

Cinquième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants

ASPECTS SANITAIRES DES MAUVAIS TRAITEMENTS INUTILEMENT INFLIGES AUX PRISONNIERS ET DETENUS

Document préparé par l'Organisation mondiale de la santé

NATIONS UNIES

Crime Prevention
and
Criminal Justice Branch-Reference Unit

TABLE DES MATIERES

	·	Pages
I.	Mesures prises par le Directeur général et le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la santé	4
· II.	Décisions prises antérieurement par l'OMS en ce qui concerne la déontologie médicale	5
III.	Responsabilités qui, de par sa constitution, incombent à l'Organisation mondiale de la santé face à l'invitation contenue dans la résolution 3218 (XXIX)	6
IV.	Déontologie médicale	7
v.	Ethique de la santé	8
VI.	Interprétation du libellé de la résolution 3218 (XXIX)	9
VII.	Les professions sanitaires en corrélation avec les prisonniers et les détenus	10
vIII.	Evolution des attitudes à l'égard du traitement des délinquants	11
IX.	Les formes de mauvais traitements infligés aux prisonniers	12
х.	Délinquants souffrant de troubles mentaux	12
XI.	Toxicomanes	15
XII.	Alimentation forcée	16
XIII.	Punition des infractions à la discipline	18
XIV.	Moyens de contrainte	20
XV.	Méthodes d'interrogation intensive	25
XVI.	Expériences biologiques et médicales pratiquées sur des prisonniers	27
XVII.	Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus	31
XVIII.	Conclusions	32

TABLE DES MATIERES (suite)

- Annexe I Projet de déclaration de Tokyo établi par l'Association médicale mondiale
- Annexe II Serment de Genève et Déclatation d'Helsinki établis par l'Association médicale mondiale
- Annexe III Extrait d'une déclaration du Conseil international sur les problèmes de l'alcoolisme et de la toxicomanie (mai 1975)

ASPECTS SANITAIRES DES MAUVAIS TRAITEMENTS INUTILEMENT INFLIGES AUX PRISONNIERS ET DETENUS

Document préparé par le secrétariat de l'Organisation mondiale de la santé

- 1. L'Organisation mondiale de la santé 1/ soumet le présent document au cinquième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, en réponse à l'invitation que l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies lui avait faite de rédiger, "en collaboration étroite, le cas échéant, avec d'autres organisations compétentes, y compris l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, un projet de texte des principes d'éthique médicale qui pourraient s'appliquer à la protection des personnes soumises à toute forme de détention ou d'emprisonnement contre la torture et d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants...".
 - I. Mesures prises par le Directeur général et le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la santé
- 2. Le Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé a porté l'invitation de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies à l'attention du Conseil exécutif de l'OMS, réuni en janvier 1975 pour sa cinquante-cinquième session. Le Conseil a pris bonne note de cette invitation et a demandé au Directeur général de préparer un document approprié. Il lui a également suggéré de consulter à cet effet l'Association médicale mondiale, d'autres organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS, les organisations intergouvernementales appropriées, y compris l'UNESCO, et les Etats Membres 2/.
- 3. En conséquence, le Directeur général a communiqué les termes de l'invitation à l'Organisation internationale du Travail, à l'UNESCO, à tous les Etats membres de l'OMS, à l'Association médicale mondiale et à 42 autres organisations internationales non gouvernementales, en leur demandant de lui faire parvenir leurs commentaires.
- 4. Dix Etats Membres et dix organisations internationales non gouvernementales ont accusé réception de la communication du Directeur général ou envoyé des commentaires, dont il a été tenu compte pour la préparation du document. L'Association médicale mondiale a fait parvenir à l'OMS le texte d'une déclaration dont son conseil a approuvé en mars 1975 qu'elle soit soumise à l'examen de la 29ème Assemblée médicale mondiale, qui se réunira à Tokyo en octobre 1975 3/.

^{1/} Résolution 3218 (XXIX) de l'Assemblée générale.

^{2/} Organisation mondiale de la santé, résolution EB55.R.64.

^{3/} Voir annexe I.

II. Décisions prises antérieurement par l'OMS en ce qui concerne la déontologie médicale

- 5. A sa quatrième session, tenue en juin 1949, le Conseil exécutif de l'OMS s'est penché sur une résolution que lui avait transmise la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge et dans laquelle l'Académie nationale de médecine de France suggérait qu'un organisme médical international établisse un code international de déontologie 4/. Un observateur de l'Association médicale mondiale (AMM) a déclaré que cette suggestion serait étudiée par l'Assemblée générale annuelle de l'Association médicale mondiale en octobre 1949 5/. Le Conseil a pris note de la résolution de l'Académie, s'est déclaré satisfait d'apprendre que l'Association médicale mondiale étudiait la question et a chargé le Directeur général de l'OMS de suivre attentivement ce travail, d'attirer l'attention du Conseil international des infirmières sur la question et de faire rapport, à son sujet, à la cinquième session du Conseil exécutif 6/.
- 6. Par une lettre du 9 novembre 1949, le Secrétaire général de l'AMA communiquait au Directeur général de l'OMS le texte du code international d'éthique médicale adopté par la troisième Assemblée générale de l'Association médicale mondiale, et l'informait que l'AMM estimait être "la seule organisation qui puisse rédiger un tel code et le faire accepter par le corps médical" 7/. Dans la même lettre, il formulait l'espoir que le Conseil exécutif approuverait le code et aiderait à le faire connaître dans tous les pays. Au cours de la discussion de cette question à sa cinquième session, en janvier 1950 8/, le Conseil, estimant qu'il ne pouvait ni approuver ni désapprouver le code, a décidé d'en prendre acte et d'inviter le Directeur général à faire savoir à l'Association médicale mondiale que le Conseil exécutif appréciait le travail que l'Association avait accompli à ce sujet et à lui transmettre le procès-verbal de la discussion du Conseil à ce sujet 9/.
- 7. Au cours de la même session, le Directeur général a porté à la connaissance du Conseil exécutif 10/ que le Secrétaire général adjoint, chef du Département des questions sociales des Nations Unies, avait demandé à l'Organisation mondiale de la santé un avis consultatif sur le texte ci-après, proposé pour l'article 7 du projet de Pacte international relatif aux droits de l'homme:

^{4/} Organisation mondiale de la santé, EB4/9.

^{5/} Organisation mondiale de la santé, EB4/Min/1 Rev.1.

^{6/} Organisation mondiale de la santé, résolution EB4/4.R.24.

^{7/} Organisation mondiale de la santé, EB5/29 Add.1.

^{8/} Organisation mondiale de la santé, EB5/Min/1 Rev.1.

^{9/} Organisation mondiale de la santé, résolution EB5/R.75.

^{10/} Organisation mondiale de la santé, EB5/62.

"Nul ne sera soumis, contre son gré, à une mutilation physique ou à une expérience médicale ou scientifique, de quelque nature qu'elle soit." 11/

Le Directeur général, après avoir consulté l'Association médicale mondiale et le Conseil international des infirmières à propos de ce texte, a communiqué au Conseil exécutif les modifications proposées par ces deux organisations. Après une longue discussion, le Conseil a constitué un groupe de travail composé de six de ses membres et lui a confié l'examen de cette question 12/; n'ayant pu se mettre d'accord, le Groupe de travail a présenté deux rapports, l'un préparé par la majorité de ses membres (4) et l'autre par la minorité (soit les deux membres restants) 13/. Le Conseil a décidé que le Directeur général ne devrait transmettre au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies que les opinions exprimées par la majorité du Groupe de travail 14/, à savoir que le texte proposé pour l'article 7 du projet de Pacte international devrait être omis, pour la raison que l'article 5 de la Déclaration universelle des droits de l'homme "constitue une défense suffisante contre des actes de la nature de ceux que l'article 7 du Pacte a pour objet de prévenir" 15/.

- III. Responsabilités qui, de par sa constitution, incombent à l'Organisation mondiale de la santé face à l'invitation contenue dans la résolution 3218 (XXIX)
- 8. Ainsi, pratiquement dès le début de son existence, l'OMS a décidé qu'elle n'avait pas compétence pour proposer ou entériner un code international d'éthique médicale. Qui plus est, elle s'est montrée peu disposée à s'étendre sur les incidences médicales de l'article 5 de la Déclaration universelle des droits de l'homme. La question de savoir quelle devrait être sa position en ce qui concerne l'éthique médicale vient d'être à nouveau soulevée par l'invitation que contient la résolution 3218 (XXIX), selon laquelle l'OMS devrait "rédiger ... un projet de texte des principes d'éthique médicale" dans un certain contexte. Du fait de cette invitation, l'OMS se doit maintenant d'étudier très attentivement en se référant à sa constitution quelle devrait être sa position en ce qui concerne les problèmes d'éthique liés à la santé.

^{11/} L'article 7 du Pacte comprend aujourd'hui le texte de l'article 5 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui est suivi des mots ci-après : "En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique."

^{12/} Organisation mondiale de la santé, EB5/Min/2 Rev.1.

^{13/} Organisation mondiale de la santé, EB5/98.

^{14/} Organisation mondiale de la santé, résolution EB5.R69.

^{15/} Organisation mondiale de la santé, EB5/98. A l'article 5, il est stipulé que "Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants".

IV. Déontologie médicale

- 9. Les termes "éthique médicale", au sens de déontologie médicale, renvoient aux règles de conduite personnelle formulées ou informulées qui régissent les rapports professionnels des médecins avec leurs patients et avec leurs confrères. Ces règles exigent normalement que l'intervention du médecin ait pour seul objet d'assurer ou de protéger la santé physique et mentale de son patient. Elles peuvent également avoir trait à l'abus des privilèges légalement conférés à cette profession et notamment à la prescription inopportune de médicaments dangereux ou à l'exploitation illicite de la relation privilégiée que le patient entretient avec son médecin, au cas par exemple où celui-ci se permettrait des propositions inconvenantes ou violerait le secret professionnel. Ces règles peuvent enfin porter sur les infractions intraprofessionnelles proprement dites que constituent notamment l'autopublicité et le fait de dénigrer les confrères auprès des patients.
- 10. La Constitution de l'OMS stipule que l'Organisation collaborera avec les "groupes professionnels" /art. 2 b)/ et qu'elle favorisera la coopération "entre les groupes scientifiques et professionnels qui contribuent au progrès de la santé" /art. 2 j)/, de même que l'amélioration des normes de l'enseignement et de celles de la formation "du personnel sanitaire, médical et apparenté" /art. 2 o)/, mais elle ne comprend aucune disposition constitutionnelle prévoyant ou exigeant que l'OMS se préoccupe de déontologie médicale.
- 11. L'organisation à laquelle une compétence particulière en matière de déontologie médicale a été généralement reconnue est l'Association médicale mondiale (AMM). Certaines organisations non gouvernementales internationales spécialisées dans les questions biomédicales avec lesquelles l'OMS est en relation ont également prêté attention aux questions de déontologie médicale touchant à leurs domaines particuliers et le Conseil international des infirmières s'est préoccupé de définir les règles déontologiques qui devraient régir la conduite professionnelle des membres de la profession infirmière.
- 12. L'une des premières réalisations de l'AMM après qu'elle ait été constituée en 1947 a été l'élaboration de la version moderne du Serment d'Hippocrate connue sous le nom de Déclaration de Genève. Celle-ci expose les principes généraux qui devraient guider le médecin dans les rapports professionnels qu'il entretient avec ses patients et avec ses confrères; elle a été modifiée en 1968 par la vingt-deuxième Assemblée médicale mondiale. L'AMM a également conféré une plus grande portée concrète à ces principes dans le Code international d'éthique médicale. En 1964, elle a élaboré sous le nom de Déclaration d'Helsinki un code moral régissant la recherche médicale sur les sujets humains qui est largement reconnu et fréquemment cité. L'AMM a par ailleurs adopté les codes déontologiques que constituent la Déclaration de Sydney (1968) sur les critères permettant de déterminer le moment de la mort et la Déclaration d'Oslo (1970), qui a trait à l'avortement thérapeutique. Les Déclarations de Genève et d'Helsinki portent

l'une et l'autre sur l'ensemble des rapports que les médecins entretiennent avec leurs patients; le fait que ces derniers soient ou non prisonniers ou détenus n'y est pas pris en considération. Le texte de ces deux déclarations figure en tant qu'annexe 2 au présent document.

V. Ethique de la santé

13. Les termes "éthique de la santé" définissent mieux que l'expression "éthique médicale" la position de l'OMS en ce qui concerne les aspects moraux de la santé; ils renvoient en effet à la responsabilité en matière de santé que les gouvernements assument devant leurs populations plutôt qu'aux relations interpersonnelles des agents sanitaires et de leurs patients, relations qui font l'objet de la déontologie médicale et n'intéressent l'Etat que dans les cas relevant des dispositions du droit civil ou criminel. Au titre de sa constitution, l'OMS a pour seul but d'"amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible". Dans la mesure où ils acquiescent à sa constitution, les gouvernements membres de l'OMS sont moralement tenus de faire tout leur possible pour protéger la santé physique et mentale de leurs sujets et de veiller à ce que ceux-ci aient accès aux soins médicaux. L'OMS et les gouvernements qui la constituent doivent donc nécessairement s'opposer à toute intervention représentant une menace délibérée à la santé physique ou mentale, que celle-ci soit effectuée ou non avec la connivence de médecins ou de membres de toute autre profession sanitaire. Des procédés de cet ordre ne peuvent qu'être en contradiction flagrante avec la Constitution de l'OMS qui ne comprend aucune disposition exclusive des prisonniers, des détenus ou de tout autre groupe social particulier. L'OMS doit donc les considérer comme étant incompatibles avec la déontologie en quelque circonstance que ce soit et les condamner à ce titre. La position de 1'OMS en ce qui concerne le droit à la santé des prisonniers ou des détenus est proche de la déclaration de portée plus générale du Conseil national du Canada sur le crime et la délinquance selon laquelle "le prisonnier conserve tous les droits du citoyen ordinaire, à l'exception de ceux que la loi lui retire expressément ou par implication nécessaire" 16/.

14. En résumé, l'OMS s'intéresse plutôt à l'"éthique de la santé" qu'à la déontologie médicale proprement dite. Il lui importe en effet, avant tout, que soient assurés les droits en matière de santé de tous les êtres humains, y compris les prisonniers et les détenus, et en particulier que toute atteinte injustifiée à leur santé physique ou mentale leur soit épargnée et qu'ils puissent accéder aux soins médicaux dans les meilleures conditions possibles.

^{16/} Citation: Medical care of prisoners and detainees, Ciba Foundation Symposium 16 (new series), Amsterdam, London, New York, Associated Scientific Publishers, 1973, p. 111.

VI. Interprétation du libellé de la résolution 3218 (XXIX)

- 15. Il faut supposer que dans le cadre du Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants les termes "toute forme de détention" ne doivent pas être interprétés littéralement. Les victimes d'accidents ou les malades contagieux peuvent par exemple être détenus dans les hôpitaux pour des raisons thérapeutiques et les malades ou les retardés mentaux sont parfois confiés à la garde de ces établissements ou internés à des fins curatives. Dans ce dernier cas, la ligne de démarcation n'est pas toujours claire; il arrive en effet que les malades ou les retardés mentaux récidivistes soient successivement internés ou incarcérés, selon l'usage ou la législation nationale en vigueur au moment du délit, ou en fonction des convictions de différents magistrats.
- 16. On ne dispose de définitions médicales ou scientifiques pour aucun des termes "torture", "cruel", "inhumain" et "dégradant", et les définitions courantes ne sont que des tautologies. Le médecin ou le psychologue peuvent prévoir avec une certaine précision les effets d'une intervention donnée sur la santé physique ou mentale, mais les critères qui leur permettraient de déterminer si cette intervention relève de la "torture", si elle est "cruelle", "inhumaine" ou "dégradante" ou si ces épithètes peuvent toutes lui être appliquées, ne peuvent être définis que par la société dans son ensemble. La déclaration du Conseil de l'AMM définit la torture comme "les souffrances physiques ou mentales infligées à un certain degré, délibérément, systématiquement ou sans motif apparent par une ou plusieurs personnes agissant de leur propre chef ou sous l'ordre d'une autorité pour obtenir par la force des informations, une confession ou une coopération de la victime".
- 17. Les auteurs du "rapport Compton" 17/ sur les allégations relatives aux brutalités des forces de sécurité, au nombre desquels figurait un éminent juriste, ont considéré que "la brutalité est une forme de cruauté inhumaine ou sauvage et que la cruauté traduit une tendance à infliger des souffrances, accompagnée d'indifférence ou de plaisir pris au spectacle de la douleur éprouvée par la victime". Dans le "rapport Parker" 18/ sur les méthodes d'interrogation de personnes soupçonnées de terrorisme, qui a été établi par la suite, un autre juriste éminent a tourné en ridicule "cette définition remarquable" de la cruauté et par là de la brutalité.

^{17/} Grande-Bretagne, Ministère de l'intérieur, Report of the enquiry into allegations against the security forces of physical brutality ... Cmnd. 4823, London HMSO, /n.d./.

^{18/} Grande-Bretagne, Conseil privé, Report of the Committee of privy counsellors appointed to consider authorised procedures for the interrogation of persons suspected of terrorism, Cmnd. 4901, London HMSO, /n.d./.

- 18. Les critères constitutifs des "peines ou traitements dégradants" sont encore plus difficiles à définir valablement dans la mesure où l'expérience de la prison peut être dégradante dans son ensemble, en particulier lorsqu'elle est subie par un délinquant primaire; celui-ci est en effet privé de sa liberté, conscient de la réprobation de la société et isolé de sa famille et de ses amis; il est contraint de fréquenter des criminels impénitents, porte une tenue distinctive et ne peut satisfaire ses besoins corporels que dans des conditions répughantes.
- 19. Etant donné qu'il s'avérait impossible de définir valablement les limites entre le manque de soins, les vexations, la cruauté et la torture, les termes génériques de "mauvais traitements inutilement infligés" ont été adoptés dans le titre du présent document.

VII. Les professions sanitaires en corrélation avec les prisonniers et les détenus

- 20. Ainsi qu'on l'a indiqué ci-dessus, les gouvernements qui ont acquiescé à la Constitution de l'OMS sont moralement tenus de préserver la santé physique et mentale des prisonniers et des détenus et ils ne peuvent remplir leurs obligations à cet égard qu'en veillant à ce que ces derniers soient placés dans un milieu salubre et bénéficient des services de santé répondant à leurs besoins réels, aussi bien sur le plan de la médecine préventive que curative. Ces services ne peuvent être assurés que par des spécialistes de la santé engagés à plein temps, ou à temps partiel, ou appelés à intervenir sinon périodiquement, du moins de manière occasionnelle. Les médecins (y compris les psychiatres), les psychologues cliniques, le personnel infirmier et médico-social appartiennent à cette catégorie de praticiens; leurs interventions devraient venir en complément des services fournis par un personnel de base normalement employé à plein temps et constitué d'agents sanitaires auxiliaires comprenant notamment des infirmiers.
- 21. La formation des agents sanitaires dans toutes les spécialités et à tous les niveaux a pour seul objectif de les habiliter à sauvegarder, dans les limites de leurs responsabilités, la santé des individus dont ils sont chargés de s'occuper dans le cadre de leur activité professionnelle. Toute tentative d'une autorité gouvernementale qui viserait à utiliser les connaissances et l'expérience spécialisées des agents sanitaires aux fins de leur faire appliquer des procédés préjudiciables à la santé constituerait une violation flagrante des principes de l'éthique de la santé qui ressortent de la Constitution de l'OMS.
- 22. Les agents sanitaires que les autorités compétentes emploient dans les prisons ou les autres institutions au sein desquelles les libertés civiles sont limitées devraient être clairement informés que l'un de leurs devoirs fondamentaux consiste à déceler et à signaler tout symptôme de maladie ou de trouble physique ou mental pouvant appeler un traitement spécial, et qu'ils devraient en particulier s'efforcer de détecter et de rapporter tout signe de mauvais traitement infligé par des codétenus ou par le personnel pénitentiaire.

23. Il découle implicitement des considérations présentées au paragraphe 21 qu'il serait contraire à l'éthique de faire participer activement des agents sanitaires à l'application de procédés préjudiciables à la santé. La question de leur participation passive pose toutefois des difficultés considérables. Est-il immoral, par exemple, d'avoir recours aux services d'un médecin en vue de déterminer si un régime alimentaire sévère ou une mise au secret risquerait de nuire de manière irréversible à la santé? Dans une situation de cet ordre, une réponse négative constitue une caution médicale permettant de priver temporairement un prisonnier ou un détenu de son droit à des conditions propices à la santé. Inversement, dans quelles circonstances est-il moralement admissible d'alimenter par la force un prisonnier qui refuse de se nourrir? L'alimentation forcée ne constitue pas une participation passive de la part du médecin et du reste du personnel sanitaire, mais une intervention active visant à protéger le prisonnier d'une atteinte volontaire à sa santé. Il serait particulièrement irréaliste de tenter de définir des règles de conduite générale applicables aux nombreuses situations dans lesquelles peuvent se produire des divergences d'opinion sincères, en ce qui concerne les mesures que les agents sanitaires devraient prendre dans l'intérêt le mieux compris du prisonnier ou du détenu. Les implications éthiques de certaines situations particulières sont examinées ci-dessous.

VIII. Evolution des attitudes à l'égard du traitement des délinquants

- 24. Il est sans doute superflu de rappeler que la fonction des systèmes pénaux a progressivement évolué, ceux-ci étant plutôt considérés à l'heure actuelle comme un cadre permettant de rééduquer et de réadapter les délinquants que comme un moyen de les châtier. On tend de plus en plus à traiter la criminalité comme une maladie de la société qu'il est plus efficace de prévenir et de guérir que de réprimer, dans la mesure où elle est étiologiquement liée à des facteurs tels que le milieu socio-économique, les rapports familiaux, les possibilités d'éducation et d'emploi et, dans certains cas particuliers, les tensions sociales. En règle générale, cette réorientation de l'attitude adoptée face au délinquant découle plutôt d'une plus grande tolérance à son égard que du progrès des connaissances médicales ou scientifiques concernant l'étiologie de la criminalité.
- 25. Dans bien des pays, certaines formes de conduite qui étaient encore considérées comme délictueuses il y a quelques années, à savoir notamment la tentative de suicide, l'avortement provoqué, les relations homosexuelles entre adultes consentants, ne constituent plus des infractions. Les méthodes appliquées par la société en vue de régler le plus efficacement possible le problème des comportements qui restent illicites continuent par ailleurs d'évoluer, et l'on tend à amoindrir la sévérité des peines infligées aux délinquants. Il est évident que les attitudes adoptées face à la criminalité diffèrent d'un pays à l'autre, mais aussi au sein de chaque pays. L'incarcération ou la détention de routine dans un établissement "correctionnel" est parfois considérée comme une solution

simpliste au problème de la criminalité, sauf dans les cas où le criminel constitue manifestement une menace à la vie ou à la santé de ses congénères. La peine capitale fait sans doute l'objet des divergences les plus claires qui se manifestent aux niveaux international aussi bien qu'intranational, au sujet du traitement des délinquants. Elle a été abolie dans de nombreux pays, mais il en est d'autres où le prisonnier qui tente de se suicider pour éviter l'épreuve que représentent la pendaison, la décapitation, l'électrocution, la chambre à gaz ou le peloton d'exécution, est ramené à la vie de manière à ce que la société puisse l'exécuter dans les formes et au moment prescrits par la loi. De telles divergences existant en ce qui concerne la peine capitale, comment pourrait-on s'attendre à ce que l'unanimité soit réalisée lorsque ne sont en cause que des atteintes beaucoup moins graves à l'intégrité de la personne du prisonnier?

IX. Les formes de mauvais traitements infligés aux prisonniers

- 26. Il est fréquent, lorsque les prisonniers ou les détenus sont soumis à de mauvais traitements d'une gravité telle qu'ils seraient généralement considérés comme des "formes de torture", que ceux-ci leur soient infligés en secret, au mépris total des droits juridiques du prisonnier; il arrive du reste que les autorités responsables contestent l'existence de telles pratiques. La mesure dans laquelle il est recouru aux formes extrêmes de mauvais traitements, et le degré de participation hypothétique de certains membres des professions sanitaires sont de ce fait impossibles à vérifier avec précision. Il est cependant évident que de tels procédés nuisent à la santé mentale et peuvent être préjudiciables à la santé physique. Il serait parfaitement superflu d'insister sur le fait que ces procédures sont en contradiction flagrante avec les principes de l'éthique de la santé implicites dans la Constitution de l'OMS.
- 27. Les formes relativement modérées que prennent parfois les mauvais traitements prêtent toutefois à discussion et peuvent faire l'objet de divergences d'opinion sincères. Les avis sont très partagés en ce qui concerne l'emprisonnement en tant que tel et le fait qu'il puisse parfois constituer une forme de mauvais traitement injustifiable, en particulier dans le cas de délinquants mentalement déséquilibrés, de délinquants juvéniles, et de ceux qui ne se voient reprocher que la possession ou l'utilisation de drogues pouvant entraîner une toxicomanie.

X. Délinquants souffrant de troubles mentaux

28. Certains récidivistes parmi les auteurs de délits mineurs souffrent de troubles mentaux déjà anciens. Cela met la société dans une situation embarrassante car il lui faut décider si elle doit punir ces individus de leur crime ou leur faire suivre le traitement qu'exige leur maladie mentale.

De plus, comme "personne ne sait exactement où se situe la ligne de démarcation entre la maladie mentale et un comportement aberrant ou déviant, l'on en vient forcément à se demander si pour certaines catégories de personnes c'est la prison ou l'hôpital qui convient" 19/. D'après certains, il peut arriver que la question soit impossible à trancher et qu'un délinquant ne soit ni un malade mental ni une personne prédisposée au crime mais les deux à la fois 20/.

- 29. Pour difficile qu'il soit d'établir une nette distinction si tant est qu'il y ait lieu de le faire entre la criminalité et les troubles mentaux, il est généralement admis qu'une personne accusée d'un délit devrait avoir la capacité mentale nécessaire pour organiser sa propre défense et donner des instructions appropriées à un défenseur et qu'il serait contraire aux règles de l'éthique de punir une personne qui, en raison de son incapacité mentale, n'était pas capable de mesurer la gravité de sa faute au moment où elle l'a commise. C'est pourquoi les tribunaux ont de plus en plus tendance à régler le sort des délinquants reconnus atteints de troubles mentaux, en les faisant admettre dans un hôpital psychiatrique au lieu de les envoyer en prison. L'admission dans un hôpital psychiatrique peut se faire sans formalité lorsque le délinquant accepte d'être mis en observation ou de recevoir les soins nécessaires, ou être obligatoire lorsque le délinquant est interné dans un tel hôpital en vertu d'une décision judiciaire, pour une période déterminée ou jusqu'à ce qu'il soit médicalement reconnu apte à rentrer dans ses foyers.
- 30. Rollin 21/ notamment a fait observer que le principe qui consiste à choisir l'internement dans un hôpital psychiatrique plutôt que l'emprisonnement pour les délinquants médicalement reconnus comme déséquilibrés mentaux a créé de nouveaux problèmes, du fait surtout que ce principe s'est fait jour en même temps qu'évoluait la politique de "la porte ouverte", dans les hôpitaux psychiatriques. Au Royaume-Uni, cette nouvelle attitude à l'égard des délinquants mentallement normaux est reflétée dans la Loi de 1959 sur la santé mentale, qui a pris pleinement effet vers la fin de 1960. Rollin cite l'exemple d'un établissement

^{19/} Scott, P. P., "Punishment or Treatment: Prison or Hospital?", British Medical Journal, 1970, 2, 167-169.

^{20/} Rollin, H. R., The mentally abnormal offender and the law. Oxford London, etc. Pergamon Press, 1969.

^{21/} Rollin, H. R., "Social and Legal Repercussions of the Mental Health Act, 1959", British Medical Journal, 1963, 1, 786-783 et op. cit. 1969 (note de bas de page 20).

psychiatrique qui avait admis 19 délinquants souffrant de troubles mentaux au cours de l'année précédant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, mais qui a vu ce chiffre passer à 98 au cours de l'année suivante. Il est évident que ce gros afflux de patients qui non seulement souffrent de troubles mentaux mais, de plus, sont des délinquants sociaux complique la gestion des hôpitaux psychiatriques.

- 31. Rollin estime que, d'après son expérience, plus de 80 p. 100 de délinquants internés dans des hôpitaux psychiatriques sont des schizophrènes. Les déclarations optimistes selon lesquelles l'emploi de drogues psychoactives apporterait une amélioration à l'état du schizophrène impliquent justement qu'un certain nombre de délinquants seront probablement réfractaires à tout traitement. D'ailleurs, les psychiatres ne sont pas absolument d'accord quant à la fréquence de la schizophrénie chez les délinquants qui sont des malades mentaux. Kloek, par exemple, n'a pu trouver qu'un délinquant sur 500 chez qui la schizophrénie ait pu être diagnostiquée avec certitude 22/. Cette énorme différence - plus de 80 p. 100 comparé à 0,2 p. 100 - ne peut s'expliquer que par l'emploi de critères différents tant en ce qui concerne le diagnostic de la schizophrénie que les conditions d'admission dans les établissements psychiatriques. Le fait que les délits commis sont de nature différente a pu intervenir, quoique fort peu sans doute; en effet, de nombreux récidivistes commettent des délits différents à différents moments et leurs dossiers sont parfois de véritables anthologies de délits mineurs tels que larcin, endommagement délibéré des biens d'autrui, outrage public à la pudeur, vol à l'étalage, ivresse et conduite contraire aux bonnes moeurs. Un problème particulier se pose du fait que dans les établissements psychiatriques pratiquant la politique de la "porte ouverte", le nombre d'évasions est élevé, et l'est beaucoup plus dans le cas des délinquants que dans celui des non-délinquants.
- 32. Il est évident que de nombreux délinquants qui sont anormaux mentalement sont, au dire même de Rollin, "incorrigibles du point de vue juridique et incurables du point de vue psychiatrique" 23/ et sont appelés à connaître dans leur vie tour à tour des périodes de liberté improductives suivies, après des infractions répétées à la loi, de périodes d'incarcération dans des prisons ou des hôpitaux psychiatriques. Peu d'entre eux sont violents; en général ils constituent pour la société une gene plutôt qu'un danger. Une solution intermédiaire à la question de savoir s'il faut emprisonner ou faire interner les délinquants qui souffrent de troubles mentaux consiste à adjoindre aux prisons des annexes pour soins psychiatriques où il est possible de donner des soins dans une atmosphère appropriée, tout en respectant les règles de sécurité indispensables. On est amené à conclure qu'il n'existe pas de principes directeurs universellement applicables pour décider s'il vaut mieux

^{22/} J. Kloek, "Schizophrenia and Delinquency: The Inadequacy of our Conceptual Framework", dans Reuck, A.V.S. and Porter, R. The mentally abnormal offender. Londres, J. et A. Churchill, 1968, p. 19.

^{23/} Rollin, H.R., op. cit., 1969, p. 121.

mettre un délinquant en prison ou le faire interner dans un hôpital psychiatrique aux fins de mise en observation et de traitement, mais que dans l'un ou l'autre cas, l'intéressé devrait pouvoir recevoir les soins médicaux qu'exige son état physique et mental.

XI. Toxicomaes

33. L'attitude des autorités quant aux mesures qu'il convient de prendre à l'égard du problème de l'abus des stupéfiants varie beaucoup d'un pays à un autre, comme le montrent les dispositions des législations nationales 24/. Dans certains pays, la simple possession et (ou) l'utilisation de petites quantités de stupéfiants constituent des délits pouvant être sanctionnés par des peines d'emprisonnement dont la durée s'étend parfois à deux ans. Dans d'autres, on fait parfois interner les toxicomanes dans des hôpitaux psychiatriques ou des établissements spéciaux de désintoxication pour leur y faire suivre un traitement pendant un temps déterminé ou non. Dans d'autres encore, on envisage de décriminaliser l'utilisation de la marijuana. Ceux qui sont pour l'internement dans un établissement pensent que le traitement ambulatoire est sans effet; pourtant, dans certains pays, un toxicomane peut échapper à la détention s'il prend l'engagement formel de se soumettre à un traitement médical. Ce traitement peut consister à réduire graduellement l'utilisation de la drogue ou à la remplacer par la méthadone ou d'autres drogues; dans les deux cas, il peut être fait appel également à la psychothérapie. Des mesures sont parfois prises pour que les toxicomanes se fassent enregistrer comme tels et reçoivent des doses d'entretien d'une certaine drogue auprès de médecins agréés par les autorités compétentes en la matière. Bien que des divergences d'opinions se manifestent dans les milieux médicaux quant aux avantages respectifs du traitement en institution et du traitement ambulatoire, on admet presque unanimement que la dépendance à l'égard des drogues, y compris l'alcool, traduit un état pathologique et qu'en pareil cas, les sanctions pénales ne sont pas du tout indiquées. Les considérations ci-dessus s'appliquent à la possession et à l'utilisation proprement dites de drogue. Il y a bien entendu des délits liés à la drogue, comme par exemple l'établissement de fausses ordonnances médicales ou la falsification d'ordonnances, le vol de drogues, le vol à main armée ou non pour financer l'achat illicite de drogues, et la conduite d'un véhicule par une personne sous l'influence de la drogue. Ces délits, qui sont tous passibles de peines d'emprisonnement dans la plupart des pays, sont aussi le symptôme d'un état pathologique auquel il ne peut être remédié que par un traitement médical approprié; c'est sous cet angle qu'il faudrait les considérer. Dans un exposé présenté à l'Organisation mondiale de la santé, dont un extrait est joint pour information sous forme d'annexe 3, le Conseil international sur les problèmes de l'alcoolisme et de la toxicomanie demande aux Etats d'éliminer des codes pénaux

^{24/} Treatment of Drug Addicts: A Survey of Existing Legislation". Int. Dig. Hlth. Leg., 1962, 13, 4-46.

"toutes les lois qui prescrivent des sanctions pénales à l'encontre des individus dont le seul crime est de s'adonner à une substance chimique, et d'enlever la responsabilité de ces individus aux autorités pénales pour la confier aux autorités médicales et sanitaires de l'Etat".

XII. Alimentation forcée

- 34. Dans les hôpitaux psychiatriques, certains patients sont régulièrement alimentés de force. Ces patients sont couramment décrits comme étant "muets, léthargiques et inaccessibles" et ils refusent toute activité y compris l'ingestion de nourriture. Il n'y a pas de solution moyenne entre celle qui consiste à les laisser mourir de faim et celle qui consiste à les alimenter de force, généralement au moyen d'une sonde flexible introduite dans l'oesophage. Ce mode d'alimentation forcée est désagréable pour tous les intéressés. Il arrive que le patient doive être immobilisé par deux infirmières ou plus pendant que le médecin lui ouvre la bouche de force avec un ouvre-bouche en métal, plonge l'extrémité de la sonde dans un lubrifiant, introduit la sonde dans l'oesophage et y fait passer des aliments liquides convenablement équilibrés. On peut appliquer cette méthode quotidiennement pendant quelques années, mais elle n'est pas sans danger car, dans le cas surtout des patients qui résistent, le liquide peut pénétrer dans la trachée et provoquer une pneumonie qui peut s'avérer mortelle. Néanmoins, nul ne saurait nier que la morale commande de faire tout ce qui est possible pour préserver la vie d'un patient psychotique même s'il n'a guère de chance de recouvrer un jour la raison et de se réintégrer dans la société.
- 35. C'est dans ce contexte qu'il faut considérer l'alimentation forcée des prisonniers ou détenus. Les prisonniers ou détenus qui décident de faire la "grève de la faim" ont commis des crimes parfois, même des crimes horribles qui ont entraîné la mort ou la mutilation d'innocentes victimes, mais les motifs auxquels ils ont obéi peuvent avoir un caractère social beaucoup plus que personnel. En pareil cas, leur refus délibéré de toute alimentation est une autre forme de protestation et un moyen d'attirer l'attention du public sur la cause sociale qu'ils entendent défendre. Certains sont prêts à se priver de nourriture jusqu'à ce que mort s'ensuive dans l'espoir d'accéder au martyre et de servir ainsi leur cause. D'autres sont animés de motifs peut-être moins idéalistes et cherchent simplement à déconcerter et embarrasser les autorités pénitentiaires et à éveiller la sympathie du public.
- 36. L'article 6 des "principes" adoptés par l'Association médicale mondiale condamne sans réserve l'alimentation "artificielle" des prisonniers qui refusent toute nourriture et sont considérés par les médecins comme étant "en état de formuler un jugement conscient et rationnel quant aux conséquences qu'entraînerait leur refus de se nourrir". Mais si le fait d'alimenter une personne contre sa volonté suscite des objections, c'est parce que les méthodes employées sont artificielles et non parce qu'elles impliquent un recours à la force. Comme on l'a déjà vu, l'alimentation artificielle permet dans certains cas de sauver des vies et ne soulève alors aucune controverse. Au demeurant, on peut fort bien forcer un

prisonnier à s'alimenter de façon naturelle en le menaçant de le torturer ou de s'en prendre à sa famille. Il semble donc que les termes généralement employés d'"alimentation forcée" ou de "gavage" refléteraient plus exactement l'esprit de cette recommandation.

37. Nonobstant le rejet inconditionnel de l'alimentation forcée des prisonniers qu'implique la recommandation de l'AMM (annexe 1), l'opinion des milieux médicaux à ce sujet n'est nullement unanime. Le refus persistant de s'alimenter jusqu'à ce que mort s'ensuive est une forme de suicide et la seule pour laquelle il ait jamais été suggéré que les médecins n'étaient pas tenus de prendre toutes les mesures préventives ou palliatives nécessaires pour préserver la vie.

L'article 63 du Code pénal français, par exemple, prévoit de lourdes peines et même des peines d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à cinq ans à l'encontre de tout individu qui s'abstient de venir en aide à une personne en danger lorsqu'il peut le faire sans risques pour lui ou pour autrui 25/. Au Royaume-Uni, le Home Secretary a déclaré en 1974 qu'un médecin d'établissement pénitentier manquerait à ses devoirs s'il laissait un prisonnier faisant la grève de la faim compromettre sa santé 26/. A un symposium international sur les soins médicaux aux prisonniers qui s'est tenu en 1972, le responsable des services médicaux d'un établissement pénitentier a déclaré:

"A l'heure actuelle, je m'occupe d'un homme qui n'a pas mangé de sa propre volonté depuis 18 mois. C'est tout simple, je ne suis pas disposé à le laisser mourir. C'est une affaire extrêmement désagréable mais la vie humaine est sacrée et cela passe avant tout 27/."

Un autre a déclaré:

"Cette situation me paraît fort claire : on est obligé de les alimenter."

38. La question de savoir ce qui constitue la capacité de "former un jugement conscient et rationnel quant aux conséquences qu'entraînerait le refus de s'alimenter" n'est évidemment pas simple et l'on pourrait sans doute considérer (on l'a fait dans certains cas) qu'un tel refus constitue en soi la preuve que l'aptitude à former un jugement est diminuée. Même si le médecin estime que la capacité de jugement d'un prisonnier n'est pas diminuée au début d'une grève de la faim, il reste à savoir si cette intégrité du jugement subsistera tout au long de la période d'inanition progressive qui précède inévitablement la mort, ou si l'extrême faiblesse physique ou le dérèglement de la conscience ne risque pas de détruire la volonté de vivre. On peut d'ailleurs concevoir que certains prisonniers, tout en résistant à l'alimentation forcée, l'acceptent secrètement en y voyant le moyen de préserver leur existence tout en s'assurant les palmes du martyre.

^{25/} Ordre des médecins. Guide d'exercice professionnel à l'usage des médecins. Paris, Masson et Cie, 1969, p. 84.

^{26/} British Medical Journal, 1974, 3, 52.

^{27/} Medical care of prisoners and detainees, Ciba Foundation Symposium 16 (new series), Amsterdam, Londres, New York, Associated Scientific Publishers, 1973, p. 91.

XIII. Punition des infractions à la discipline

- 39. Suspension de certains privilèges: Cette forme de châtiment peut consister par exemple à limiter ou à suspendre temporairement le droit de recevoir des visites, d'envoyer ou de recevoir des lettres, de regarder la télévision ou d'utiliser la bibliothèque de la prison, ou encore de participer à des activités sportives ou à l'exécution de tâches utiles. Si de telles sanctions ont pour effet de rendre encore plus malheureux un prisonnier qui l'est déjà, c'est justement ce à quoi elles visent; il serait donc vain de leur reprocher de constituer un danger pour la santé mentale.
- 40. Peines corporelles: L'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus (ci-après dénommé Ensemble de règles minima) rejette sans réserve les "peines corporelles" de toutes sortes 28/. Il serait donc oiseux de parler de leurs conséquences pour la santé de ceux qui les subissent. Toutefois ces règles ne spécifient pas quelles méthodes sont englobées dans l'expression "peines corporelles". De toute évidence, cette expression recouvre les coups assénés à l'aide d'une canne, d'un fouet, d'une corde ou d'autres instruments contondants. Elle n'englobe pas la réduction de nourriture dont il est question dans la Règle 32. On ne spécifie pas si elle englobe l'inconfort physique causé par exemple par l'obligation de dormir sans matelas, de se tenir dans une position inconfortable ou de se livrer à des exercices physiquement épuisants. Il y a lieu de noter que la Règle 31 n'est pas appliquée dans tous les pays dont certains exigent qu'un médecin soit présent lors de l'exécution de peines corporelles consistant à asséner des coups à l'aide d'un instrument contondant.
- 41. Réduction sévère de nourriture : On impose parfois à titre de punition à un prisonnier qui a commis une infraction disciplinaire une sévère réduction de nourriture, généralement pendant une période déterminée. L'Ensemble de règles minima ne rejette pas la "réduction de nourriture" en tant que punition mais prévoit qu'un médecin doit certifier par écrit que le prisonnier est capable de supporter cette punition 29/ et qu'il "doit visiter tous les jours les détenus qui subissent de telles sanctions disciplinaires et faire rapport au directeur s'il estime nécessaire de terminer ou modifier la sanction pour des raisons de santé physique ou mentale" 30/. En règle générale, les régimes alimentaires restreints ne contiennent pas en quantités suffisantes les calories protéiques, les vitamines et les minéraux (notamment les oligo-éléments) qui sont indispensables au maintien de la santé physique et, parfois, n'ont même pas la teneur voulue en hydrates de carbone pour maintenir le poids corporel. On peut assurément douter qu'il soit moralement acceptable de demander aux services médicaux d'un établissement pénitentiaire de déterminer dans quelle mesure des procédés préjudiciables à la santé peuvent être appliqués à un prisonnier à titre de sanction, ne serait-ce que temporairement. Cela reviendrait à rabaisser la mission de ces services, laquelle ne consisterait plus alors à préserver et à améliorer la santé des prisonniers mais à faire savoir dans quelle mesure leur santé peut être amoindrie sans que cela ait de conséquences durables ou mortelles.

^{28/} Règle 31.

^{29/} Règle 32 1).

^{30/} Règle 32 3).

42. Réclusion: L'Ensemble de règles minima prévoit dans le cas de ce que l'on appelle "l'isolement" la même surveillance médicale que dans le cas de "la réduction de nourriture" 31/. Le fait qu'une telle surveillance soit requise implique que "l'isolement" peut présenter un danger pour la santé mentale. S'il en est ainsi, la question se pose alors de savoir, comme dans le cas de sévères réductions de nourriture, s'il sied au service médical d'un établissement pénitentiaire qui a pour mission de préserver la santé des prisonniers, d'aider les autorités pénitentiaires à déterminer le temps maximum pendant lequel elles peuvent imposer des mesures préjudiciables à la santé. Si l'isolement était imposé non à titre de punition mais comme moyen de protéger d'autres prisonniers, le service médical de la prison ne serait pas normalement tenu d'indiquer quels en seraient les effets.

43. Il est évident que dans le cas de réductions sévères de nourriture comme dans celui de l'isolement, le responsable des services médicaux d'une prison peut, comme nous le soulignons à la section XV du présent rapport, se trouver devant un problème auquel il n'y a pas de solution simple et universellement applicable.

^{31/} Règles 32 1) et 32 3).

XIV. Moyens de contrainte

- Moyens mécaniques : Les prisonniers indisciplinés et violents qui endommagent les biens de la prison, qui sont un danger pour les autres prisonniers et pour les gardiens et les surveillants et qui risquent d'essayer de se détruire doivent de toute évidence se voir imposer d'une manière ou d'une autre des mesures de contrainte dans leur propre intérêt et dans celui d'autrui. De telles mesures sont parfois le prélude d'un transfert dans un hôpital psychiatrique où elles peuvent être encore nécessaires, parfois de façon intermittente. Elles peuvent consister à isoler le prisonnier dans une cellule ou une chambre d'hôpital verrouillée. Lorsque l'interessé manifeste des tendances à l'autodestruction, l'isolement dans une cellule matelassée, qualifiée parfois par euphémisme de "pièce tranquille", peut être considéré comme nécessaire mais on a tendance actuellement à préférer la contrainte chimique à l'isolement et parfois la présence continuelle d'une infirmière ou d'un membre de la famille, lorsque la chose est possible. Mais les milieux médicaux ne sont pas unanimes à ce sujet. Par exemple, on estime qu'il vaut "beaucoup mieux isoler une personne indisciplinée et agitée, que de l'allonger de force et de lui faire une piqure" 32/. La Règle 54 2) de l'Ensemble de règles minima stipule que : "les membres du personnel pénitentiaire doivent subir un entraînement physique qui leur permette de maîtriser les détenus violents". Il est suggéré d'ajouter à la formulation de cette règle les mots "sans leur faire de mal".
- L'Ensemble de règles minima condamne l'utilisation de chaînes ou fers en toute circonstance mais, implicitement, n'exclut pas l'utilisation des menottes ou des camisoles de force "par mesure de précaution contre une évasion pendant un transfèrement" ou "pour des raisons médicales sur indication du médecin". Mais, pour un praticien de la psychiatrie moderne aucune raison médicale ne saurait justifier l'emploi de tels moyens de contrainte mécaniques. L'Ensemble de règles minima ne mentionne pas les mesures de contrainte mécaniques ou la contrainte par la thérapie de l'électroconvulsion ou par la psychochirurgie, mais de telles méthodes ont toutes été utilisées et la première d'entre elles est certainement de loin la plus courante.
- Moyens chimiques : La contrainte chimique est loin d'être une méthode moderne 46. car elle a commencé avec l'utilisation des bromures, généralement le bromure de potassium, il y a 100 ans environ. Il a fallu presque un demi siècle pour que l'on se rende compte que l'emploi des bromures comme tranquillisants, entraîne à la longue leur concentration dans le sang et les tissus et que celle-ci aboutit à un état d'intoxication chronique qui cause des maladies mentales ou en exacerbe les manifestations. De nombreux patients détenus pendant des années dans des hôpitaux psychiatriques ont pu retourner dans leurs foyers dans un état de santé mentale satisfaisant, une fois interrompu leur traitement par les bromures. L'autres substances chimiques ont été utilisées l'une après l'autre et parfois en même temps pour maîtriser des patients perturbés : le chloral, le paraldéhyde, et les premiers barbituriques. On a fait régulièrement prendre à tous les patients de certains hôpitaux psychiatriques une ou plusieurs de ces substances chimiques afin de les rendre plus dociles, celles-ci réduisant leurs capacités intellectuelles et affectives.

^{32/} Scott, P. D., op. cit., 1970 (note de bas de page 19).

1.41

Aujourd'hui, on dispose d'une bien plus vaste gamme de drogues pour exercer diverses sortes de contrainte chimiques sur les détenus atteints de troubles mentaux, qu'il s'agisse de patients hospitalisés ou emprisonnés. D'un côté, il y a les "tranquillisants" modernes qui influent favorablement sur l'humeur sans altérer apparemment les facultés intellectuelles ou la capacité d'adaptation sociale et qui peuvent parfois améliorer celles-ci; d'un autre côté, il y a les drogues soporifiques qui servent à induire un état de torpeur ou même d'inconscience. Il est évident que l'emploi de moyens de contrainte chimiques mineurs ou majeurs n'est pas souhaitable en soi et que ces moyens ne sont justifiables que lorsqu'ils sont vraiment nécessaires et lorsqu'ils semblent devoir causer moins de mal que d'autres moyens de contrainte. Il se pose un problème du même genre lorsque le délinquant a déjà pris l'habitude d'ingérer des tranquillisants avec ou sans prescription médicale avant d'entrer en prison. En pareil cas, la question se pose de savoir s'il doit continuer à obtenir de telles drogues. C'est la situation inverse qui se produit lorsque le prisonnier ou patient ne se voit prescrire des tranquillisants pour la première fois qu'après son entrée en prison et risque au moment de sa remise en liberté d'être devenu tributaire de telles drogues. Les problèmes moraux posés par de telles situations sont complexes et il n'existe pas de réponse simple à de tels problèmes. Il est bon toutefois de rappeler que les moyens de contrainte chimiques qui étaient admis par la génération précédente sont actuellement considérés comme inacceptables. Il ne fait guère de doute que les pratiques actuelles seront un jour répudiées mais qu'on devra continuer à les appliquer, toujours sous surveillance médicale, jusqu'à ce que l'on ait trouvé une meilleure solution.

48. <u>Electroconvulsion</u>: les auteurs d'une étude qui fait le point de la situation en ce qui concerne la thérapie par électroconvulsion (TEC) appliquée aux prisonniers anormaux du point de vue psychiatrique, ont exprimé l'espoir <u>33</u>/.

"que ce mode de traitement sera bientôt appliqué automatiquement à certains cas psychiatriques bien déterminés que l'on rencontre dans les prisons. Son emploi promet d'apporter de grandes satisfactions aux médecins qui s'occupent du traitement des criminels qui sont des malades mentaux."

L'électroconvulsion serait intéressante pour le traitement "des psychotiques, des psychonévrosés et des psychopathes" 33/. Il y a lieu de noter que ces trois groupes de malades représentent toute la gamme des maladies mentales à l'exception de l'arriération mentale. Les auteurs citent également une publication du directeur médical d'une grande prison,

"qui traitait un très grand nombre de détenus manifestant les signes avant-coureurs de maladie mentale, afin d'éviter autant que possible l'apparition de psychoses graves" 34/.

^{33/} R. J. Almensi & D. J. Impastato, "The Use of Electroshock Therapy in Correctional Institutions". Dans: R. M. Lindner & R. V. Seligor, Handbook of correctional psychology. New York, Philosophical Library, 1947.

^{34/} Les noms de l'auteur et de la prison sont indiqués sans référence bibliographique.

49. Les auteurs déclarent que le traitement exige un médecin et trois assistants voire quatre dans le cas de "patients particulièrement vigoureux" et que

"la réticence à se soumettre au traitement est parfois la première difficulté rencontrée... Nous y remédions en administrant 0,55 mg d'amytale de sodium par voie intraveineuse ou intramusculaire".

Une critique que l'on a émise à l'encontre de l'emploi de la TEC dans le cas de malades violents ou indisciplinés, est que ce traitement est appliqué ostensiblement à des fins thérapeutiques mais qu'en fait il sert de moyen de contrainte 35/.

- 50. Quels que soient les avantages et les inconvénients de la TEC, il semble tout à fait inacceptable qu'on drogue un prisonnier pour l'amener à se soumettre contre sa volonté à ce traitement ou à n'importe quel autre. Qui plus est, la TEC est une sorte de thérapie entièrement empirique qui n'a pas de fondement scientifique; elle est appréciée diversement par les milieux médicaux et elle entraîne des complications comme par exemple la fracture des vertèbres par compression, ou la fracture d'autres os, bien que l'emploi de produits de relaxation des muscles aient réduit ce danger. On est amené à conclure qu'on ne devrait pas forcer un prisonnier, en lui administrant des drogues ou de toute autre manière, à se soumettre contre sa volonté à un traitement médical quel qu'il soit et qu'on ne devrait pas lui appliquer pendant qu'il est en prison, même s'il est consentant, la TEC ou tout autre traitement médical tant soit peu controversé.
- 51. <u>Psychochirurgie</u>: les objections que l'on peut élever contre l'utilisation de la TEC sur les prisonniers s'appliquent encore plus au recours à la psychochirurgie par laquelle on mutile irrémédiablement des zones cruciales du cerveau en vue de modifier le comportement. Les milieux médicaux ne sont toutefois pas unanimes à ce sujet. Au Symposium international sur les soins médicaux aux prisonniers dont il a déjà été question, un psychiatre participant a estimé que :

"Etant donné les progrès modernes accomplis dans des interventions telles que l'ablation du lobe temporal, etc., il serait tout à fait injuste de ne pas proposer à un prisonnier ce traitement même s'il est expérimental en ce sens que l'on ne peut pas entièrement en prédire les résultats" 36/.

Un autre psychiatre a déclaré, à propos des lobotomies,

"Je les considère comme absolument interdites. Elles mutilent à tout jamais et, en ce qui me concerne elles n'ont rien qui plaide en leur faveur. Un certain nombre de ces opérations ont été pratiquées sur ce qu'on appelle des sociopathes et elles n'ont fait qu'aggraver leur mal" 37/.

³⁵/ Par exemple, R. A. Hunter, "The Rise and Fall of Mental Nursing", Lancet, 1956, $\frac{1}{1}$, 98-99.

^{36/} Medical care of prisoners and detainees. Ciba Foundation Symposium 16 (new series), Amsterdam, Londres, New York, Associated Scientific Publishers, 1973, p. 72.

^{37/} Ibid., p. 97.

Un anatomiste participant a évoqué "la question morale des droits qu'a la société d'ordonner l'exécution partielle d'un prisonnier par la chirurgie" 38/. Il a lui aussi nié qu'il soit possible par la psychochirurgie d'abolir l'agression criminelle tout en laissantintacts d'autres aspects de la personnalité et du comportement. La psychochirurgie est probablement la plus controversée de tous les traitements médicaux actuellement pratiqués et c'est donc une méthode qui ne doit en aucun cas être appliquée aux prisonniers.

- Castration : les vues sont très partagées quant à la justification morale de 52. la castration considérée comme un moyen de maîtriser un comportement sexuel aberrant et quant au degré d'efficacité de cette intervention. La castration des prisonniers reconnus coupables de délits sexuels répétés peut être envisagée sous certaines réserves, dans la législation d'un pays, tandis que dans celle d'un autre, la castration à des fins autres que celle consistant à remédier à une maladie organique est un acte préjudiciable et un crime. Dans un petit pays d'Europe, il est prévu que les autorités pénitentiaires peuvent faire savoir aux hommes détenus pour des délits sexuels qu'ils peuvent demander l'autorisation de se faire castrer. La demande doit être adressée par écrit et le directeur médical de l'établissement pénitentier doit avoir expliqué au prisonnier la nature et les conséquences probables de l'opération. Les demandes sont examinées par un conseil de médecins légistes qui fait rapport au Ministre de la justice. Les autorisations sont délivrées par le Ministre et l'opération ne doit avoir lieu qu'après expiration d'un délai de six mois à compter de la date de réception de l'autorisation. En cas de maladie mentale ou d'arriération mentale, la demande peut être soumise par le père ou la mère ou par un autre gardien légal. On ne peut pas castrer une personne de moins de 21 ans "à moins qu'il n'y ait des raisons spéciales de le faire" 39/. Ces raisons ne sont pas précisées. "Les testicules sont généralement remplacés par des prothèses afin que l'aspect du scrotum reste inchangé" 40/.
- 53. Dans le pays auquel il est fait allusion plus haut, on a enregistré 900 castrations entre 1929 et 1959. Un tiers des sujets étaient des prisonniers ou des détenus, un autre tiers des patients hospitalisés dans des établissements psychiatriques ou placés dans des institutions pour déficients mentaux et le tiers restant des hommes qui ne se trouvaient dans aucune institution et qui avaient demandé à subir cette opération 41/. Une étude de contrôle consacrée à ces sujets qui tous sont qualifiés de "délinquants sexuels" a montré que 20 d'entre eux seulement (2,2 p. 100) récidivaient. On a prétendu que "plus de 90 p. 100 de ces patients étaient satisfaits de l'opération" et que ces résultats "concordent entièrement avec ceux qui ont été obtenus à la suite d'études menées dans d'autres pays d'Europe".

^{38/ &}lt;u>Ibid</u>., p. 97.

^{39/} Les conditions requises sont définies dans une loi de 1967 dont les extraits sont cités en anglais dans <u>Int. Dig. Hlth. Leg.</u>, 1968, <u>19</u>, 746-749.

^{40/} G. K. Stürup, "Sex Offenders in Denmark". Dans: I. T. Ramsey et R. Porter, Personality and science, Edimbourg et Londres, Churchill Livingstone, 1971.

^{41/} G. K. Stürup, op. cit., 1971.

On a également déclaré qu''il n'est pas rare qu'un avocat de la défense aborde la question" de la castration 42/. Ce que l'on doit déduire de cette dernière déclaration, c'est qu'un défendeur qui s'engage à déposer une demande pour être autorisé à se soumettre à la castration espère peut-être pouvoir ainsi bénéficier d'une peine plus légère.

54. Ainsi qu'il a été déclaré par un criminologiste distingué,

"une intervention irréversible qui affecte l'intégrité physique d'un homme est l'un des rares cas dans lesquels des principes fondamentaux sont en jeu. On est d'accord ou on ne l'est pas mais : on ne peut pas composer" 43/.

Ceux qui désapprouvent la castration des délinquants sexuels prétendent que cette pratique est contraire à la morale car le délinquant ou le prisonnier qui se porte volontaire pour cette opération est mu par l'espoir de se voir appliquer une sentence plus légère ou, s'il est déjà en prison, de se voir liberé plus tôt; il n'est donc pas en mesure de consentir librement et indépendamment de toute considération de profit secondaire, à une mutilation qu'il regrettera peut-être plus On a dit des prisonniers qui optent pour cette opération qu'ils "troquent leurs testicules contre leur liberté" 44/. Une solution intermédiaire serait de conseiller à un prisonnier de surseoir à toute décision concernant l'opération jusqu'à ce qu'il ait été relâché. Mais certaines autorités contestent non seulement la justification morale de la castration mais aussi son efficacité, citant par exemple le cas d'un récidiviste du viol qui s'était porté volontaire pour la castration et qui "se trouvait de nouveau en prison moins de deux ans après parce qu'il s'était mis à molester et à tuer des enfants" 45/. Il est un moyen de contrainte hormonal moins radical : l'implantation sous-cutanée de granules de stilboestrol mais cette méthode a été elle aussi critiquée car elle est inefficace.

55. Un des défauts de ces deux moyens de contrainte hormonaux tient à ce que le viol, comme d'autres délits sexuels, n'est pas simplement le produit d'une forte impulsion sexuelle mais la combinaison d'une impulsion sexuelle (qui n'est pas nécessairement plus forte que celle des individus qui ne commettent pas de viol) et de la volonté de commettre un viol. Autrement dit il n'existe pas de corrélation statistique prouvée entre la force d'une impulsion sexuelle - qu'on ne peut pas de toute façon mesurer de façon objective - et la disposition à commettre un viol. En fait, les meurtres commis par des impotents ou quasi-impotents pour des raisons sexuelles ne sont pas choses inconnues. Qui plus est, il n'existe même pas de corrélation reconnue entre la quantité d'hormones androgènes dans la circulation sanguine et la force de la libido. La conclusion à tirer est probablement la suivante : quelles que soient les considérations morales en jeu, on n'estime

^{42/} Idem.

^{43/} Medical Care of prisoners and detainees. Ciba Foundation Symposium 16 (new series) Amsterdam, Londres, New York, Associated Scientific Publishers, 1973, p. 73.

^{44/} Ibid. 1971, p. 72.

^{45/} Ibid., p. 75.

pas généralement dans les milieux médicaux, l'opinion selon laquelle la castration ou la dévirilisation hormonale sont des traitements exerçant une action efficace sur les délinquants sexuels; il s'agit donc là de méthodes dont l'application aux prisonniers est contestable.

XV. Méthodes d'interrogation intensive

- Tout le monde sait qu'il est parfois fait usage de méthodes d'interrogation intensive accompagnées de sévices plus ou moins graves à l'égard de prisonniers de guerre - au mépris des Conventions de Genève ou à l'égard de prisonniers civils ou de détenus au mépris très souvent des législations nationales ou des droits constitutionnels en vigueur. Ces sévices sont plus volontiers exercés à l'égard de prévenus soupçonnés de délits très graves - meurtres, viols ou attentats à la bombe par exemple - qui soulèvent l'indignation non seulement du public mais des représentants de la loi et de l'ordre parce qu'ils entraînent la mort ou la mutilation de victimes innocentes. Ils sont parfois infligés à des détenus soupçonnés d'avoir commis ou d'avoir eu l'intention de commettre des actes de terrorisme ou encore de savoir que des tiers avaient l'intention d'en commettre. Comme les pratiques en question suscitent en général l'horreur du public et compromettent les gouvernements qui en autorisent l'usage, ceux-ci sont enclins à dissimuler ou à nier leur existence. Les seules informations dont on dispose normalement sur l'emploi de ces pratiques sont fournies par les témoignages d'anciens détenus qui déclarent les avoir subies. Ces témoignages, pour sincères qu'ils soient, reposent en fait sur des allégations; ils n'ont pas le même pouvoir de conviction qu'un verdict rendu à l'issue d'une confrontation entre accusateurs et accusés ou qu'une évaluation objective du bien-fondé de chaque cas, par un tribunal impartial.
- 57. L'enquête officielle approfondie entreprise il y a quelques années à la suite de désordres provoqués par l'emploi allégué de pratiques brutales d'interrogation intensive est la seule de ce genre qui ait été menée. Si nous la mentionnons dans ce rapport ce n'est pas parce que l'emploi des pratiques en question constitue une violation particulièrement flagrante du droit des détenus. Au contraire, le gouvernement en cause a pris l'initiative inhabituelle et qui lui fait honneur de constituer à deux reprises des commissions indépendantes d'hommes publics éminents chargés de recueillir les témoignages à la fois des détenus qui prétendaient avoir été soumis à des pratiques abusives et du personnel en cause, y compris de médecins. A la suite de cette enquête, les pratiques dénoncées par les détenus ont été abandonnées. Les rapports des deux commissions ont été officiellement publiés.
- 58. Ce n'est pas sans répugnance que nous évoquons ici le souvenir de pratiques inadmissibles auxquelles le gouvernement qui s'y livrait a volontairement renoncé; toutefois, par leur franchise même les publications officielles de ce gouvernement constituent une source unique de renseignements sur la nature de certaines méthodes d'interrogation intensive. Il ne fait aucun doute que des méthodes pour le moins aussi rigoureuses soient pratiquées dans d'autres pays; toutefois, les renseignements à ce sujet reposent sur des allégations et non sur les résultats d'une enquête rigoureusement impartiale.
- 59. Les rapports évoqués plus haut sont généralement connus sous le nom de rapport Compton et de rapport Parker et sont mentionnés comme tels dans la section VI;

chacun d'eux a été rédigé par une commission d'enquête de trois membres. rapport Compton est un résumé des témoignages recueillis auprès de 11 détenus soupçonnés d'avoir été mêlés à des activités terroristes et auprès d'administrateurs de prison. Tous les détenus se sont plaints d'avoir eu la tête couverte d'un capuchon pendant les interrogatoires ou lorsqu'ils étaient seuls dans leur cellule et d'avoir été soumis dans leur cellule à un bruit persistant et monotone. Ils se sont plaints également de ce que, pendant leur interrogatoire, ils devaient rester face au mur, bras levés et jambes écartées, ne recevaient pour toute nourriture que du pain et de l'eau et étaient privés de sommeil. Le groupe chargé d'écouter les plaignants a reconnu le bien-fondé de leurs allégations; il a estimé que les pratiques qui consistaient à recouvrir la tête des détenus d'un capuchon, à les obliger de rester debout contre un mur et à les priver de sommeil et presque de nourriture, constituaient des sévices mais non toutefois des actes de brutalité. La commission a également conclu que l'on n'avait pas suffisamment pris conscience des risques que comportait ce type de traitement pour la santé et que les dispositions adoptées à cet égard étaient insuffisantes.

- 60. Les trois auteurs du rapport Parker étaient des membres du Conseil privé. Deux d'entre eux ont établi le rapport de la majorité dans lequel l'on admettait le recours aux méthodes d'interrogation incriminées sous réserve que certaines précautions soient prises; le troisième membre, ancien Grand Chancellier, a présenté un rapport de la minorité qui condamnait ces pratiques comme moralement injustifiables et, de plus, illégales. Le gouvernement a adopté ce dernier rapport.
- 61. Dans le cas cité, les médecins charges de surveiller la santé des détenus devaient déterminer si ceux-ci étaient en mesure de subir les sévices qu'impliquaient les méthodes d'interrogation utilisées. Les auteurs du rapport Compton ont loué ces médecins de l'efficacité avec laquelle ils se sont acquittés de cette tâche peu courante; leur reprochant seulement de n'avoir pas procédé de façon suffisamment systémàtique à l'examen médical dont ils étaient chargés. Dans la mesure où la méthode d'interrogation utilisée a été ultérieurement déclaré illégale, ces médecins se trouvent avoir involontairement coopéré à des pratiques illicites.
- 62. Lorsque les méthodes d'interrogation s'accompagnent légalement ou non de sévices à l'égard des détenus, le médecin se trouve placé dans une situation extrêmement délicate dont on ne saurait exagérer la complexité. Si l'examen du détenu ne lui permet pas de conclure que la méthode d'interrogation prévue risque de compromettre définitivement sa santé et s'il établit son rapport en conséquence, il contribue au déroulement de l'interrogation. S'il refuse d'exprimer un avis, il risque de contribuer passivement à l'emploi de pratiques susceptibles de compromettre définitivement la santé, voire même de menacer la vie du détenu, car il est peu probable que son refus aura pour effet de suspendre l'interrogatoire. Il semble donc que le seul mérite de l'examen médical précédant l'interrogatoire soit d'éviter à un certain nombre de détenus de subir des sévices qui sans cela leur seraient infligés.
- 63. On peut trouver étrange que, comme c'est le cas pour la mise au secret ou pour la mise au régime alimentaire restreint, les médecins des prisons soient contraints de choisir pour ainsi dire les prisonniers ou les détenus aptes à subir de mauvais traitements. Et pourtant, sans leur intervention, de mauvais traitements seraient

infligés à des détenus incapables de les supporter. Dans ces conditions, il est parfois très difficile pour le médecin des prisons de prendre la décision la mieux appropriée à chaque cas. En réalité, il s'agit là non d'un problème médical mais d'une question qui se pose à la conscience de la société tout entière.

XVI. Expériences biologiques et médicales pratiquées sur des prisonniers

64. Nous avons déjà évoqué l'emploi, comme moyens de contrainte, de traitements au sujet desquels l'opinion est très partagée et qu'il convient donc de considérer comme expérimentaux et, partant, inappropriés au traitement des prisonniers. Ceci s'applique tout particulièrement aux prisonniers qui ne peuvent consulter un médecin de leur choix lequel pourrait justement s'opposer à ce qu'ils subissent un tel traitement. La thérapie par l'aversion, sans constituer une forme de contrainte, doit néanmoins être considérée elle aussi comme une méthode qui n'a pas encore dépassé le stade expérimental. On l'a utilisée notamment à l'égard de drogués, de délinquants sexuels et de joueurs invétérés amenés par leur passion à enfreindre les lois. L'intéressé doit alors raconter ses méfaits pendant qu'on lui administre un stimulant désagréable, un électrochoc par exemple ou une drogue comme l'apomorphine qui provoque des nausées violentes.

65. L'on a souvent critiqué l'emploi de volontaires à des fins d'expérimentation biomédicale non-thérapeutique, qu'il s'agisse de prisonniers ou d'autres éléments de la population tels que des étudiants.

"Les adversaires de ces expérimentations soutiennent que, dans ces groupes, des incitations spéciales peuvent intervenir - par exemple, le désir des étudiants de s'attirer les faveurs des professeurs ou de ne pas donner l'impression d'être peu coopératifs - qui invalident le consentement. Aux Etats-Unis d'Amérique, on a largement eu recours à des détenus volontaires pour les premiers essais cliniques de préparations pharmaceutiques nouvelles et pour d'autres investigations. Les prisons qui autorisent ces pratiques appliquent parfois un barème de rémunération détaillé : dans l'une des prisons du pays, cette rémunération varie entre 25 cents pour un spécimen de selles et 12 dollars pour une ponction de moelle osseuse." 46/

66. Les partisans de l'utilisation de détenus comme volontaires font valoir que leur participation à des expériences leur permet d'échapper à la monotonie de la vie en prison :

^{46/ &}quot;L'élément santé dans la protection des droits de l'homme face aux progrès de la biologie et de la médecine", rapport de l'OMS distribué à la Commission des droits de l'homme du Conseil économique et social sous la cote E/CN.4/1173, le 18 février 1975.

"Pour ces prisonniers, la vie est foncièrement ennuyeuse et consiste en une succession de jours tous semblables. Les expériences viennent rompre cet ennui et apportent du nouveau. Elles introduisent une note d'intérêt dans la vie des prisons. De manière générale, l'homme a besoin d'être stimulé." 47/

L'auteur poursuit :

"Les volontaires étaient devenus le centre d'intérêt de toute la prison, des autres détenus comme de tout le personnel. On les interrogeait sur le déroulement de l'expérience, sur les conditions requises pour être volontaires et sur les avantages qu'on en pouvait tirer. Au cours des conversations, les volontaires purent constater qu'ils n'étaient plus perdus dans la masse. Soudain, ils étaient devenus importants. Pour un temps du moins, ils représentaient l'élite de leur propre société."

- 67. Les expérimentations sur des détenus volontaires se déroulent parfois à l'intérieur des prisons et parfois dans un hôpital ordinaire. Dans un hôpital universitaire, un détenu a passé près d'un an à participer à des études sur les effets de certaines antivitamines sur le métabolisme du pantothène 48/. Dans cet hôpital, les prisonniers offrant leurs services recevaient un dollar par jour.
- 68. C'est dans le domaine de la pharmacologie clinique que l'on a le plus largement recours à des détenus volontaires à des fins d'expérimentation. Aux Etats-Unis d'Amérique, l'introduction de nouvelles préparations pharmaceutiques dans la pratique médicale est soumise à des conditions extrêmement rigoureuses; les médicaments nouveaux doivent avoir été expérimentés sur des volontaires humains en bonne santé avant de pouvoir être administrés à des malades au cours d'essais cliniques 49/. Après un très grand nombre d'essais pratiqués sur des animaux, l'on acquiert la quasi-certitude que ces médicaments ne présentent pas de danger pour les êtres humains; toutefois, ce n'est que lorsque des millions de doses ont été administrées au cours d'essais cliniques que des effets secondaires indésirables commenceront éventuellement à se manifester. Comparaissant devant un sous-comité du Sénat des Etats-Unis en 1973, le Président de l'Association des produits pharmaceutiques des Etats-Unis a avancé deux grands arguments pour justifier le recours à des détenus volontaires : i) les sujets forment un groupe "relativement homogène" et vivent dans un environnement constant à différents égards; ii) la rétribution de ces volontaires est très inférieure à celle que réclameraient des sujets libres. Le témoin a déclaré que "la principale considération qui pousse les détenus à participer à l'expérimentation est la rémunération". Il a cité un certain nombre de motifs supplémentaires : "échapper à l'ennui de la vie de prison;

^{47/} J. C. McDonald, "Why Prisoners Volunteer to be Experimental Subjects". J. Amer. Med. Ass., 1967, 202, 511-512.

^{48/} R. E. Hodges, & W. B. Bean, "The Use of Prisoners for Medical Research". J. Amer. Med. Ass., 1967, 202, 513-515.

^{49/} Etats-Unis. Code of Federal Regulations, titre 21, Parts 130 to 146 e, Washington, 1970.

participer à un effort louable; se prouver et prouver aux autres qu'on est capable de faire des choses bonnes et utiles; s'attirer le respect des autres, montrer aux autorités qu'on se réforme". 50/

69. En 1973, le Département de la santé, de l'éducation et de la prévoyance sociale des Etats-Unis, a élaboré un ensemble très complet et très objectif de principes à prendre en considération avant d'accepter la participation volontaire de détenus à des expérimentations biomédicales. Ces considérations sont l'aboutissement de plusieurs années d'études consacrées aux problèmes de l'expérimentation sur l'homme tant par divers spécialistes des sciences médicales que par des groupes s'intéressant aux droits de l'homme; comme telles elles méritent d'être reproduites de manière assez détaillée:

"La recherche clinique exige souvent la participation de volontaires normaux; c'est le cas par exemple, aux premiers stades de l'évaluation d'un médicament ou d'un vaccin. Il arrive parfois que la nécessité de normaliser certaines variables ou de contrôler les réactions sur une période de temps prolongée exige que les sujets faisant l'objet d'expérimentations restent dans un environnement contrôlé pendant la durée de celles-ci. Les détenus se prêtent particulièrement bien à de telles études puisque contrairement à la moyenne des adultes, ils peuvent donner tout leur temps à la recherche sans qu'il leur en coûte rien, ou presque. Toutefois, la situation spéciale des prisonniers exige qu'ils bénéficient d'une protection particulière lorsqu'ils participent à des projets de recherche.

Si aucune objection juridique ou morale ne s'oppose à la participation de volontaires normaux à la recherche, la participation de volontaires détenus dans une institution soulève certains problèmes. De nombreux aspects de la vie institutionnelle risquent d'exercer sur la décision des volontaires une influence qui peut aller, qu'on le veuille ou non, jusqu'à la coercition. Là où il n'est pas possible d'exercer une activité productrice, les projets de recherche permettent d'échapper à l'ennui. Là où il n'est pas possible de gagner de l'argent, ils constituent une source de revenus. Là où les conditions de vie sont insatisfaisantes, les projets de recherche offrent un répit sous forme d'une bonne nourriture, d'un bon lit et de soins médicaux. Il n'y a rien à redire à celà; toutefois, les avantages offerts (au regard des privations subies) peuvent pousser les prisonniers à demander de participer à des recherches qui présentent des risques de souffrance et d'incapacité auxquels, dans des circonstances normales, ils n'auraient pas acceptés de s'exposer. Par ailleurs, il n'est pas exclu que le prisonnier espère que sa participation à des recherches sera considérée favorablement par les autorités de la prison dont dépend l'octroi de ses quelques autres privilèges et par le Comité des remises de peines (dont dépend sa libération éventuelle). Ces considérations jouent tout particulièrement lorsque la recherche implique une modification du comportement ou qu'elle est supposée exercer une action thérapeutique sur le détenu. Celui-ci, en acceptant alors

^{50/} United States Congress. Senate Committee on Labour and Public Welfare. Subcommittee on Health. Quality of health care - human experimentation, 1973. Hearings ... Ninety-third Congress, First Session, Washington, 1973, p. 846-883.

de participer espère inévitablement qu'un résultat positif augmentera ses chances d'être libéré sur parole. Dans ces conditions, le prisonnier aura bien du mal à résister aux offres dont s'accompagne la recherche thérapeutique aussi, est-il particulièrement nécessaire de protéger les prisonniers qui participent à la recherche, qu'il s'agisse ou non de recherche thérapeutique. De nombreux prisonniers ont des raisons profondes de participer à la recherche et ils estiment injuste qu'on songe à leur refuser ce droit. Tant que la société, par l'intermédiaire de ses organes judiciaires et législatifs n'aura pas décidé d'interdire une telle participation, des mécanismes devront être mis au point pour protéger les détenus qui participeront éventuellement ou qui participent actuellement à des projets de recherche des aspects coercitifs de l'incarcération qui diminuent leur capacité de libre consentement 51/."

- 70. Pour que la médecine continue à progresser, il importe que toute nouvelle drogue ou tout nouveau médicament soit essayé sur un être humain ou un groupe d'êtres humains. Dans la pratique, un essai effectué sur un seul individu n'est pas concluant en raison de la diversité des réactions individuelles; rappelons pourtant en passant que le premier essai clinique de la pénicilline a été effectué sur un seul sujet pour la raison toutefois que la dose d'antibiotique dont on disposait était si faible qu'elle permit tout juste d'améliorer temporairement l'état du malade 52/. Il reste donc à décider sur quel groupe de personnes il convient d'essayer un médicament pour la première fois; faudra-t-il choisir des malades ayant besoin d'être soignés ou des volontaires en bonne santé? Une question subsidiaire se pose, celle de savoir si des malades ayant besoin d'être soignés devraient faire l'essai d'un médicament jamais utilisé auparavant sur un être humain et susceptible d'avoir sur leur santé des effets secondaires inattendus.
- 71. La plupart des pays, autorisent l'essai de médicaments nouveaux sur des malades à condition que soient adoptées certaines précautions et certaines mesures de contrôle qui diffèrent considérablement d'un pays à l'autre. Lorsque les essais ne sont autorisés qu'après avoir été pratiqués sur un échantillon représentatif de volontaires humains en bonne santé, la question se pose de savoir dans quel se secteur de la société de tels volontaires pourront être recrutés. Les étudiants en médecine et en soins infirmiers constituent une source éventuelle de volontaires pour des expériences de durée relativement brève, bien que leur utilisation à cette fin se soit heurtée à diverses objections. Cependant, quand une expérience doit se poursuivre pendant des semaines, voire des mois sous un contrôle rigoureux, les étudiants et les personnes pourvues d'un emploi ne disposent pas du temps nécessaire; il reste alors à s'adresser aux chômeurs, aux retraités et aux détenus. Ces trois groupes ont ceci en commun qu'ils disposent d'un temps illimité et qu'une rémunération de leurs services, même modeste, constitue souvent pour eux une motivation suffisante.

^{51/} United States, Federal Register, 1973, 38, 31743

^{52/} E. P. Abraham, E. Chain, C. M. Fletcher, H. W. Florey, A. D. Gardner, N. G. Heatley, M. A. Jennings, "Further observations on penicillin". <u>Lancet</u>, 1941, 2, 177-188

72. Le cas des prisonniers qui proposent volontairement leurs services est souvent considéré comme un cas à part alors qu'en fait leur motivation ne diffère pas essentiellement de celle qui anime d'autres groupes sociaux spéciaux. Ce qui est unique dans le cas de ces détenus c'est qu'ils ont des motifs profonds d'échapper à la misère et à la monotonie de leur existence, d'améliorer leur confort, de mériter en quelque sorte l'approbation de la société et dans certains cas de se soustraire aux traitements humiliants que leur infligent leurs compagnons de prison ou leurs gardiens. Dès lors que l'on interdit toute expérience susceptible d'entraîner la mort ou de compromettre définitivement la santé d'êtres humains, est-il bien raisonnable de condamner sans nuance la participation de détenus à toute expérience biomédicale? Une telle condamnation ne tient pas compte de l'offre limitée de volontaires pour les expériences autres que les traitements de courte durée, ni des avantages matériels et moraux que peut retirer un détenu de sa participation à des expériences biomédicales.

XVII. Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus

- 73. Les règles 22 et 26 de l'Ensemble des règles minima se rangent sous l'intitulé "Services médicaux". Toutefois, il existe de nombreuses autres règles comportant des incidences importantes pour la santé; la plupart d'entre elles consistent en une énumération de facto sans aucune précision quantitative dans de nombreux cas des conditions à respecter en matière de santé. Il s'agit des règles, 10, 11, 12, 13, 15, 17 (1) (2), 20, 21, 32, 33 (b) (c), 43 (2) (4), 44 (1), 42 (2), 49 (1), 52 (1) (2), 53 (3), 62, 66 (2), 71 (2), 82, 83, 91.
- 74. Il serait à souhaiter que toutes les règles concernant la santé des détenus soient réunies, classées et codifiées de manière à constituer ce que l'on pourrait considérer comme "la charte de santé des détenus" et que nous appellerons ci-après "la charte de santé".
- 75. Cette initiative n'obligerait pas nécessairement à refondre l'Ensemble des règles minima actuelles. La charte de santé pourrait être jointe en annexe a cet ensemble pour être consultée par ceux qui s'intéressent particulièrement à la protection de la santé des détenus, ou être publiée séparément.
- 76. La question se pose de savoir si, pour élaborer la "charte de santé", l'on pourrait se contenter de reclasser les règles en vigueur en matière de santé et de soins médicaux ou s'il serait préférable d'étudier chaque règle en vue de proposer des amendements ou éventuellement des dispositions supplémentaires.
- 77. S'il était jugé souhaitable d'élaborer une "charte de santé", éventuellement en amplifiant ou en amendant celles des règles minima qui concernent la santé du prisonnier ou du détenu, le Directeur général de l'OMS étudierait dans quelles mesures il pourrait contribuer à l'élaboration de ce document qui n'aurait aucune force obligatoire mais serait proposé comme objectif souhaitable.

XVIII. Conclusions

78. L'on s'est efforcé dans le présent document d'évoquer brièvement les diverses situations dans lesquelles la santé des prisonniers et des détenus peut entrer en jeu, les répercussions que comportent certaines de ces situations pour les services de santé, des prisons et la mesure dans laquelle l'Organisation mondiale de la santé est concernée par les considérations éthiques qu'impliquent ces situations. Le document expose l'attitude de l'Organisation mondiale de la santé à l'égard des problèmes de protection de la santé des prisonniers et des détenus. Pour toute nouvelle étude des problèmes qui découleraient des débats du cinquième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, l'ensemble de la question devrait être étudié par des organes directeurs de l'OMS.

Annexe I

PROJET DE DECLARATION DE TOKYO ETABLI PAR L'ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE

DIRECTIVES A L'INTENTION DES MEDECINS

En ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention et l'emprisonnement.

Déclaration approuvée par le Conseil de l'Association médicale mondiale en mars 1975. Le Conseil recommande à la vingt-neuvième Assemblée médicale mondiale (Tokyo, octobre 1975) d'adopter la présente déclaration sous le titre de Déclaration de Tokyo.

PREAMBULE

Le médecin a le privilège d'exercer son art pour servir l'humanité. Il doit conserver et rétablir la santé physique et mentale pour tous sans discrimination, consoler et soulager ses patients. Le médecin doit garder le respect absolu de la vie humaine même sous la menace et ne fera pas usage de ses connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

DECLARATION

- l. Le médecin ne devra jamais approuver, absoudre ou participer aux actes de torture ou autres formes de traitements cruels, inhumains ou dégradants quels que soient la faute commise, l'accusation, les croyances ou motifs de la victime, dans toutes situations, ainsi qu'en cas de conflit civil ou armé.
- 2. Au sens de la présente déclaration, la torture peut être définie comme les souffrances physiques ou mentales infligées à un certain degré, délibérément, systématiquement ou sans motif apparent par une ou plusieurs personnes agissant de leur propre chef ou sous l'ordre d'une autorité pour obtenir par la force des informations, une confession ou une coopération de la victime.
- 3. Le médecin ne devra jamais fournir les locaux, instruments, substances, ou faire état de ses connaissances pour faciliter l'emploi de la torture ou autre procédé cruel, inhumain ou dégradant ou affaiblir la résistance de la victime à ces traitements.
- 4. Le médecin ne devra jamais être présent lorsque le détenu est menacé ou soumis à la torture ou à toute autre forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant.

A/CONF.56/9 Français Annexe I Page 2

- 5. Le médecin doit avoir une indépendance clinique totale pour décider des soins à donner à une personne placée sous sa responsabilité médicale.
- 6. Lorsqu'un prisonnier refuse toute nourriture et que le médecin estime que celui-ci est en état de formuler un jugement conscient et rationnel quant aux conséquences qu'entraînerait son refus de se nourrir il ne devra pas être alimenté artificiellement. La décision en ce qui concerne la capacité du prisonnier à exprimer un tel jugement devra être confirmée par un deuxième médecin indépendant pour le moins. Le médecin devra expliquer au prisonnier les conséquences que sa décision de ne pas se nourrir pourraient avoir sur sa santé.
- 7. L'Association médicale mondiale appuiera et devra inciter la communauté internationale, les associations nationales membres et tous les médecins à soutenir le médecin et sa famille qui feraient l'objet de représailles ou menaces pour avoir refusé d'accepter que des moyens de torture ou autres formes de traitements cruels, inhumains ou dégradants soient employés.
- 8. Le médecin doit en toutes circonstances, et dans la limite du possible, soulager les souffrances de ses semblables et aucun motif d'ordre personnel, collectif ou politique ne pourra prévaloir contre ce noble objectif.

′ **.** . .

Annexe II

SERMENT DE GENEVE ET DECLARATION D'HELSINKI ETABLIS PAR L'ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE

SERMENT DE GENEVE

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale :

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

J'exercerai mon art avec conscience et dignité.

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.

Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi, même après la mort du patient.

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Mes collègues seront mes frères.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception; même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Je fais ces promesses solennellement, librement, sur l'honneur.

Le texte du Code international d'éthique médicale est le suivant :

Devoirs généraux des médecins

Le médecin doit toujours maintenir une situation morale exemplaire et respecter les impératifs de sa profession.

Le médecin ne peut jamais poser un acte médical motivé par le bénéfice personnel qu'il peut en retirer.

Sont antidéontologiques :

- a) Tous procédés de réclame et publicité autres que ceux expressément autorisés par les us et coutumes et codes d'éthiques nationaux.
- b) Toute collaboration à une entreprise ou institution de soins où le médecin ne jouirait pas de son indépendance professionnelle.
- c) L'acceptation ou le versement d'une rémunération quelconque pour des soins donnés à un malade qui ne soit justifiée par les services rendus, même au su du patient.

Il est interdit au médecin de donner un conseil ou de poser un acte médical prophylactique, diagnostique ou thérapeutique qui ne soit justifié par l'intérêt direct du patient et notamment d'affaiblir la résistance physique ou mentale d'un être humain à moins de nécessité thérapeutique.

Le médecin doit user de la plus grande prudence en matière de divulgation de découvertes ou procédés de traitement.

Le médecin ne doit certifier ou attester que ce qu'il peut personnellement constater.

Devoirs des médecins envers leurs malades

Le médecin doit avoir toujours présent à l'esprit le souci de conserver la vie humaine.

Le médecin doit à son malade toutes les ressources de sa science et tout son dévouement. Lorsqu'un malade ou un traitement dépassent ses capacités il doit faire appel à tel autre médecin qualifié en la matière.

Le médecin doit à son malade le secret absolu en tout ce qui lui a été confié en raison de la confiance qui lui a été accordée.

Le médecin doit en cas d'urgence les soins nécessaires par devoir d'humanité; il peut se retirer après s'être assuré que ces soins seront donnés par une autre personne qualifiée.

Devoirs des médecins les uns envers les autres

Le médecin doit traiter ses confrères comme il désirerait être traité par eux.

Le médecin doit s'abstenir de tout détournement de clientèle.

Le médecin doit observer les préceptes inclus dans le Serment de Genève approuvé par l'Association médicale mondiale.

3

DECLARATION D'HELSINKI

La fonction sociale et naturelle du médecin est de veiller à la santé de l'homme. Il exerce cette fonction dans la plénitude de son savoir et de sa conscience.

Le Serment de Genève de l'Association médicale mondiale engage le médecin à considérer "la santé du patient comme /son/ premier souci" et le Code international d'éthique médicale "interdit au médecin de donner un conseil ou de poser un acte médical prophylactique, diagnostique ou thérapeutique qui ne soit pas justifié par l'intérêt direct du patient et notamment d'affaiblir la résistance physique ou mentale d'un être humain, à moins de nécessité thérapeutique".

Comme il s'est avéré indispensable pour le progrès de la science et pour le bien de l'humanité souffrante d'appliquer les résultats des expériences de laboratoire à l'homme, l'Association médicale mondiale a rédigé les "Pecommandations pour guider les recherches portant sur l'homme". Il est relevé qu'un tel code est destiné à être un élément pour éclairer la conscience des médecins du monde entier. Ceux-ci ne sont pas exonérés de leur responsabilité pénale, civile et déontologique à l'égard des lois et règles internes de leur propre pays.

Il convient d'établir une distinction fondamentale dominant tout le protième entre : d'une part, l'expérimentation sur l'homme à but essentiellement thérapeutique à l'égard du patient, et d'autre part, l'expérimentation sur l'homme dont l'objet essentiel est purement scientifique, c'est-à-dire sans finalité thérapeutique à l'égard du sujet de l'expérience.

I. Dispositions communes

- l. L'expérience sur un être humain doit respecter les principes moraux et scientifiques qui justifient la recherche en médecine humaine. L'expérience sur un être humain doit être basée sur des examens de laboratoire, des essais sur des animaux ou sur toute autre donnée scientifiquement établie.
- 2. L'expérience sur un être humain doit être menée par des personnes scientifiquement qualifiées et sous la surveillance d'un médecin qualifié.
- 3. L'expérience ne peut être tentée légitimement que si l'importance du but visé est en rapport avec le risque encouru par le sujet.
- 4. Avant d'entreprendre une expérience, il faut évaluer soigneusement les risques et les avantages prévisibles pour le sujet ou pour d'autres.
- 5. Le médecin doit user d'une prudence particulière lorsqu'il entreprent une expérience au cours de laquelle la personnalité du sujet peut être altérée par les médicaments ou les procédés d'expérimentation.

A/CONF.56/9 Français Annexe II Page 4

II. Expérimentation thérapeutique

- l. Au cours du traitement, le médecin doit avoir la liberté de recourir à une nouvelle méthode thérapeutique s'il juge que celle-ci offre un sérieux espoir de sauver la vie, de rétablir la santé ou de souleger les souffrances du malade.
- Il doit, dans la mesure du possible et compte tenu de la psychologie du patient, se procurer son consentement libre et éclairé et, en cas d'incapacité juridique, celui de son représentant légal. En cas d'incapacité physique, le consentement du représentant légal remplacera celui du malade.
- 2. Le médecin ne peut associer l'expérimentation sur l'être humain à la médecine de soins en vue de l'acquisition de connaissances médicales nouvelles que dans la mesure où cette expérimentation se justifie par une utilité thérapeutique à l'égard de son malade.

III. Expérimentation non thérapeutique

- 1. Dans l'application d'expérience purement scientifique entreprise sur l'homme, la fonction du médecin en tant que tel consiste à rester le protecteur de la vie et de la santé du sujet de l'expérience.
- 2. La nature, le motif et les risques sur la vie et la santé du sujet de l'expérience doivent lui être expliqués par le médecin.
- 3a. L'expérimentation sur un être humain ne peut être entreprise qu'avec le consentement libre et éclairé du sujet et, s'il est juridiquement incapable, celui de son représentant légal.
- 3b. Le sujet soumis à l'expérience doit être dans un état physique, mental et juridique tel qu'il puisse exercer pleinement sa faculté de choisir.
- 3c. Le consentement doit, dans la règle, être donné par écrit. La responsabilité d'une expérience sur un être humain incombe toujours à l'homme de science; elle n'incombe jamais au sujet qui se soumet de plein gré à l'expérience.
- 4a. Le droit de chaque individu à sauvegarder l'intégrité de sa personne doit être respecté par l'expérimentateur, spécialement si le sujet se trouve dans un état de dépendance vis-à-vis de l'expérimentateur.
- 4b. Le sujet ou ses représentants légaux doivent être libres à tout moment de suspendre l'expérience. L'expérimentateur et ses collaborateurs doivent arrêter l'expérience si à leur avis, sa poursuite risque d'exposer le sujet expérimenté à des dangers.

^{*} Note : Par "incapacité juridique", on entend "incapacité de donner librement son consentement".

Annexe III

EXTRAIT D'UNE DECLARATION DU CONSEIL INTERNATIONAL SUR LES PROBLEMES DE L'ALCOOLISME ET DE LA TOXICOMANIE (MAI 1975)

Traitement des toxicomanes

Il est largement reconnu qu'il est dans l'intérêt de l'Etat souverain comme de l'individu que les toxicomanes soient traités comme des malades dont le cas relève de la santé publique et non comme des criminels; c'est pourquoi il faudra prévoir des procédés et des méthodes différents selon qu'ils s'appliquent à des individus manifestant des symptômes de toxicomanie (ou d'ivresse) ou à des criminels. Il sera peut-être nécessaire, de temps en temps, que l'Etat souverain intervienne et restreigne la liberté des toxicomanes pour empêcher que l'usage généralisé, nocif et non thérapeutique de substances chimiques ne se répande dans la société, mais cette intervention aura pour but la réadaptation médicale et sociale de l'individu et ne sera pas considérée comme une mesure punitive.

Etant donné la nécessité de faire la différence entre les toxicomanes et les criminels, le Conseil international sur les problèmes de l'alcoolisme et de la toxicomanie demande que l'on élimine des codes pénaux toutes les lois qui prescrivent des sanctions pénales à l'encontre des individus dont le seul crime est de s'adonner à une substance chimique et d'enlever la responsabilité de ces individus aux autorités pénales pour la confier aux autorités médicales et sanitaires de l'Etat.

 $\searrow_{\mu i} Z$.

This archiving project is a collaborative effort between the United Nations Office on Drugs and Crime and the American Society of Criminology, Division of International Criminology. Any comments or questions should be directed to Cindy J. Smith at cjsmithphd@comcast.net or Emil Wandzilak at emil.wandzilak@unodc.org.