

RÉGIONS : L'embaras des médecins de Champ-Dollon face aux violences policières

Date de parution: Mardi 24 avril 2007

Auteur: Fati Mansour

GENEVE. Les experts, mandatés par le Grand Conseil, n'ont pas épargné le service médical de la prison. Son nouveau responsable, le docteur Hans Wolff, mène une réflexion pour améliorer la détection des mauvais traitements.

Le service médical de Champ-Dollon doit-il se montrer plus attentif aux lésions traumatiques présentées par les détenus lors de leur arrivée et plus actif dans la dénonciation d'éventuelles violences infligées par les forces de l'ordre? C'est en tout cas l'avis exprimé par les experts dans le rapport consacré aux pratiques judiciaires et policières (LT du 19.04.2007). Ces critiques interviennent alors que la médecine pénitentiaire subit une restructuration –un démantèlement, diront certains– qui suscite d'autres inquiétudes (lire ci-dessous). Tour d'horizon.

Confidentialité

Les dysfonctionnements relevés par le docteur Jean-Pierre Restellini, chargé de recueillir les allégations de brutalités policières, sont multiples. Ce représentant de la Suisse au Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) regrette tout d'abord que le premier examen effectué par une infirmière se fasse sur le pas de porte de la cellule, en présence d'un gardien et d'autres pensionnaires. L'entretien ainsi mené ne bénéficie d'aucune confidentialité.

L'expert poursuit en soulignant que certaines des allégations de mauvais traitements, pourtant dûment consignées par les infirmières, disparaissent ou sont édulcorées dans les dossiers après la consultation avec le médecin. Enfin, les dénonciations à la direction de la police, sont, chiffres à l'appui, l'exception. Ainsi, sur 38 cas d'allégations de violence, 14 ont été relevés lors du premier examen. Parmi ceux-ci, 4 ont attiré l'attention ultérieure des médecins de la prison et un seul cas a été transmis à la cheffe de la police.

Question d'éthique

La question de la dénonciation aux autorités est délicate. Elle divise ceux qui pensent que le consentement du patient-prévenu est un préalable nécessaire à cette démarche (c'est l'option pratiquée) et ceux qui estiment au contraire que le médecin doit prendre plus d'initiative.

Jean-Pierre Restellini défend une position très proactive: «Le service médical d'une prison doit largement contribuer à mettre en lumière les mauvais traitements afin de jouer un rôle de garde-fou. Je militerai pour une dénonciation quasiment automatique après information du patient qui ne pourrait s'y opposer que s'il estime courir un risque grave.» Ce volontarisme, susceptible de mettre à mal le secret médical, ne va pas toujours de soi. Certains médecins craignent aussi de devoir passer plus de temps à déposer devant les tribunaux qu'à effectuer leur travail de soignant.

Les propositions de l'expert (mettre à disposition un local pour le premier entretien, s'assurer que le certificat médical contient aussi l'ensemble des premières constatations de l'infirmière, bannir l'autocensure et choisir une stratégie plus offensive) seront-elles suivies d'effet?

Réflexion en cours

Sur le terrain, c'est une toute nouvelle équipe qui hérite de ce brûlot. Responsable de l'unité de médecine pénitentiaire depuis le 1er avril dernier, le docteur Hans Wolff n'est pas insensible aux conclusions d'un rapport dont il loue volontiers les qualités et l'approche méthodologique.

Les conditions du premier entretien en cellule sont à ses yeux véritablement problématiques, tant pour la détection de coups que pour celle d'éventuelles maladies transmissibles. «Nous sommes en train de réfléchir avec le directeur de la prison pour trouver un nouveau cadre à cette consultation. Il faut encore résoudre des problèmes de local, de conduite par les gardiens et de sécurité alors que tout le monde est déjà surchargé. Mais ce rapport nous

donne du poids pour avancer», précise le docteur Wolff.

La surcharge est également l'argument avancé pour expliquer le faible nombre de cas répertoriés. «On peut imaginer que, dans de telles conditions, l'équipe a privilégié les soins au détriment des rapports», ajoute le médecin adjoint responsable. Tout en précisant: «On va tout faire pour mieux suivre les détenus et détecter les traces de violences.»

Absence de réaction

D'autres facteurs peuvent également entrer en ligne de compte pour comprendre la démotivation du personnel médical. Tout d'abord, une description trop détaillée par des allégations a pu, par le passé, jouer de mauvais tours à des détenus qui, changeant de version en cours de route, ont été taxés de menteurs. Enfin, l'absence de réaction de la hiérarchie policière à la lecture de ces rapports a fini par convaincre certains praticiens de leur inutilité. Un contact plus direct avec le commissaire à la déontologie Louis Gaillard pourrait à l'avenir modifier cet état d'esprit.

Sur les conditions de la dénonciation, Hans Wolff reste d'avis que l'accord du patient est indispensable. «Le médical est au service de la personne et ne doit pas accomplir un acte contre sa volonté.» Visiblement, peu de détenus sont enclins à se retourner contre la police. Là encore, il faudra travailler sur les causes de cette réticence.

La fin du «modèle genevois» pour la médecine pénitentiaire

Fati Mansour

Les soins aux détenus divisés en deux unités.

La décision de l'Hôpital n'a fait l'objet d'aucune publicité mais elle a beaucoup secoué ceux qui gravitent autour de la prison. Après trois ans d'intérim et de flottement dans la désignation du nouveau chef du service de médecine pénitentiaire – et à défaut d'avoir trouvé la perle rare qui cumulerait toutes les qualités nécessaires à ce poste –, la direction des HUG a choisi de diviser le service et de placer soins psychiatriques et somatiques sous des responsabilités différentes.

Une véritable hérésie pour tous les descendants du charismatique professeur Jacques Bernheim qui avait su, à la fin des années 70, imposer à Genève le modèle d'une prise en charge globale du détenu, sous la houlette d'un patron capable de tenir tête aux autorités. Un modèle qui avait suscité l'admiration dans les autres cantons et même au-delà des frontières. Le professeur Timothy Harding, directeur de l'Institut de médecine légale, qui a aussi longtemps œuvré à la tête dudit service, fait part de son scepticisme: «Je regrette la décision de démantèlement mais j'espère que les nouveaux responsables trouveront un mode de travail qui permette de suivre au mieux une population présentant des pathologies souvent multiples.»

Complexe coordination

Désormais, l'unité de médecine pénitentiaire (qui s'occupe des soins en prison et au quartier cellulaire de l'Hôpital), dirigée par Hans Wolff –lequel a déjà une expérience des populations migrantes et défavorisées –, dépend du service de premier recours du Département de médecine communautaire, avec à sa tête le professeur Jean-Michel Gaspoz.

La psychiatrie pénitentiaire (quartier cellulaire de Belle-Idée, visites à Champ-Dollon et à la Clairière) sera dirigée dès le 1er juin prochain par le docteur Ariel Eytan et placée sous la houlette du Département de psychiatrie du professeur Pandelis Giannakopoulos.

Pour assurer la coordination entre les deux unités, promouvoir une politique de soins concertée et surtout faire le lien avec l'administration, le politique et le procureur général, les HUG ont choisi de nommer l'ancien infirmier-chef de la prison Pierre Brennenstuhl à la tête de ce qui s'appelle désormais le Centre de médecine pénitentiaire. «C'est la première fois qu'on expérimente une telle structure transversale, de surcroît dirigée par un non-médecin», commente Bernard Gruson, directeur des HUG.

L'organigramme s'est ainsi passablement complexifié mais tout le monde tente de rester optimiste. «J'ai de bonnes raisons de penser que les personnes choisies seront ouvertes à une bonne collaboration. Les problèmes sont suffisamment délicats pour que les gens se comportent de manière responsable», estime le professeur Gaspoz.