contexte. Le clinicien doit faire preuve de tact et d'empathie dans la formulation et le ton de ses questions, tout en restant objectif dans son évaluation clinique. (Voir § 162, § 262 et § 263 du Protocole d'Istanbul)

Risque de re-traumatisation et nécessité d'obtenir des informations suffisantes et appropriées :

L'information est certes importante, mais la personne interrogée l'est plus encore. L'écoute est primordiale.

Les examens physiques et psychologiques comportent le risque, de par leur nature, de faire subir un nouveau traumatisme au sujet et de provoquer et/ou exacerber une détresse et des symptômes psychologiques en sollicitant des souvenirs et des impressions douloureux. L'entretien doit être structuré de façon à minimiser le risque de retraumatisation pour la victime. Le clinicien doit trouver le juste équilibre entre deux exigences importantes qui devraient être complémentaires, mais peuvent parfois être en contradiction : la nécessité d'obtenir un récit utile et l'importance de respecter les besoins de la personne interrogée. La documentation des allégations de torture vise avant tout à constituer un dossier exact, fiable, précis et détaillé des événements en tenant compte de la situation personnelle et de l'état psychologique du sujet (Giffard, 2000).

Dilemmes résultant des doubles obligations :

Des dilemmes peuvent se présenter lorsque l'éthique et la loi sont en contradiction.

Dans certaines circonstances, les obligations morales des professionnels de la santé peuvent les amener à enfreindre une loi particulière, comme l'obligation légale de révéler des informations médicales confidentielles.

Quelles que soient les conditions de leur emploi, tous les professionnels de la santé ont en commun le devoir fondamental de veiller au bien-être des personnes qu'ils sont appelés à examiner ou à soigner.

III. Le Psy face à la torture :

Dans sa thèse de doctorat, Françoise Sironi a retranscrit le suivi de cinquante-trois adultes et vingt-trois enfants. Elle rapporte avec une franchise contre-transférentielle rare, des concepts novateurs s'inspirant des méthodes de travail du Freud des premiers temps, de Ferenczi ou de Groddeck. Elle pratique en fait une véritable "réanimation psychique", puisque la perte de la capacité à penser constitue l'atteinte centrale de ces patients. Le thérapeute est donc d'après elle sommé de s'engager. En effet, il existe une certaine analogie entre l'injonction du tortionnaire "Parle, on t'écoute" et celle du thérapeute qui propose au sujet de "parler de lui" en lui proposant une écoute bienveillante. La méfiance ne peut que traduire la peur d'être de nouveau soumis au syndrome d'influence du tortionnaire. Sironi soutient que la victimisation ne peut aider à dépasser le traumatisme. Seule la contrainte à penser le tiers va permettre d'identifier la théorie du tortionnaire aux niveaux conscient et inconscient : « Le patient passe ainsi d'une appréhension passive à un véritable intérêt intellectuel pour le processus de la torture. La capacité à penser revient et avec elle l'identité jadis fragmentée. Quand à l'engagement personnel du thérapeute, il reste indispensable à la possibilité de développer confiance et crédibilité. De nombreux praticiens restent cependant assez pessimistes quant aux effets produits par les instances politiques nationales ou internationales. »

Au fur et à mesure du travail de reconstruction, s'il est bien conduit la victime va reprendre ses capacités de raisonnement et sa sensibilité et il peut se trouver que la victime en « revenant à la vie » retrouve des projets portés par une idéologie destructive qui est non seulement étrangère au thérapeute mais qui peut menacer sa propre intégrité. On pourrait imaginer un patient au début de la thérapie complètement apathique, déprimé, avec un désinvestissement total à la fois affectif et social se mettre à formuler des projets répressifs, ou violents à l'encontre de la société ; des projets qui ne sont pas jugés par le thérapeute comme relevant de l'ordre de la pathologie. Comment doit réagir le thérapeute dans ce cas là ?

Le thérapeute étant soumis au secret médical, la divulgation de ce dernier obéit à des conditions précises :

art. 254 du code pénal tunisien(modifié le 6/6/05): «Sont punis de six mois d'emprisonnement et de cent vingt dinars d'amende, les médecins, chirurgiens et autres agents de la santé, les pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes qui, de par leur état ou profession, sont dépositaires de secrets, auront, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateur, révélé ces secrets ...

Tandis que **Loi organique n° 2015-26 du 7 août 2015, relative à la lutte contre les infractions terroristes et la répression du blanchiment d'argent** stipule dans son article 37 :

Art. 37 – *Est coupable d'infraction et puni d'un an à cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de cinq mille dinars à dix mille dinars quiconque, même tenu au secret professionnel, n'a pas signalé sans délais, aux autorités compétentes, les faits, informations ou renseignements relatifs aux à la commission des infractions terroristes prévues par la présente loi ou sur la possibilité d'être commises. Sont excepté des dispositions de l'alinéa précédent les ascendants et les descendants de premier degré ainsi que le conjoint. Sont excepté également les avocats pour les secrets dont ils ont accès au cours ou à l'occasion de leur exercice de leur mission. Sont également excepté les journalistes conformément aux dispositions du décret-loi du 2 novembre 2011. L'exception citée ne s'étend pas aux informations auxquels ils ont accès et dont la notification aux autorités aurait permis d'éviter la commission d'infractions terroristes dans le futur. Aucune action en dommage ou en responsabilité pénale ne peut être admise contre celui qui aurait, de bonne foi, accompli le devoir de signalement.*

Où s'arrête le devoir du médecin de protéger les intérêts de son patient et de garder son secret ? Et où commence son devoir de citoyen de se plier à la loi et de contribuer à protéger sa communauté des menaces terroristes ?

Il est encore d'autres cas où il est difficile de trancher, celles où il n'existe pas de danger imminent pour lequel la loi est très claire mais des cas où les réactions transférentielles du fait de l'opposition des courants idéologiques sont tellement négatives que le thérapeute n'aura d'autre choix que d'user de son droit d'adresser le patient à un autre thérapeute en absence bien sûr d'un danger vital pour le patient.

IV. Difficultés de l'exercice des médecins de prisons :

Les professionnels de la santé, comme toutes les personnes appelées à travailler au sein du système pénitentiaire, doivent observer l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, lesquelles exigent que des services médicaux, y compris psychiatriques, soient mis à la disposition de tous les détenus sans exception aucune.

Les médecins de prison doivent théoriquement contribuer à garantir l'accès aux soins des prisonniers et contribuer à préserver leur dignité selon la loi :

Loi n° 2001-52 du 14 mai 2001, relative à l'organisation des prisons

Art. 17.-*Tout détenu a droit à :*

- 1) La gratuité des subsides.*
- 2) La gratuité des soins et des médicaments à l'intérieur des prisons et, à défaut, dans les établissements hospitaliers, et ce, sur avis du médecin de la prison.*

3) *La fourniture des produits de rasage et de toilette conformément aux règlements en vigueur.*

4) *Une douche au moins par semaine et chaque fois que cela est jugé nécessaire par le médecin de la prison.*

5) *La visite de l'avocat chargé de sa défense, sans la présence d'un agent de la prison pour le détenu à titre préventif ou pour le condamné en vertu d'un jugement non définitif, et ce, sur autorisation de l'autorité judiciaire compétente.*

6) *La visite d'un avocat etc.*

Les médecins pénitentiaires sont sollicités en cas de problèmes disciplinaires, en particulier quand il est décidé d'envoyer le prisonnier à une cellule individuelle (« siloun » dans le jargon de nos prisons tunisiennes) :

Le paragraphe 7 de l'**article 22** qui prévoit les punitions :

7) *Le confinement en cellule individuelle équipée des installations sanitaires nécessaires, après avis du médecin de la prison, et ce, pour une période ne dépassant pas dix jours pendant lesquels le détenu demeure sous contrôle du médecin qui peut demander la révision de cette mesure pour des raisons de santé. La commission de discipline prononce ces sanctions et en fixe la durée sans préjudice des poursuites pénales éventuelles.*

Le « siloun » en question est en réalité souvent une sorte de cachot froid et humide, n'obéissant pas au minimum des conditions d'hygiène. De ce fait, et en cautionnant ce genre de traitement dégradant le médecin pénitentiaire soumis à des pressions d'ordre sécuritaire peut signer son accord et être en contradiction avec le chapitre 7 du code déontologie : « *Un médecin sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ou pour lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement ne serait ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité* ».

Les problèmes éthiques en milieu carcéral peuvent être suscités par une grève de la faim. Ces derniers ont largement été débattus lors de la dix-septième Conférence Annuelle du comité national d'éthique médicale.

Le choix entre obéir à son devoir de venir au secours d'une personne en danger et le respect de l'autonomie du gréviste de la faim n'est pas la seule difficulté dans ce contexte. En effet le gavage d'un détenu en pleine possession de ses facultés mentales qui a décidé de faire une grève de la faim peut être lui considéré comme un acte de torture.

Les médecins de prison à la fois fonctionnaires du ministère de la justice et détachés du ministère de la santé se trouvent donc soumis à une double loyauté qui altère leur indépendance et peut les pousser à braver le code de déontologie médicale qui leur interdit de nuire à leurs patients.

Pour pallier à la double loyauté il sera nécessaire de bien réglementer cet exercice par des statuts ou règlement intérieur spécifiques à l'exercice médical dans les établissements pénitentiaires où il sera clairement précisé la mission du médecin, son champs d'action et sa

relation avec son employeur le tout en conformité avec le code de déontologie médicale et avec les différents textes organiques de l'exercice médical en Tunisie.

Conclusion :

La torture n'interroge pas seulement le praticien sur son savoir faire technique face à un trauma d'un genre particulier, elle le met souvent face à des problèmes de conscience.

Les médecins ont malheureusement n'ont pas toujours respecté leur code de déontologie qui leur impose en premier lieu de ne pas nuire (*Primum non nocere*) enfreint leur code de déontologie en participant ou en facilitant ou en laissant appliquer la torture.

Ailleurs que ces cas où le comportement des médecins est clairement condamnables, nombreuses situations soulèvent des questionnements éthiques.

Les séquelles psychologiques de la torture ne peuvent être abordées et traitées comme des traumatismes ordinaires, car elles font appel à des notions de droit humain, et le questionnent sur ses limites comme simple soignant ainsi que sur des considérations éthiques insoupçonnées, jamais abordées ni dans son cursus universitaire ni dans sa formation médicale continue.

Pour pallier à ce dérapage il semble nécessaire de renforcer l'enseignement de l'éthique et des notions de dignité/droits humains dans le cursus de l'enseignement tout au long des études médicales.

Il est en fin nécessaire de garantir l'indépendance et la neutralité des médecins pénitentiaires en les libérant de la double obligation en les faisant sortir de la coupe du ministère de la justice pour qu'ils ne dépendent plus que du ministère de santé. Il s'agit d'un projet qui a été soumis aux deux ministères et qui serait en cours d'études...

La réhabilitation des victimes de la torture ne peut se concevoir que par une prise en charge multidisciplinaire médicopsychologique, sociale et juridique, et la reconstruction de la victime passe par un parcours judiciaire souvent absent de la chaîne.

Le rôle du médecin, en particulier du psychiatre est primordial dans cette réhabilitation par la documentation qu'il va pouvoir fournir à la justice.

Cette documentation, preuve du préjudice subi demeure une voie royale pour récupération des droits des victimes et pour la lutte contre l'impunité.

=====

Références bibliographiques

1. Carlsson, J. M., Mortensen, E. L., & Kastrup, M. (2006). Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees. *Nordic Journal of Psychiatry* 60(1), 51-57.
2. Code Pénal Tunisien
http://www.ejustice.tn/fileadmin/fichiers_site_francais/codes_juridiques/Code_penal_12_07_2010_fr.pdf

3. Giffard, C. (2000). The torture reporting handbook: How to document and respond to allegations of torture within the international system for the protection of human rights. Colchester: University of Essex. Human Rights Centre.
4. G. Tiberghien "Psychologie, idéologie et repression", *Psychologie Française*, 24, 1979, p 169-184
5. Imprimerie Officielle de la République Tunisienne <http://www.iort.gov.tn>
6. Jacobs, U. (2000). Psycho-political challenges in the forensic documentation of torture: The role of psychological evidence. *Torture* 10(3), 68-71
7. Protocole d'Istanbul : L'évaluation psychologique des allégations de torture. Guide pratique du Protocole d'Istanbul- à l'intention des psychologues http://www.empoweragainsttorture.net/blog/wp-content/uploads/2015/01/psychological_fr_web_red.pdf
8. Sironi F., Bourreaux et victimes, Odile Jacob, 1 mars 1999 - 281 pages
9. Sironi, F. (1989) Approche ethnopsychiatrique des victimes de torture. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 13, 67-88.
10. Somnier, F., Vesti, P., Kastrup, M., & Genefke, I. (1992). Psychosocial consequences of torture: Current knowledge and evidence. In: M. Başoğlu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (pp. 56-72). Cambridge: Cambridge University Press.
11. Wenzel, T. (2002). Forensic evaluation of sequels to torture. *Current Opinion in Psychiatry* 15 (6), 611-615.

MALADIES EN PRISON, MALADIES DES PRISONS

Dr. Hatem BEN MANSOUR
Institut de Santé et de Sécurité au Travail

La prison est définie par le Centre des Ressources Textuelles et Lexicales français, comme étant « un établissement pénitentiaire clos, aménagé pour recevoir des individus condamnés par les tribunaux à une peine les privant de liberté ou des prévenus en instance de jugement ». Selon le Dictionnaire Larousse, la prison est « un Établissement où sont détenues les personnes condamnées à une peine privative de liberté ou en instance de jugement ». Ainsi, la prison est un lieu où l'on fait pénitence d'un acte fautif. La pénitence est définie comme étant une punition, un châtiment, une peine infligée à celui qui a commis une faute.

En Tunisie, la prison est définie selon l'**Art. 2 de** la loi n°2001-52 du 14 mai 2001 comme étant « des lieux destinés à incarcérer les personnes qui y sont admises conformément aux dispositions de l'article 4 de la même loi n°2001-52. Cet **Art. 4** stipule que – Nul ne peut être admis en prison qu'en vertu d'un mandat d'amener ou de dépôt ou en exécution d'un jugement ou d'une décision de contrainte par corps.

Ainsi, ceux qui sont en prison sont soit des prisonniers ou bien des personnes en état d'arrestation en attente d'un jugement d'un tribunal, qui peut d'ailleurs les innocenter ; soit les agents de prison, qui ont pour mission, selon l'article 5 de la loi n°2001-52. « ... de maintenir l'ordre et la discipline dans les prisons, ils ne doivent recourir à la force que dans les proportions nécessaires et suffisantes pour préserver leur sécurité ainsi que celle des détenus et de l'établissement pénitentiaire».

La gestion des établissements pénitentiaires est assurée par l'état, dans tous les pays du monde. L'état est responsable de la santé et de la sécurité des occupants de ces établissements. Cependant, plusieurs rapports d'instances gouvernementales ou bien indépendantes nationales ou internationales, affirment que dans les prisons sévissent encore des maladies, et ce dans pratiquement tous les pays du globe. La nature, la prévalence et la gravité des maladies dans les prisons varient d'un pays à l'autre.

Sur le plan éthique, peut-on accepter qu'il y ait des maladies en prison ou que la prison soit une maladie ? Ceci revient à supposer qu'un détenu soit puni pour la même peine deux fois. D'une part il est pénalement privé de sa liberté et d'autre part il risque de contracter une maladie en prison.

Quelles sont les maladies dans les prisons ?

Le milieu carcéral présente certaines spécificités qui favorisent le développement de certaines maladies, notamment des maladies infectieuses telles que l'infection par le VIH, les hépatites virales, la tuberculose, la gale, la teigne ... En effet, l'encombrement, la promiscuité et le manque d'hygiène dans les prisons favorisent le développement de ces maladies. En plus la majorité de la population carcérale est issue de la frange la plus défavorisée de la population générale et qui présente les déterminants sociaux de la santé les plus médiocres : pauvreté, faible niveau d'instruction, chômage, précarité...

Un rapport de l'OMS sur la santé en prison en Europe, indique que le taux d'infection par le VIH dans les prisons de ces pays est plus élevé que dans le reste de la population et que les prisons restent des foyers à VIH/SIDA et autres maladies infectieuses à cause essentiellement des pratiques à risque qui existent dans ces établissements (3). Dans un rapport remis en 2000, la commission Santé /Justice en France, estime que la prévalence du VIH est trois fois supérieur parmi la population détenue à celle constatée en milieu libre.

La tuberculose est aussi très présente en prison, en effet le même rapport de l'OMS cité plus haut indique que la prévalence de la tuberculose est 10 à 100 fois supérieure que celle de la population générale. En Tunisie, il est indiqué dans le guide de prise en charge de la tuberculose (2) que la prévalence de la tuberculose parmi les prisonniers est estimée à 300/100.000 prisonniers soit 10 fois la prévalence de la population générale.

Dans les prisons Tunisiennes, la diffusion de ces maladies infectieuses dangereuses pour la santé des prisonniers est favorisée par la surpopulation et par des pratiques à risque telles que : la distribution par l'administration pénitentiaire aux prisonniers de lames à raser pour leur toilette intime. Cette pratique augmente le risque de contagion par les germes transmis par le sang et aussi augmente le risque de blessure lors des rixes qui peuvent survenir entre les prisonniers et même donner l'opportunité au prisonnier à l'automutilation.

D'autres maladies infectieuses sont présentes dans nos établissements pénitentiaires, telle que la gale, la teigne ... il s'agit essentiellement de pathologies liées au manque d'hygiène corporelle et à la promiscuité.

Le système de la « koffa » est une pratique qui n'est pas courante de part le monde. Elle permet certes au détenu de garder le contact avec sa famille mais la mauvaise conservation des aliments peut constituer un risque infectieux supplémentaire et peut être responsable de toxi-infections alimentaires.

Maladies des prisons ?

L'incarcération en prison pour une personne constitue un tournant majeur dans sa vie et notamment lors de la première fois. En effet, tous les repères de l'individu vont changer. Il doit se soumettre à une nouvelle discipline, « cohabiter » avec des personnes inconnues issues d'autres milieux que le sien, accepter un nouveau rythme de vie, se séparer de ses proches et d'êtres chers ... L'impact psychologique de l'incarcération est très important, c'est ce qui explique la grande consommation de médicaments psychotropes et de conduite addictive :

tabagisme, consommation de drogue et d'alcool... Selon le rapport de l'OMS, les niveaux de consommation de drogues illicites dans les prisons de l'union européenne varie de 22 à 86% (3).

S'il y a une maladie des prisons elle ne peut être que mentale. En effet, en prison la santé mentale des détenus est très souvent affectée, ceci est rapporté dans plusieurs rapports (3, 4, 5). Selon les statistiques en France, le taux de suicide est passé, entre 1980 et 2002, de 10 à 22,8 pour 10.000. Le même rapport (4) indique que le fait d'avoir une famille, un conjoint, des enfants, une situation ... soit ceux qui ont le plus à perdre, sont les plus candidats au suicide en prison.

L'atteinte de la santé mentale des détenus est très variable, de la dépression à la schizophrénie.

Il y a lieu de souligner l'importante charge mentale supportée par les gardiens des prisons en Tunisie. Du fait de l'encombrement des établissements pénitentiaires, le rapport sur la situation des prisons en Tunisie indique que le nombre moyen de détenus surveillés par un gardien est égal à 50 alors que la norme est de 16 détenus par gardien. Ceci a pour conséquence de faire courir un risque accru pour le gardien ce qui augmente la tension mentale et fini par l'épuiser psychologiquement.

Les risques professionnels dans les prisons Tunisiennes

En plus des gardiens, les prisons comportent des ateliers destinés aussi bien à la maintenance des équipements pénitentiaires qu'à l'apprentissage des jeunes détenus. L'existence de ces ateliers dans les prisons a pour but de faciliter leur réintégration dans la société à leur libération. Ainsi, on retrouve dans certains établissements un ou plusieurs ateliers, tels que les ateliers de mécanique, de tôlerie et peinture, de menuiserie, de la plomberie, de construction mécanique, l'imprimerie etc. Les détenus travaillent dans ces ateliers sous l'encadrement des fonctionnaires et sont par conséquent exposés à tous les risques professionnels en rapport avec ces métiers ou bien avec les conditions de travail qui prévalent dans ces établissements, au même titre que les agents qui travaillent dans ces ateliers.

Les détenus ainsi que les fonctionnaires sont exposés aussi aux risques traumatiques pouvant conduire à la survenue d'accident du travail, et ce, notamment dans les ateliers de menuiserie, de mécanique, de tôlerie-peinture, à l'imprimerie et même dans les services de bouche : cuisine et pâtisserie. Les lésions peuvent être de gravité variable (simples plaies, fractures, amputation, électrocution, décès) selon la nature du risque encouru. Ce que nous avons constaté dans les ateliers des prisons que nous avons visitées, c'est une faible prise de conscience des risques professionnels.

Les détenus et leurs gardiens peuvent être aussi exposés aux substances chimiques utilisées dans les différents ateliers, telles que les solvants organiques utilisés dans l'imprimerie ou lors des opérations de peinture, les huiles et graisses minérales utilisés dans

les ateliers de mécanique automobiles ou bien aux huiles de coupes lors des opération d'usinage des métaux etc.

Dans certaines prisons les détenus pratiquent des activités agricoles, de l'artisanat, etc. qui exposent les détenus aux mêmes risques professionnels que les travailleurs en liberté.

Il importe de noter que les prisonniers bénéficient des dispositions de la loi n°94-28 du 21 février 1994 relative à la réparation des préjudices résultants des accidents du travail et des maladies professionnelles, au même titre que les travailleurs en liberté. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle le prisonnier bénéficie de la gratuité de tous les soins, que requière son état de santé, dans les établissements publics ; et en cas d'incapacité permanente partielle (IPP) il peut avoir droit à : soit un capital soit à une rente, selon le taux d'IPP accordé.

Les fonctionnaires de l'administration pénitentiaire, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelles, bénéficient de la réparation des préjudices subis en application de la loi n°2013-50 du 19 décembre 2013 dont certains textes d'application n'ont pas encore été publiés au JORT.

Conclusion

Quelles soient maladies en prison ou bien maladies des prisons, ces maladies posent un problème d'éthique médicale qui concerne aussi bien le corps médical que celui de l'administration pénitentiaire. En effet, l'incarcération d'un détenu constitue une punition pour une faute commise par une personne condamnée à une privation de liberté, il ne faut pas que la personne en détention subisse une seconde peine qu'est « la maladie » pour la même faute. La préservation de la santé des détenus et de celle des fonctionnaires des services pénitencier est de la responsabilité éthique de l'état.

=====

Bibliographie

1. Loi n°2001-52 du 14 mai 2001.
2. Guide de prise en charge de la tuberculose en Tunisie – Programme national de lutte contre la tuberculose. Ministère de la santé, 2014.
3. Santé en prison – VIH, drogues et tuberculose. Aide mémoire OMS Europe. Copenhague et Madrid, octobre 2009.
4. Guérin Geneviève - La population carcérale. Adsp n°14 septembre 2003.
5. La santé et la médecine en milieu carcéral. Avis 042 du Comité Consultatif d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé. Octobre 2006.