



Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin  
Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine  
Commissione nazionale d'etica per la medicina  
Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics

# **Sur l'obligation de communiquer des informations couvertes par le secret médical en prison**

**Prise de position no. 23/2014**

**Berne, mai 2014**

## **Approuvé par la commission le 16 mai 2014**

Membres de la commission :

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Otfried Höffe (président), Prof. Dr. méd. Annette Boehler, Dr. méd. Kurt Ebnetter-Fässler, Prof. Dr. méd. Samia Hurst\*, Prof. Dr. iur. Valérie Junod\*, Dr. Bertrand Kiefer\*\*, Prof. Dr. theol. Frank Mathwig, PD Dr. méd. Paolo Merlani, Prof. Dr. François-Xavier Putallaz, Prof. Dr. Katja Rost, Dr. méd. Benno Röthlisberger, Prof. Dr. iur. Bernhard Rüttsche, Maya Shaha, PhD, RN, Prof. Dr. iur. Brigitte Tag, PD Dr. theol. Markus Zimmermann.

\* Membre du groupe de travail préparatoire

\*\* Président du groupe de travail préparatoire

**Editeur** : Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, CNE

**Rédaction** : Simone Romagnoli, PhD

**Graphisme et mise en page** : Künzle Druck AG, John Huizing, Zürich

**Adresse de référence** : [www.nek-cne.ch](http://www.nek-cne.ch) ou secrétariat NEK-CNE, c/o OFSP, 3003 Berne

**Contact** : [nek-cne@bag.admin.ch](mailto:nek-cne@bag.admin.ch)

Cette prise de position est publiée en français, en italien et en allemand. Elle est disponible en anglais sur [www.nek-cne.ch](http://www.nek-cne.ch).

© 2014 Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, Berne

Reproduction autorisée avec mention de la source

## Recommandation

Reconnaissant:

- le souci légitime de protéger la population, en particulier contre des actes criminels violents ;
- la nécessité d'évaluer la dangerosité des détenus afin de prononcer les peines et les mesures les plus adéquates ;
- la nécessité d'améliorer en permanence cette évaluation ;
- l'importance d'une collaboration basée sur la confiance entre tous les acteurs du système pénitentiaire ;

Compte tenu :

- qu'une obligation de communiquer ne facilite pas l'évaluation de la dangerosité, et donc ne constitue pas un moyen d'améliorer la sécurité de la population ;
- que cette obligation risque au contraire de péjorer cette sécurité, car les détenus ayant purgé leur peine réintégreront la société sans avoir bénéficié de soins adéquats, en particulier dans leur dimension psychique ;
- que l'obligation de communiquer tend à décourager les médecins d'exercer leur métier auprès des personnes détenues ;
- que cette obligation porte une atteinte grave au droit à la sphère privée des personnes détenues et va à l'encontre des principes éthiques internationalement reconnus ;

**La CNE à l'unanimité recommande de maintenir le système actuel fondé sur une option de communiquer.**

« La pratique médicale en milieu pénitentiaire doit être guidée par les mêmes principes éthiques que dans le reste de la communauté » [1]

## Introduction

Plusieurs cantons romands étudient actuellement la possibilité d'imposer aux professionnels de la santé une obligation de transmettre les informations ayant trait à la dangerosité des personnes détenues. Trois cantons – Genève, Valais et Vaud (voir annexe) – envisagent de modifier leurs lois. Plus généralement, la Conférence latine des chefs des départements de justice et police (CLDJP) a adopté une recommandation<sup>1</sup> sur ce sujet et prône une obligation de communiquer des informations liées à la possible dangerosité des personnes détenues [2]. La question d'obliger les professionnels de la santé à communiquer certains faits ou certaines opinions aux autorités compétentes se pose donc de façon concrète en Suisse.

La protection des intérêts de la société et la sécurité de la population sont principalement invoquées pour justifier pareille obligation légale des soignants de communiquer. Les milieux qui défendent cette obligation sont d'avis que les intérêts de la population, lorsqu'ils entrent en conflit avec les droits des détenus, doivent primer. La CNE est consciente du caractère sensible de cette problématique, au regard d'affaires tragiques récentes, en particulier dans les cantons de Vaud et de Genève ; elle reconnaît pleinement la légitimité et l'importance pour les autorités d'assurer la protection des membres de la société et leur droit à la vie, à la santé et à la sécurité. Cependant, elle estime que le choix d'imposer au personnel soignant une obligation de communiquer ne peut être éthiquement défendu. D'abord, cette obligation porte atteinte aux droits fondamentaux des détenus ; ensuite, elle lèse l'intérêt collectif en accentuant le risque que des détenus réintègrent la société sans que leurs problèmes médicaux, en particulier psychiques, n'aient été correctement pris en charge. Enfin, il n'est pas établi que l'obligation de communiquer les informations

---

1 Article 2 - Exception au secret médical et de fonction

1 Dès lors qu'un détenu s'est vu ordonner un traitement institutionnel (art. 59 CP), un traitement ambulatoire (art. 63 CP) ou un internement (art. 64) ou que son caractère dangereux est admis ou encore lorsqu'une personne est sous assistance de probation (art. 93 CP) ou sous règles de conduite à caractère médical (art. 94 CP), les autorités cantonales et communales, les médecins, les psychologues et tous autres intervenants thérapeutiques en charge de ce détenu sont libérés du secret de fonction et du secret médical dès lors qu'il s'agit d'informer l'autorité compétente sur des faits importants pouvant avoir une influence sur les mesures en cours ou sur les allègements dans l'exécution ou, d'une manière générale, sur l'appréciation de la dangerosité de la personne considérée.

2 En tout état, les personnes tenues au secret professionnel peuvent en être déliées, soit à leur demande par l'autorité compétente, soit par le détenu lui-même.

relatives à la dangerosité permette une meilleure évaluation de celle-ci par rapport au système actuel qui repose sur une option de communiquer.

**De l'avis unanime de la CNE, les arguments exposés ci-après s'opposent clairement à une obligation de communiquer à charge des professionnels de la santé intervenant auprès des détenus.**

### **1. S'écarter d'un système qui prévoit déjà l'exception**

Le régime actuel permet déjà de prévenir des infractions dans les situations où le soignant arrive à la conclusion que l'intérêt de tiers, par exemple de potentielles victimes, doit primer sur le droit au secret médical du patient. Les expertises menées sur les deux affaires récentes n'ont pas remis en question le secret médical [3]. Par ailleurs, il n'a pas été établi qu'un changement de régime aurait permis d'éviter les crimes à l'origine des projets romands en cours. Il est regrettable que les pouvoirs politiques envisagent de porter une atteinte notable à un droit fondamental sans avoir au préalable démontré la nécessité et la proportionnalité de la mesure. Une atteinte à un droit fondamental doit se fonder sur une analyse minutieuse du caractère nécessaire et proportionné de la mesure au vu de l'intérêt public à sauvegarder. En l'occurrence, et à la connaissance de la CNE, cette analyse fait défaut.

Aujourd'hui, un soignant peut donc déjà être libéré de son secret médical principalement dans deux situations. Premièrement, il peut déposer une demande auprès d'une autorité lorsqu'il l'estime nécessaire pour défendre des intérêts qui priment sur le secret. Ces intérêts prépondérants peuvent être celui du patient, par exemple lorsqu'il représente un danger pour lui-même, ou celui de tiers. Dans ce cas, l'autorité cantonale qui traite sa demande décide d'accorder ou de refuser la levée du secret en fonction de sa pesée des intérêts [4]. Deuxièmement, confronté à une situation urgente où il n'est pas possible d'obtenir dans le délai utile une décision de l'autorité cantonale, le soignant peut enfreindre le secret pour défendre un droit menacé de manière imminente [5]. Dans cette seconde hypothèse, le soignant peut alors avertir directement les autorités pénales ou les forces de l'ordre public [6].

Enfin, dans le quotidien du travail en réseau, de nombreuses informations peuvent être transmises par les soignants au personnel pénitentiaire en les formulant de manière suffisamment générale pour ne pas porter atteinte au secret médical [7].

### **2. Confondre ou mélanger soin et expertise**

Les lois cantonales prévoient une fonction de médecin expert précisément pour contribuer à l'évaluation de la dangerosité de personnes détenues ou frappées de mesures. Le médecin expert reçoit un mandat précis établi par une autorité judiciaire pénale ; il répond aux questions que celle-ci a définies. Ce rapport est déjà aujourd'hui à la base de l'évaluation de la dangerosité dans une série de situations qui vont de l'allègement

de la peine, à la suppression, au maintien ou à la prolongation de la mesure. L'expert médecin reçoit une formation spécifique et il acquiert une expérience ciblée. Compte tenu de l'importante difficulté de l'évaluation de la dangerosité, formation et expérience sont indispensables.

Les activités de soins (prévention, diagnostic, traitement) doivent être strictement distinguées du travail d'expertise médicale. La séparation claire des deux rôles permet de préserver la spécificité des deux fonctions [8]. D'une part, elle garantit que des experts dûment formés et expérimentés puissent porter un jugement neutre et indépendant, sans être influencé ou biaisé par l'éventuelle relation nouée avec le patient. D'autre part, elle garantit notamment que le médecin-soignant puisse traiter son patient-détenu de manière efficace, en établissant une relation thérapeutique autant que possible fondée sur la confiance et le dialogue. Elle évite de transformer les professionnels des soins en auxiliaires de justice, tâche pour laquelle ils ne sont pas formés et pour laquelle n'ont pas les compétences.

### **3. Nuire aux intérêts de la collectivité**

La confidentialité ne se résume pas à la défense d'un intérêt particulier (celui du patient détenu ou libre, à travers le respect de son droit à l'autodétermination), ou à la défense des intérêts d'une catégorie professionnelle (ceux des professionnels de la santé, à travers l'établissement de conditions cadre pour l'exercice d'activités préventives, diagnostiques ou thérapeutiques). La santé en milieu de détention doit être considérée comme une partie intégrante de la santé publique [9], c'est-à-dire comme un enjeu collectif de santé. Par les soins prodigués à une personne, en particulier un détenu, on assure aussi – directement ou indirectement – le bien-être et la sécurité collective. En effet, les soins prodigués, en particulier ceux destinés à améliorer l'équilibre mental du détenu, bénéficient à la société, puisque la personne qui retrouvera la liberté après avoir purgé sa peine aura atteint un meilleur équilibre psychique et présentera dès lors un risque de récidive moindre. Même avant la libération du détenu, une amélioration de la santé mentale obtenue grâce aux soins pénitentiaires diminue le danger d'actes violents, tant à l'égard des employés de la prison qu'à l'égard des autres détenus.<sup>2</sup> Dans les deux cas de figure, des soins de qualité pendant la détention bénéficient à la société, et non pas uniquement au patient soigné. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le code pénal prévoit l'imposition d'une mesure thérapeutique : « 1. Une mesure doit être ordonnée : a. si une peine seule ne peut écarter le danger que l'auteur commette d'autres infractions ; b. si l'auteur a besoin d'un traitement ou que la sécurité publique l'exige » [11].

---

<sup>2</sup> Selon l'article 75 al. 1 du Code pénal suisse: « L'exécution de la peine privative de liberté doit améliorer le comportement social du détenu, en particulier son aptitude à vivre sans commettre d'infractions. Elle doit correspondre autant que possible à des conditions de vie ordinaires, assurer au détenu l'assistance nécessaire, combattre les effets nocifs de la privation de liberté et tenir compte de manière adéquate du besoin de protection de la collectivité, du personnel et des codétenus. » [10].

#### **4. Supprimer une confidentialité nécessaire à l'exercice de la médecine**

L'expérience médicale atteste que la confidentialité est indispensable pour que puisse s'instaurer une relation thérapeutique. La confiance et la franchise sont au cœur de cette relation et de son efficacité [12]. Tout soignant se trouve dans l'obligation de communiquer au détenu, dès le début de la consultation ou d'un traitement, toute restriction au secret médical. Aussi, s'il est tenu d'une obligation légale de communiquer certains faits, il doit le lui indiquer. Il s'agit là d'une règle éthique fondamentale. Sans confidentialité, le détenu hésite légitimement à livrer ses faiblesses et ses problèmes, se limitant à communiquer des faits ou des sentiments dont la connaissance ne peut le léser. Le détenu va tout faire pour protéger sa sphère intime, protection à laquelle tout humain attache à juste titre une importance cardinale. Le traitement risque de se limiter à une approche somatique et médicamenteuse. En résumé, sans cadre permettant une véritable relation un tel traitement a tendance à détériorer la santé des patients plutôt qu'à l'améliorer.

Or les détenus souffrent par ailleurs souvent de troubles psychiques [13] aussi bien avant que pendant ou après leur détention. Le milieu carcéral peut même accentuer certains troubles psychiques, en particulier lorsque les conditions de vie dans la prison sont pénibles. Il est donc particulièrement important que ces troubles soient dûment pris en charge. Sans confidentialité, le traitement de ces troubles est fortement hypothéqué.

#### **5. Contrevenir aux principes de non-discrimination et d'équivalence**

De nombreuses normes internationales, comme la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants [14] – à laquelle la Suisse a adhéré – rappellent l'obligation de respecter les droits fondamentaux des détenus. Les personnes détenues jouissent de droits fondamentaux au même titre que les personnes en liberté. Or, si le droit à la liberté personnelle subit une restriction à cause de la peine infligée, il serait erroné d'en déduire que les droits personnels fondamentaux sont globalement limités. C'est la raison pour laquelle il est important, entre autres, de respecter les principes de non-discrimination et d'équivalence.

- Le principe de non-discrimination implique que d'éventuelles distinctions dans le traitement médical du patient détenu par rapport à la population reposent sur des motifs proportionnés et non-arbitraires ; or, ici, il existe une différence de traitement manifeste, mais les motifs qui la fondent ne sont pas suffisants, comme expliqué plus haut.
- Le principe d'équivalence exige que les détenus bénéficient de prestations dans le domaine de la santé similaires à celles offertes à l'ensemble de la population sans être discriminés à cause de leur situation juridique [15]. Or, il est indéniable que, si l'obligation de communiquer devait entrer en vigueur, les détenus ne bénéficieraient plus d'un traitement équivalent.

L'obligation de communiquer à charge des professionnels de la santé intervenant auprès des détenus contredit ces deux principes. Les règles pénitentiaires européennes, auxquelles le Tribunal fédéral reconnaît une certaine force contraignante [16], énoncent clairement l'inviolabilité du secret médical en prison. Une obligation de communiquer va manifestement à l'encontre de ces règles, ce qui renforce son caractère arbitraire et disproportionné.

#### **6. Déplacer sans résoudre la question du caractère pertinent de l'information**

Dès lors qu'il est obligé de communiquer toute information ou fait « important » liés d'une manière ou d'une autre à l'évaluation du caractère dangereux d'une personne détenue, le professionnel de la santé doit choisir où se situer entre deux pôles. À un bout du spectre, le professionnel peut décider de minimiser son propre risque juridique et communique très largement même si son soupçon est de faible ampleur. Les autorités risquent alors de se trouver submergées face à une masse de communications à traiter. À l'autre bout du spectre, le professionnel de la santé peut choisir de ne communiquer que les informations qu'il estime liées à un risque patent [17]. Il prend alors le risque qu'une enquête – administrative, voire pénale – soit ouverte à son encontre en cas de mauvaise appréciation.

Avec cette deuxième option, les autorités ne reçoivent pas plus d'informations que dans la situation actuelle où le soignant a déjà l'option de communiquer. S'il choisit de se situer entre ces deux pôles, le soignant aura besoin des conseils juridiques pour mieux cerner son obligation. Or il est délicat de formuler en des termes clairs une obligation de communiquer. Une telle obligation renvoie inévitablement à des termes aux contours flous, comme celui de dangerosité. Dans tous les cas, l'évaluation à l'avance d'une information « nécessaire, de manière générale, à l'appréciation du caractère dangereux de la personne » (art. 5A, al. 2) [18] restera un exercice difficile. On voit mal aujourd'hui quelles autorités pourraient guider le personnel soignant pénitentiaire qui chercherait de bonne foi à déterminer ce qu'il doit communiquer.

#### **7. Cibler de manière induue une catégorie professionnelle**

Les professionnels de la santé ne sont pas les seuls à disposer d'informations importantes pouvant avoir une incidence sur l'évaluation de la dangerosité d'une personne détenue. Les avocats ou les aumôniers, même si leur rôle n'est pas identique à celui du personnel soignant, ont également accès à ce type d'informations. Pourtant nul ne songe à restreindre le secret professionnel de l'avocat par une obligation de communiquer la dangerosité soupçonnée de son client. En imposant ce devoir aux seuls soignants, le législateur donne à penser que le droit aux soins, et la possibilité de diminuer la dangerosité qu'il inclut, est moins important que les droits de la défense.

De manière analogue, si le but invoqué est de protéger la population contre les infractions graves touchant à la vie, alors pourquoi se limiter aux personnes détenues ou faisant



l'objet de mesures ? En toute cohérence, il faudrait alors envisager d'obliger les médecins qui soignent des patients dans la population générale à communiquer leur soupçon de dangerosité. A l'heure actuelle, si un psychiatre se voit confier des informations qui laissent à penser que son patient non-détenu peut être dangereux, il n'est en principe pas tenu de le dénoncer à l'autorité – il en a cependant l'option. Il en irait de même si le patient est un ancien détenu ayant purgé sa peine.

## **8. Contredire les principes éthiques et déontologiques régissant les professions de la santé**

Le respect du secret médical en milieu de détention s'exerce dans un environnement particulier, en raison notamment de la promiscuité, de la dépendance d'autrui pour les gestes quotidiens, des délais fréquents pour obtenir des rendez-vous de médecins, de la vulnérabilité accrue, etc. [19].

Malgré ces difficultés, le droit au respect de la sphère privée est reconnu par différentes dispositions légales au plan national [20] et international [21] ; le droit à la confidentialité ne s'arrête pas aux portes des prisons; il s'y déploie pleinement aussi en milieu carcéral. Le secret médical est compris par les professionnels de la santé comme un impératif de la déontologie professionnelle [22].

Par ailleurs, le secret médical est un principe éthique enseigné dès le début des études dans les établissements de formation en soins (facultés de médecine, hautes écoles de la santé, etc.). Il est rappelé lors de la formation continue. A ce titre, il constitue l'une des valeurs éthiques et déontologiques fondamentales de tout professionnel de la santé. Y déroger, même pour un groupe restreint de la population carcérale, en instituant une obligation de communiquer porte atteinte aux fondements des professions médicales.

## **9. Détourner les professionnels de la santé de l'exercice de la médecine en prison**

Une obligation de communiquer risque fort de rendre l'exercice de la médecine pénitentiaire moins attractive. Le soignant qui la pratique aura le sentiment d'exercer une catégorie inférieure de médecine où les exigences éthiques sont moindres. Il est déjà difficile de recruter du personnel de qualité qui accepte de se spécialiser, puis d'exercer durablement dans ce secteur. Une obligation de communiquer des soupçons de dangerosité rendra à la fois le recrutement et la rétention du personnel encore plus compliqués. Il serait regrettable que le personnel soignant pratiquant en Suisse doivent à l'avenir être recruté parmi des médecins étrangers qui, pour des raisons économiques, n'auraient guère d'autre choix que d'exercer cette spécialité.

De plus, les professionnels de la santé exerçant en pratique privée ou à l'hôpital, mais à l'extérieur de la prison, seront eux aussi réticents à prendre en charge des prisonniers, puisque l'obligation prévue de communiquer leur sera vraisemblablement aussi

applicable. Or, aujourd'hui, ils assument une partie non négligeable des soins auprès des personnes détenues.

## Sources bibliographiques

[1] Conseil de l'Europe – Comité des ministres (1998). Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire. Recommandation N° R (98) 7.

[2] Conférence latine des chefs des départements de justice et police (2013). Recommandation du 31 octobre 2013 relative à l'échange d'informations et à la non-opposabilité du secret médical et/ou de fonction en rapport avec la dangerosité d'un détenu et pouvant avoir une incidence sur son évaluation ou sur les conditions d'allègement dans l'exécution (<http://cldjp.ch/data/actes/rec3-fr.pdf>, consulté le 9 mai 2014).

[3] Rapport final de Maître Bernard Ziegler dans l'enquête administrative ordonné par le Conseil d'Etat à la suite du décès de Mme Adeline du 31 janvier 2014 ; Rapport de Felix Bänziger sur les résultats obtenus au cours de l'enquête administrative ordonnée par le Tribunal cantonal du canton de Vaud, Drame de Payerne, août 2013.

[4] Dumoulin JF (2010). Le secret professionnel des soignants et leur obligation de témoigner selon les nouveaux codes de procédure fédéraux. Jusletter 18 janvier ; Blanchard N (2010). La levée du secret professionnel, Revue médicale suisse (<http://revue.medhyg.ch/infos/article.php3?sid=1022>, consulté le 9 mai 2014) ; Académie Suisse des Sciences Médicales et Fédération des médecins suisses (2013). Bases juridiques pour le quotidien du médecin. Une guide pratique (2e édition). Chapitre 7.

[5] Entenza H (2013). La protection générale de la société contre les agissements éventuels de personnes purgeant une peine d'emprisonnement pour crimes violents. Aktuelle Juristische Praxis: 1575-83.

[6] Académie Suisse des Sciences Médicales (2002, actualisées en 2013). Exercice de la médecine auprès de personnes détenues. Directives médico-éthiques : p. 9-10.

[7] Tag B (2008). Intramurale Medizin in der Schweiz – Überblick über den rechtlichen Rahmen. In : Tag B & Hillenkamp T (Hrsg.). Intramurale Medizin im internationalen Vergleich. Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs. Berlin/Heidelberg, Springer Verlag, S. 1-38 ; Mukerjee A. & Butler CC (2001). Outbreak of tuberculosis linked to a source case imprisoned during treatment. Should the courts tell GPs about prison sentences and should GPs tell prison doctors about medical diagnoses ? British Journal of General Practice, 51 : 297-8.

[8] Gravier B & Eytan A ( 2011). Enjeux éthiques de la psychiatrie sous contrainte. Rev Med Suisse, 309: 1806-11 (<http://rms.medhyg.ch/numero-309-page-1806.htm>, consulté le 9 mai 2014)

[9] World Health Organization (2013). Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health. The Regional Office for Europe of the WHO and United Nations Office on Drugs and Crime ([http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons\\_and\\_other\\_closed\\_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf), consulté le 28 avril 2014).

[10] Code pénal suisse (2014) du 21 décembre 1937, état le 1er janvier 2014, RS 311.0, art. 75 al. 1 ([www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html](http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html)).

[11] Code pénal suisse, référence citée à la note [10], ici art. 56.

[12] Wolff et al. (2012). Health care in custody: Ethical fundamentals. *Bioethica Forum*, 5(4): 145-9.

[13] Prins SJ (2014). Prevalence of Mental Illnesses in U.S. State Prisons : A Systematic Review. *Psychiatr Serv*; Andreoli et al. (2014). Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. *PloS ONE*, 9(2) : e88836. Doi :10.1371/journal.pone.0088836 ; Fazel & Seewald (2012). Severe mental illness in 33'588 prisoners worldwide : systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*, 200 : 364-73 ; Falissard et al. (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 6 : 33 ; Fazel & Danesh (2002). Serious mental disorder in 23'000 prisoners: a systematic review of 62 survey. *Lancet*, 359: 545-50; Blaauw, Roesch, Kerkhof (2000). Mental disorders in european prison systems. Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison system of 13 European countries. *Int J Law Psychiatry*, 23 : 649-63.

[14] Conseil de l'Europe (2002). Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. CPT(Inf/C (2002)1(<http://www.cpt.coe.int/fr/documents/cept.htm>, consulté le 16 avril 2014).

[15] United Nations (1990). Basic principles for the treatment of prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly Resolution 45/111 of 14 December 1990, principle No.9 ([www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx](http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx), consulté le 16 avril 2014); voir également Brägger BF (2011). Gefängnismedizin in der Schweiz. *Jusletter* 11 April ; Elger BS (2011). Prison medicine, public health policy and ethics : the Geneva experience. *Swiss Medical Weekly* ; 141 : w13273;

Council of Europe committee of ministers (2006). Recommendation Rec(2006)2 on the European Prison Rules (<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>, consulté le 16 avril 2014); Council of Europe committee of ministers (1998). The Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. Recommendation No. R(98)7(<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=530914&SecMode=1&DocId=463258&Usage=2>, consulté le 16 avril 2014) ; Code pénal suisse, référence citée à la note [10].

[16] Conseil de l'Europe – Comité des Ministres (2006). Recommandation REC(2006)2 Règles pénitentiaires européennes (<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955547>, consulté le 9 mai 2014) ; Arrêt du tribunal fédéral du 26 février 2014 1B\_336/2013 (<http://www.bger.ch/fr/index/juridiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht/jurisdiction-recht-urteile2000.htm>, consulté le 9 mai 2014).

[17] Bruggen MC, et al. (2013). Medical and legal professionals' attitudes towards confidentiality and disclosure of clinical information in forensic settings : a survey using case vignettes. *Medicine, Science and the Law*, 53(3): 132-48.

[18] Voir Annexe, projet de loi genevois.

[19] Delarue JM (2012). Est-il possible de respecter le secret médical en prison ? *La Revue du Praticien*, 62 : 896-8.

[20] Constitution fédérale de la Confédération suisse (2013) du 18 avril 1999, RS 101, art. 13 ([www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html](http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html)); Code civil suisse (2013) du 10 décembre 1907, RS 210, art. 28 ([www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html](http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html)) ; Loi fédérale sur la protection des données (2014) du 19 juin 1992, RS 235.1, art. 35 ([www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19920153/](http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19920153/)

index.html); Code de procédure pénale (2013) du 5 octobre 2007, RS 312.0, art. 171 (<http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20052319/index.html>) ; Code de procédure civile (2013) du 19 décembre 2008, RS 272, art. 166 (<http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20061121/index.html>) ; Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (2013) du 23 juin 2006, RS 811.11, art. 40 let. f (<http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20040265/index.html>).

[21] Nations Unies (1948). Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), art. 12 ; Nations Unies (1966). Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 17 ; Conseil de l'Europe (1950). Convention européenne des droits de l'homme (CEDH), Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, art. 8 ; Conseil de l'Europe (1981). Convention pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel (STE n° 108) ; Conseil de l'Europe (1974). Résolution (74) 29 Relative à la protection de la vie privée des personnes physiques vis-à-vis des banques de données électroniques dans le secteur public ; Conseil de l'Europe (1973). Résolution (73) 22 Relative à la protection de la vie privée des personnes physiques vis-à-vis des banques de données électroniques dans le secteur privé.

[22] Fédération des médecins suisses (2013). Code de déontologie de la FMH, du 25 avril 2013, art. 11 ; Conseil international des infirmières (2012). Code déontologique du CII pour la profession infirmière, art. 1 ; Convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine (1997), art. 10 ; Déclaration de Lisbonne de l'Association Médicale Mondiale sur les droits du patient (1995), art. 8 ; Organisation mondiale de la Santé (1994). Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe, art. 4.

## Annexe

**Projet de loi genevois** PL 11404. Projet de loi modifiant la loi d'application du code pénal suisse et d'autres lois fédérales en matière pénale (LaCP) (E 4 10) du 19 mars 2014.

Art. 5A Professionnels de la santé intervenant en milieu carcéral (nouveau)

<sup>2</sup> Les professionnels de la santé doivent transmettre toutes les informations nécessaires, de manière générale, à l'appréciation du caractère dangereux de la personne considérée, de nature à influencer les peines ou mesures en cours, ou permettant de se prononcer sur un éventuel allègement dans l'exécution de la peine ou de la mesure.

**La CNE n'a pas eu à disposition ni le projet de loi valaisan (*Projet de loi modifiant la loi d'application du code pénal suisse (LACP) – art. 28a et 28b (nouveaux) – obligation de renseigner et devoir de signalement du médecin*) ni le projet de loi vaudois.**



