

Indépendance des soins de santé en prison: une analyse historique

Judith Sultan^a, Stéphanie Baggio^b, Nguyen-Toan Tran^{b, c}, Laurent Gétaz^b, Hans Wolff^b

a Faculté de Médecine, Université de Genève, Suisse

b Service de Médecine Pénitentiaire, Hôpitaux Universitaires de Genève et Université de Genève, Suisse

c Australian Centre for Public and Population Health Research, Faculty of Health, University of Technology, Sydney, Australia

Abstract

Nombre de gouvernements déplacent l'intendance des soins de santé en prison de l'administration pénitentiaire vers les autorités sanitaires. Ce travail vise à dresser un tableau de la situation européenne puis à identifier les forces et freins au transfert. Il a été mené via les moteurs de recherche PubMed et Google Scholar et les données Internet d'organismes internationaux et nationaux. Depuis 1963, en Europe, 15 pays et régions ont transféré l'intendance. Ceci tend à améliorer les ressources, la qualité des soins, le respect de l'éthique médicale, l'équivalence avec le milieu libre, l'intégration à la santé publique, ainsi que le vécu, les compétences et le recrutement du personnel médical. Ces forces catalysent la réflexion sur l'indépendance des soins. Les freins au transfert évoqués sont la méconnaissance du milieu carcéral, les conflits interprofessionnels et l'état des finances suivant le transfert. Malgré un manque d'analyse scientifique, l'indépendance largement adoptée est considérée comme utile et nécessaire.

Mots clés: indépendance, double loyauté, conflit d'intérêt, éthique, médecine pénitentiaire.

Introduction

Les prisons sont conçues à l'origine pour punir les individus jugés et garantir la protection de la société. L'autorité pénitentiaire les a planifiées et règlementées, d'où son contrôle quasi complet sur la vie quotidienne carcérale. Goffman définit la prison comme une institution totale: «Un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus... mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées» [1, p. 41].

Parallèlement, Foucault la nomme «appareil disciplinaire exhaustif» précisant que la prison «doit prendre en charge tous les aspects de l'individu» [2, p. 273]. Dès l'instauration de la peine de condamnation au XVIII^e siècle, la prise en charge de la santé des personnes détenues passe entre les mains de l'Eglise puis des médecins hygiénistes à la charge de l'administration pénitentiaire. En général, les prisons disposent alors simplement d'une infirmerie [3].

Après la Seconde Guerre mondiale naissent des dispositifs plus complets fonctionnant majoritairement sous tutelle pénitentiaire. Les médecins sont vacataires et

les infirmiers, par exemple en France, sont détachés de la Croix-Rouge [4]. Toutefois, des professionnels de santé de plusieurs pays expriment l'inconfort éthique d'être dépendants de l'autorité pénitentiaire, les risques principaux étant les conflits d'intérêts, la double loyauté et les entraves au secret médical [5, 6]. Ainsi et depuis plus de 50 ans, de nombreuses régions d'Europe transfèrent leurs structures de santé carcérale depuis les Ministères de la justice, de la défense, de l'intérieur ou d'un équivalent national vers les services nationaux de santé. D'autres moteurs au changement peuvent être évoqués: l'épidémie du sida et la recrudescence de la tuberculose qui imposent une politique de santé publique, particulièrement en prison où les conditions de vie favorisent les infections; et les différences croissantes de pratique entre médecine en milieu libre et en milieu carcéral.

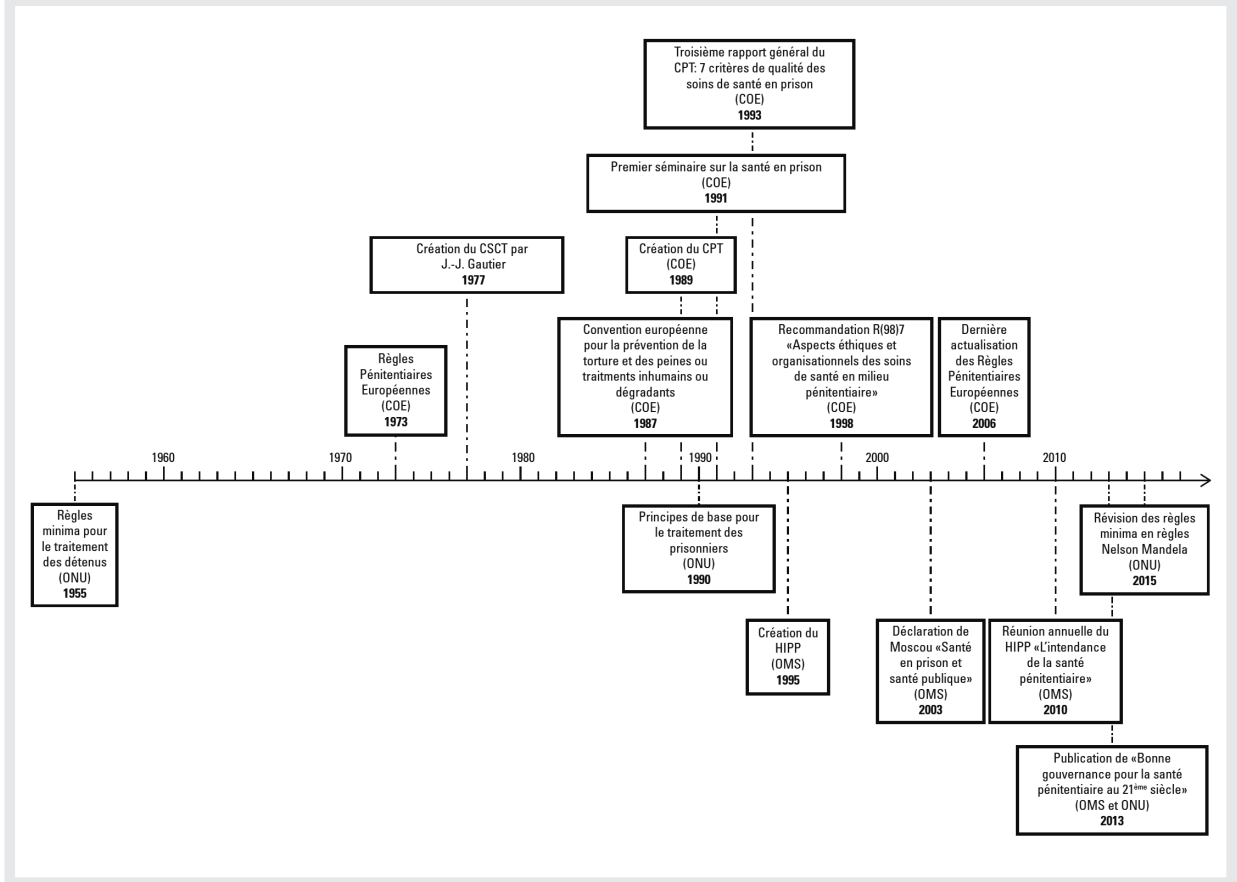
Plus spécifiquement en Suisse, la majorité du personnel de santé en milieu carcéral est aujourd'hui composée de médecins vacataires et d'infirmiers attachés à l'autorité pénitentiaire. Dans le canton de Genève, le professeur Bernheim développe le premier dispositif sanitaire indépendant de l'administration pénitentiaire en 1963 [7].

L'Europe vit donc des changements importants dans l'intendance de la médecine pénitentiaire en direction de l'indépendance. Néanmoins des désaccords persistent et certains gouvernements refusent le transfert de responsabilité. Les objectifs de ce travail sont de dresser un tableau de la situation européenne de gestion des soins de santé en prison puis d'identifier les forces et freins au transfert.

Méthodes de travail

Pour dresser un état des lieux, nous avons d'abord utilisé les bases de données PubMed et Google Scholar en utilisant les mots clés suivants en français et en anglais: «soins santé prison»; «histoire soins santé prison»; «indépendance soins santé prison»; «évaluation soins santé prison» associés systématiquement avec les noms des différents pays et régions (Allemagne, Andorre, Angleterre, Australie, Belgique, Canada, Catalogne, Danemark, Ecosse, Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Genève, Irlande, Irlande du Nord, Italie, Kirghizistan, Kosovo, Neuchâtel, Norvège, Pays basque,

Figure 1: Historique international du cadre légal des soins de santé en prison



Pays de Galle, Portugal, Suède, Suisse, Valais, Vaud). Tous les documents pertinents à notre thématique de recherche, y compris la littérature scientifique et littérature grise en français, anglais, espagnol et catalan ont été retenus. Pour décrire les mouvements clés de l'indépendance des soins en prison, nous avons effectué une recherche manuelle des ressources en ligne publiées par différents organismes internationaux et nationaux connus pour traiter de notre thématique (Conseil de l'Europe, Organisation des Nations unies y compris l'Organisation mondiale de la Santé, sites web des ministères des pays cités précédemment). Sur la base des documents passés en revue, nous avons fait ressortir les étapes clés du mouvement de l'indépendance et extrait les données en les catégorisant en termes de forces ou freins à ce mouvement. La recherche a été effectuée du mois de janvier 2016 au mois de septembre 2017.

Résultats

Historique international de l'indépendance

Organisation des Nations unies (ONU)

La figure 1 résume l'historique international légal des soins de santé en prison dont les résultats sont ci-des-

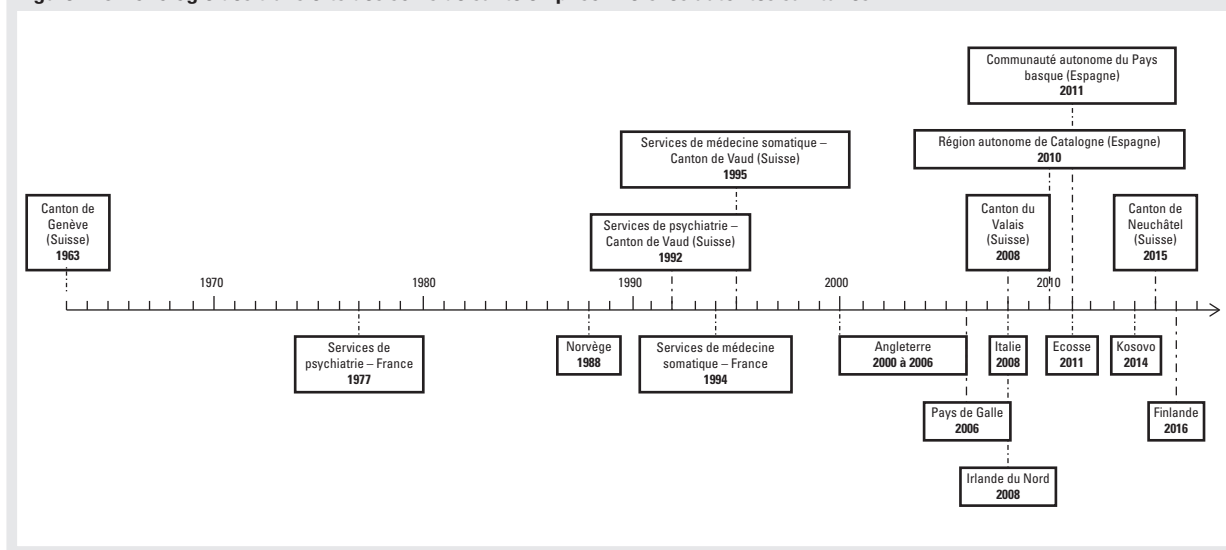
sous structurés par organisation. La détention doit respecter les droits fondamentaux dont celui à la santé énoncés dans les textes fondateurs [8, 9]. Les règles *minima* de l'ONU pour le traitement des détenus [10] sont adoptées en 1955 et révisées en 2015 sous le nom des «Règles Nelson Mandela». Elles stipulent ceci:

- «1. L'Etat a la responsabilité d'assurer des soins de santé aux détenus, ceux-ci devant recevoir des soins de même qualité que ceux disponibles dans la société et avoir accès aux services nécessaires sans frais et sans discrimination fondée sur leur statut juridique.
2. Les services de santé devraient être organisés en relation étroite avec l'administration générale de santé publique.» (Règle 24, p. 8)

La Règle 25 souligne le besoin «d'indépendance clinique» (p. 9). L'Assemblée générale de l'ONU publie les *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus* [11] en 1990 qui défendent les droits des détenus et promeuvent une équivalence d'accès aux soins «sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique» (Principe 9, p. 1).

En 1995, une réunion européenne menée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) aboutit à la création du *Health in Prison Project (HIPP)* ayant pour but

Figure 2: Chronologie des transferts des soins de santé en prison vers les autorités sanitaires



d'améliorer la santé carcérale via des recommandations basées sur des expériences européennes tangibles [12]. La *déclaration de Moscou* recommande «d'établir une collaboration étroite entre le ministère de la Santé et le ministère chargé du système pénitentiaire» [13, p. 4]. Le rapport du HIPP de 2010 aborde également le transfert de responsabilité [14]. Un groupe d'experts est alors formé pour déterminer les inconvénients et avantages de chaque modèle gouvernemental et rédiger un guide publié en 2013 [6] qui conclut sur la nécessité de gouvernance par les autorités de santé.

Conseil de l'Europe (COE)

Les règles pénitentiaires européennes [15] adoptées en 1973 et révisées en 2006 affirment que «les personnes privées de liberté conservent tous les droits qui ne leur ont pas été retirés selon la loi» (Règle 2, p. 3). Le commentaire ajouté [16] précise deux éléments importants: «La perte du droit à la liberté que subissent les détenus ne doit pas être comprise comme impliquant automatiquement le retrait de leurs droits politiques, civils, sociaux, économiques et culturels. Il est inévitable que les droits des détenus subissent des restrictions du fait de la privation de liberté mais ces restrictions doivent être aussi peu nombreuses que possible» (Règle 2, p. 3). «Le mode d'application le plus efficace de la Règle 40 serait que les autorités sanitaires nationales soient également responsables des soins de santé dispensés dans les prisons» (Règle 40, p. 19).

En 1977, Jean-Jacques Gautier crée le *Comité suisse contre la torture (CSCT)*, aujourd'hui *Association pour la prévention de la torture (APT)* [17]. Œuvrant à la création d'une convention internationale permettant la mise en place de visites régulières dans les lieux de détention, il initie l'adoption de la *Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants* [18] par le

COE en 1987. Cela aboutit à la création du *Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT)* [19] en 1989, mécanisme non juridique visant à faire respecter cette convention. Le COE organise le premier séminaire sur la santé en prison en 1991 [12]. En 1993, le rapport général du CPT [20] décrit sept critères de qualité des soins de santé en prison: accès au médecin, équivalence des soins, consentement du patient et confidentialité, prévention sanitaire, intervention humanitaire, indépendance professionnelle et compétence professionnelle. La *recommandation R(98)7* du COE [21] cite l'indépendance professionnelle comme aspect principal du droit aux soins de santé en milieu pénitentiaire.

Historiques nationaux de l'indépendance

Europe

Au début du XX^e siècle, l'immense majorité voire la totalité des Etats associe les soins de santé en prison à l'autorité pénitentiaire. La première région qui les rend indépendants de cette autorité est le canton de *Genève*, en *Suisse*, en 1963 [5]. La figure 2 résume la chronologie des transferts nationaux.

La *France* institutionnalise les soins psychiatriques en 1977 et crée des structures intégrées au Ministère de la santé en 1986 [22]. Suite au rapport du Haut Comité de la Santé Publique de 1993 [23], elle complète le transfert des soins somatiques en 1994 [24]. La *Norvège* est le premier Etat au monde à réaliser le transfert complet à l'échelle nationale en 1988 [25]. Le canton de *Vaud*, en *Suisse*, dispose dès 1992 d'une équipe de psychiatrie indépendante et complète le transfert des soins somatiques en 1995 [26]. Le rapport publié en 1996 par l'inspecteur général des prisons incite ensuite le changement en *Angleterre* et au *Pays*

Tableau 1: Forces des systèmes et freins au transfert des soins vers les autorités sanitaires
1.a. Forces du système indépendant et du système dépendant des soins sanitaires

Système indépendant	Système dépendant
<p>Ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meilleures ressources financières, humaines et logistiques <p>Qualité des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure évaluation de la qualité des soins par les détenus • Meilleur accès aux soins • Amélioration de la confiance et confidentialité dans la relation médecin-patient • Priorité donnée par le corps médical aux besoins du patient <p>Ethique médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminution et clarification des situations de conflit d'intérêt ou de double loyauté • Meilleur respect de l'éthique médicale • Plus de possibilité pour le corps médical de dénoncer des mauvais traitements • Indépendance professionnelle donc clarté des exigences du service de santé <p>Equivalence avec le milieu libre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure équivalence des soins avec ceux de la communauté • Possible continuité du suivi médical pendant et après la détention (dossier continu) <p>Santé publique/prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alignement des directives sanitaires sur les standards nationaux de santé publique (addiction, HIV, hépatite C, etc.) • Possibilité d'analyse des besoins de santé spécifiques (épidémiologie, études scientifiques) • Possibilité d'éducation thérapeutique, promotion et prévention de la santé <p>Personnel médical</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de l'isolement professionnel par intégration au corps médical de la communauté • Recrutement facilité • Formation continue similaire aux professionnels de santé en communauté • Moins de déqualification au long terme • Moins de spécialisation en médecine pénitentiaire donc diversité des connaissances conservée • Alignement du salaire avec celui de la communauté • Atténuation de la mauvaise image professionnelle 	<p>Historique des soins en milieu pénitentiaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Système historique, actuellement en place dans la majorité des états <p>Responsabilité pénitentiaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direction unique des prisons qui assure une homogénéité des décisions et de l'organisation • Responsabilité légale de la prise en charge des détenus par l'administration pénitentiaire <p>Connaissances du personnel médical</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meilleures connaissances et meilleure implication dans le système carcéral (connaissances des conditions et habitudes de vie, de l'environnement carcéral) • Spécialisation du corps médical en médecine pénitentiaire donc consolidation des connaissances nécessaires (médicales et juridiques) <p>Relations interprofessionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure communication et cohabitation entre les différents corps de métier car existence d'une seule enseigne dans l'institution

1.b. Freins au transfert de responsabilité vers les autorités sanitaires

<p>Méconnaissance du milieu carcéral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peu de demande à ce sujet de la part des détenus • Méconnaissance et ambivalence de la part du grand public • Non-reconnaissance de la prison comme un paramètre de la santé publique • Manque de reconnaissance envers les professionnels du milieu carcéral donc manque d'entrain au changement • Peu d'assiduité gouvernementale dans le devoir de soins aux détenus • Manque d'évaluation de l'état de santé en milieu pénitentiaire • Manque d'évaluations après le transfert <p>Altération des relations interprofessionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé perçus comme des «intrus» par l'administration pénitentiaire • Coordinations et accords complexes entre parties sanitaire et pénale • Différences culturelles professionnelles donc partenariat lent et difficile • Apparente non-compatibilité avec la sécurité de l'institution <p>Coût et rémunération</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coût du transfert • Baisse de rémunération des professionnels de santé après le transfert (moins de primes et autres avantages)
--

de Galles [27]. En Angleterre, la responsabilité politique est déplacée au National Health Service (NHS) en 2000 et la procédure complète s'achève en 2006 [28]. Au Pays de Galles, une coopération est instaurée entre le NHS et le Prison Service en 2006 [29]. L'Italie

[30] et l'Irlande du Nord [31] effectuent le transfert en 2008. La même année, le canton du Valais, en Suisse, crée le Service de Médecine Pénitentiaire (SMP) rattaché au Réseau Santé Valais (RSV) [32]. Malgré la loi votée en 2003 [33] appelant au transfert en Espagne,

seules les régions autonomes de *Catalogne* [34] et du *Pays basque* [35] l'effectuent. Le transfert aboutit en 2011 en *Ecosse* après l'approbation des ministères en 2008 [36]. La République du *Kosovo* transfère la responsabilité au Ministère de la santé en 2014 [37]. Le canton de *Neuchâtel*, en *Suisse*, crée en 2015 le «Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaire (SMPP)» indépendant des autorités pénitentiaires [38]. La *Finlande* confie les soins au National Institute of Health and Welfare en 2016 [39]. D'après l'OMS, plusieurs pays comme le *Kirghizistan* ou l'*Azerbaïdjan* ont intégré un département de santé au sein du Ministère de la justice [40]. En *Allemagne* [41], en *Andorre* [42], dans la plupart des cantons suisses [5], en *Lettonie* [25] et en *Belgique* [43], les soins sont sous le contrôle total ou partiel des autorités pénitentiaires. De nombreuses associations belges dénoncent la qualité des soins et le besoin d'un changement de responsabilité [43]. En 2013, le transfert ne semble pas d'actualité au Gouvernement belge [44] et les discussions sont toujours en cours en 2017.

Suisse

La Suisse présente une particularité de par sa séparation en cantons, dont certains ont été précurseurs de l'indépendance professionnelle, tandis que d'autres restent profondément ancrés au système dépendant. *L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)* élabore en 2002 des directives médico-éthiques [45] qui encouragent déjà l'indépendance (Directive 12, p. 11). Ces dernières sont incorporées au *Code de déontologie médicale suisse* (Article 18, p. 7) [46]. En 2012, l'ASSM affirme que la qualité des soins est améliorée par une indépendance vis-à-vis de l'autorité pénitentiaire [47].

Forces et freins au transfert

Le tableau 1 résume les forces de chaque système ainsi que les freins majeurs au transfert. Les données sont issues de rapports d'experts nationaux [48, 49] et internationaux [6, 13, 14, 25, 40, 44, 50], de recommandations [47] et de publications scientifiques [5, 28, 51].

Les forces du système indépendant intéressent six domaines: les ressources, la qualité des soins, l'éthique médicale, l'équivalence, la santé publique et le personnel médical. Concernant les moyens financiers en France, ils ont progressé de plus de 40% entre 1994 et 2000 [48]. Dans le canton de Neuchâtel, les prévisions financières dévoilaient une charge plus grande après le transfert mais à prestations équivalentes les coûts dans un système dépendant seraient «nettement plus élevés dans la mesure où certaines prestations ne pourraient pas être facturées aux caisses maladies» [38, p. 10].

Les forces du système dépendant se regroupent en quatre catégories: l'historique des soins, la responsabilité, les connaissances du personnel médical et les relations interprofessionnelles.

Les freins au transfert sont principalement: la méconnaissance du milieu carcéral, l'altération des relations interprofessionnelles, ainsi que le coût du changement et les rémunérations suivant le transfert.

Discussion

Ce travail retrouve une importante tendance conceptuelle des organismes internationaux vers l'indépendance ainsi qu'un élan européen de transfert vers les autorités sanitaires. Les forces identifiées de l'indépendance [5, 6, 13, 14, 25, 28, 40, 47–51] remplissent la majorité des critères énoncés par le CPT [20]. Les freins au changement retrouvés [5, 6, 40–44] révèlent les enjeux principaux associés au transfert: le manque d'analyse scientifique, les conflits interprofessionnels, le coût du transfert et la baisse potentielle des rémunérations.

Il est surprenant que les Etats qui investissent pour ces transferts ne les accompagnent pas d'une évaluation scientifique. Nous avons fréquemment remarqué un manque de surveillance des problématiques de santé en prison. Il est probable que les services de santé indépendants recueillent plus facilement les données scientifiques de leurs services [25, 40, 49] mais les lieux de détention devraient être systématiquement intégrés aux plans de santé publique et soumis à des contrôles (par exemple sur la morbidité, le respect des critères du CPT, le vécu des professionnels, la violation de l'éthique médicale). Il est essentiel que les prochains transferts soient évalués scientifiquement. Ces évaluations et leur partage permettraient d'identifier et de mettre en place les politiques qui améliorent le respect des critères du CPT.

L'appréhension du personnel semble principalement due aux différences culturelles entre les systèmes médical et pénitentiaire [25]. Ce dernier, basé sur des traditions et une hiérarchie marquée, peine à accepter les idées apportées par le corps médical. Une clarification des différentes missions professionnelles et des deux rôles possibles et distincts d'un médecin (expert ou traitant) est fondamentale [52]. Cela permettrait à chacun de comprendre les missions et le quotidien de l'autre et donc de mieux communiquer. Ceci ne devrait cependant pas autoriser l'intégration du médecin dans la hiérarchie pénitentiaire; souhaitée par les défenseurs du système dépendant pour assurer une meilleure communication, elle est un facteur de risque majeur pour la création de conflits d'intérêts. Elle n'est pas garante d'une meilleure communication comme supposé mais peut au contraire empêcher celle-ci et confondre les missions professionnelles [5]. De nouveau, le partage des connaissances nous ferait manifestement accéder à une réflexion plus juste et réaliste.

Les finances sont un argument de poids dans les décisions de transfert. *A priori*, les coûts augmentent de par la diversification et le développement de l'offre de

soins [38, 40, 48] mais les ressources semblent croître également. Dans la littérature, les chiffres restent peu précis car des variables sont à prendre en compte dans chaque contexte national, notamment concernant les caisses d'assurance maladie [49]. Il serait utile de comparer les dépenses d'un service avant et après son transfert et de partager ces analyses.

Ce défi s'étend hors de l'Europe où la dépendance est prépondérante. La majorité des Etats australiens a achevé le transfert [14] dont la Nouvelle-Galles du Sud comme précurseur en 1978 [25]. Cependant, nombre de pays fonctionnent encore avec un modèle dépendant: Etats-Unis d'Amérique [53], Canada [54], Nouvelle-Zélande, Japon, Argentine, Honduras, Guatemala, Sénégal et Ouganda [55]. D'autres ont instauré une collaboration entre les ministères comme la Colombie. Au-delà de cette problématique, les Etats suivants disposent de services de santé en milieu pénitentiaire inadaptés voire n'en disposent pas: Venezuela, Panama, Haïti, Guinée, Gabon, Tchad, Philippines, Indonésie et Cambodge [55]. Concernant la Suisse, après des transferts datant du siècle dernier, un mouvement est à nouveau amorcé par le canton de Neuchâtel qui adopte récemment un système indépendant de l'autorité pénitentiaire. Il paraît cohérent d'homogénéiser les politiques de santé carcérale afin de mettre en commun les connaissances scientifiques et d'éviter une disparité intercantonale trop importante.

Les limitations de ce travail concernent le manque d'études ou d'évaluations effectuées, ce qui confirme le manque d'approche scientifique ou de partage de l'information scientifique. Ensuite, les évaluations issues de la littérature sont délicates à analyser; en effet, la reconnaissance de la santé en prison comme paramètre de santé publique fait apparaître des éléments déjà problématiques mais non authentifiés avant le transfert. Aussi, il faut préciser qu'il existe au sein de chaque système carcéral des organisations plus complexes qu'une simple dichotomie entre systèmes dépendant et indépendant.

En définitive, le respect de certains fondements humanistes illustrés par les critères du CPT doit être absolu. Ce travail nous apprend qu'au-delà des risques de la dépendance, le rattachement aux autorités sanitaires permet une reconnaissance de la santé carcérale comme paramètre de santé publique et donc un respect du principe d'équivalence même si les défenseurs de la dépendance et de l'indépendance visent les mêmes objectifs: le bien-être du patient, le respect de l'éthique médicale, une bonne communication interprofessionnelle et une prise en compte des normes sécuritaires. Même si le manque d'analyse scientifique des transferts est frappant, l'indépendance des soins de santé en prison est largement adoptée et le nombre des pays concernés augmente. Aujourd'hui, elle est non seulement considérée comme utile mais comme un élément nécessaire pour des soins de qualité dans ce milieu complexe.

«Surveiller et punir» disait Foucault. 'Soigner et guérir' dit le disciple d'Hippocrate.

Soyons clairs. La finalité de l'une, la médecine, ne peut se soumettre à la fonction de l'autre, la prison.

Tout au plus elle doit accepter de prendre en compte les exigences de la sécurité.»

Robert Badinter [56]

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Zusammenfassung

Viele Regierungen verlagern die Verwaltung der Gesundheitsversorgung in Gefängnissen von der Gefängnisverwaltung auf die Gesundheitsbehörden. Dieser Aufsatz beabsichtigt, die Situation in Europa darzustellen und dann die Stärken und Herausforderungen dieser Entwicklung aufzuzeigen. Er wurde mithilfe der Suchmaschinen PubMed und Google Scholar sowie der im Internet veröffentlichten Daten internationaler und nationaler Organisationen durchgeführt. Seit 1963 haben 15 Länder und Regionen in Europa die Verwaltung übertragen. Dies führt zu einer Verbesserung der Ressourcen, der Qualität der Versorgung, der Beachtung der medizinischen Ethik, der Gleichwertigkeit mit der freien Umwelt, der Integration in die öffentliche Gesundheit sowie der Erfahrung, Kompetenz und der Rekrutierung von medizinischem Personal. Diese Stärken sind Katalysatoren in der Reflexion über die Unabhängigkeit der Pflege. Die genannten Hindernisse in diesem Transfer sind mangelnde Kenntnis der Haftbedingungen, interprofessionelle Konflikte und die finanzielle Situation nach dem Transfer. Trotz fehlender wissenschaftlicher Analysen wird die weitverbreitete Unabhängigkeit als nützlich und notwendig erachtet.

Abstract

Many governments shift the healthcare stewardship in prison from the prison authorities to the national health services. This work aims to draw a picture of the European situation and then identify the strengths of and obstacles to the transfer. It was conducted via PubMed and Google Scholar web search engines and Internet data from international and national organizations. Since 1963 in Europe, 15 countries and regions have transferred the stewardship. This tends to improve the resources, the quality of care, the respect of medical ethics, the equivalence with the outside, the integration with public health, as well as the experience, skills and recruitment of medical staff. These strengths catalyze the reflection about the independence of care. The reported obstacles to the transfer are a lack of knowledge about the prison

environment, interprofessional conflicts, and the state of the finances due to the transfer. Despite a lack of scientific analyses, the widely adopted independence is considered useful and necessary.

Correspondance

Judith Sultan
 Faculté de Médecine
 Université de Genève
 Rue Michel Servet 1
 CH-1206 Genève

E-mail: judith.sultan[at]etu.unige.ch

Références

1. Goffman E. *Asiles; Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Editions de Minuit; 1968, p. 41.
2. Foucault M. *Surveiller et punir, Naissance de la prison*. Paris: Gallimard; 1975, p. 273.
3. Fantini B. Histoire de la médecine pénitentiaire. Dans: Bertrand D, Niveau G. *Médecine, Santé et Prison*. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène; 2006, p. 1-12.
4. Farges E. La Gouvernance de l'ingérable. Quelle politique de santé publique en milieu carcéral? Analyse du dispositif sanitaire des prisons de Lyon et perspectives italiennes. Mémoire d'Ecole Doctorale en Sciences Humaines et Sociales. Institut d'études politiques de Lyon, Université Lumière Lyon 2; 2003, p. 715. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Individuel/Memoires/2003/Farges/Farges.pdf> (consulté le 25 juillet 2017).
5. Pont J, Stöver H, Wolff H. Dual loyalty in prison health care. *American Journal of Public Health*. 2012;102(3):475-80.
6. World Health Organization. *Good Governance for Prison Health in the 21st Century: A Policy Brief on the Organization of Prison Health*. Copenhagen; 2013.
7. Source interne non publiée.
8. Organisation des Nations unies. *Déclaration Universelle Des Droits De L'Homme*. Paris; 10 décembre 1948.
9. Organisation des Nations unies. *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. 16 décembre 1966.
10. Organisation des Nations unies. *Ensemble de règles minima des Nations unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela)*. Résolution A/RES/70/175 de l'Assemblée générale. 17 décembre 2015.
11. Organisation des Nations unies. *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus*. Adoptés par l'Assemblée générale dans sa résolution 45/111 du 14 décembre 1990.
12. Gatherer A, Moller L, Hayton P. *The World Health Organization European Health in Prisons Project after 10 years: Persistent barriers and achievements*. *American Journal of Public Health*. 2005;95(10):1696-700.
13. Organisation mondiale de la Santé. *Déclaration, Santé en prison et santé publique*. Moscou; 24 octobre 2003.
14. World Health Organization. *Final report of the WHO National Counterpart meeting on Prison Health*. Copenhagen; October 2010.
15. Conseil de l'Europe. *Recommandation du Comité des Ministres aux Etats membres du Conseil de l'Europe sur les Règles Pénitentiaires Européennes*. Rec(2006)2. Adoptée par le Comité des Ministres le 11 janvier 2006, lors de la 952^e réunion des délégués des Ministres.
16. Conseil de l'Europe. *Commentaire de la recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles Pénitentiaires Européennes*. Disponible sur: <https://rm.coe.int/16806f5ed3> (consulté le 5 septembre 2017).
17. Association pour la Prévention de la Torture. *Qui nous sommes / Historique*. Disponible sur: www.apt.ch/fr/historique/ (consulté le 25 juillet 2017).
18. Conseil de l'Europe. *Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants*. Strasbourg; 26 Novembre 1987.
19. Conseil de l'Europe. *A propos du CPT*. Disponible sur: www.coe.int/fr/web/cpt/about-the-cpt (consulté le 25 juillet 2017).
20. Conseil de l'Europe. *3^e Rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1992*. Strasbourg; 1993.
21. Conseil de l'Europe. *Recommandation N° R(98)7 du Comité des Ministres aux Etats Membres, relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire*. Strasbourg; 1998.
22. Bellanger H. *Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986*. Disponible sur: DOI: 10.4000/criminocorpus.2730. Mis en ligne le 1^{er} décembre 2014 (consulté le 26 juillet 2017).
23. Haut Comité de la Santé Publique. *Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*. France; janvier 1993.
24. Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville. *Chapitre II, Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale*. JORF n° 15 du 19 janvier 1994, 960-77.
25. International Center for Prison Studies. *Prison Health and Public Health: The integration of Prison Health Services*, Report from a conference organised by the Department of Health and the International Centre for Prison Studies. London; April 2004.
26. Gravier B. *Soigner en prison... 20 années d'évolution dans les prisons vaudoises*. Dans: Guex P, Gasser J. *Pour une Psychiatrie scientifique et humaniste*. Médecine et Hygiène: Chêne-Bourg; 2011, p. 63-86.
27. Ramsbotham D. *Patient or Prisoner?* London: Home Office; 1996.
28. Hayton P, Boyington J. *Prisons and health reforms in England and Wales*. *American Journal of Public Health*. 2006;96(10):1730-3.
29. NHS Wales. *Governance E-Manual, Responsibilities for Prisoner Healthcare*. Disponible sur: www.wales.nhs.uk/governance-ema-manual/responsibilities-for-prisoner-healthcare (consulté le 26 juillet 2017).
30. Marietti S. *European Prison Observatory. Detention conditions in the European Union, Prison conditions in Italy*. Antigone Ed.: Rome; September 2013. Disponible sur: www.prisonobservatory.org/upload/Italy_Peniten.pdf (consulté le 26 juillet 2017).
31. Department, HSC Board and South Eastern HSC Trust. *Inspection of Prison Healthcare: Hydebank Wood Young Offenders' Centre and Ash House Women's Prison*. Committee for Health, Social Services and Public Safety. Session 2011/12. 19 October 2011. Disponible sur: www.niassembly.gov.uk/globalassets/documents/official-reports/health/2011-2012/111019_prisonhealthcare_dhssps.pdf (consulté le 4 septembre 2017).
32. Brägger B. *Rapport final de l'audit systématique sur le fonctionnement des établissements pénitentiaires valaisans rédigé sur mandat du Conseil d'Etat valaisan du 16 février 2011*. Bössingen; Septembre 2011.
33. Jefatura del Estado. *Disposición adicional sexta; Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. BOE núm. 128 de 29 de mayo de 2003, p. 20567-88. BOE-A-2003-10715.
34. Institut Català de la salut. *Resolució SLI/3468/2010, de 6 d'octubre, per la qual es fa pública la convocatòria per la qual s'estableix el procediment d'integració en la condició de personal estatutari de l'Institut Català de la Salut del personal sanitari del Departament de Justícia adscrit als serveis sanitaris penitenciaris i de justícia juvenil*. Octubre 2010.
35. Ministerio de política territorial y administración pública. *Real Decreto 894/2011, de 24 de junio, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria*. BOE núm. 155 de 30 de junio de 2011, p. 69584-94. BOE-A-2011-11225.
36. Miller J. *Prisoner Healthcare in the NHS in Scotland - 1 year on*. National Prisoner Healthcare Network. January 2013. Disponible sur: www.parliament.scot/S4_JusticeCommittee/Inquiries/Prisoner_Healthcare_-_Annual_Report_to_CEOs_-_November_2012.pdf (consulté le 26 juillet 2017).
37. Thaçi H. *Premier of Republic of Kosovo. Administrative Instruction for function of prison health services, approved by the Government of the Republic of Kosovo*. GRK No. 05/2014. November 2014.
38. Département de la Justice, de la Sécurité et de la Culture. *Rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de création d'un Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire (SMPP) du canton de Neuchâtel*. Rapport 15.014. Neuchâtel; Mai 2015.
39. Criminal Sanctions Agency. *Health Care Services for Prisoners*. Disponible sur: www.rikosseuraamus.fi/en/index/units/health-careunit.html (consulté le 26 juillet 2017).
40. World Health Organization. *Final report of the Network Meeting on Prison and Health*. Abano Terme; October 2011.
41. Ministère de la justice, Service des affaires européennes et internationales. *Etude sur les prisons en Europe: les droits des détenus et la viabilité du système pénitentiaire; Première partie; Les droits des*

- détenus; Le cas de l'Allemagne. Paris, Juriscope; Etude à jour le 10/8/2007.
42. Organisation mondiale de la Santé. Evaluation des services de santé offerts à la population carcérale en Andorre. Copenhague; 2009.
 43. A l'initiative des membres fondateurs de la Concertation Assuétudes Prisons Bruxelloises (CAPB). Appel pour un transfert de compétences des «soins de santé des détenus» vers les SPF Santé Publique et SPF Sécurité Sociale. Disponible sur: www.atsp.be/appe/ (consulté le 26 juillet 2017).
 44. Gouvernement de la Belgique. Réponse du Gouvernement de la Belgique au rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) relatif à sa visite effectuée en Belgique du 24 septembre au 4 octobre 2013. Strasbourg; Mars 2016.
 45. Académie Suisse des Sciences Médicales. Exercice de la médecine auprès de personnes détenues. Bâle; 2002, actualisé en 2012, annexe G complétée en 2015.
 46. Fédération des Médecins Suisses. Code de déontologie de la FMH. Berne; 1996. Dernière révision le 28 avril 2016.
 47. Académie Suisse des Sciences Médicales. Prise de position de la Commission Centrale d'Ethique de l'ASSM, Bâle; 20 janvier 2012.
 48. Fatome T, Vereneroy M, Lalande F, Valdes Boulouque M, Froment B. L'organisation des soins aux détenus: Rapport d'évaluation. IGAS/IGSJ; 2001.
 49. Cour des comptes. Le rapport public annuel 2014. La Documentation Française. Paris; 2014.
 50. Hayton P, Gatherer A, Fraser A. Patient or prisoner: Does it matter which Government Ministry is responsible for the health of prisoners? WHO. Copenhagen; 2010.
 51. Wolff H, Casillas A, Rieder JP, Gétaz L. Health care in custody: ethical fundamentals. *Bioethica Forum*. 2012;5/No. 4.
 52. Ducor P. Secret médical en prison: la troisième victime? *Rev Med Suisse*. 2014;10:1084-6.
 53. Federal Bureau of Prisons. Jobs / Health Services. Disponible sur: www.bop.gov/jobs/health_services.jsp (consulté le 10 août 2017).
 54. Service correctionnel Canada. Travailler avec les délinquants / Services de santé. Disponible sur: www.csc-ccc.gc.ca/sante/index-fra.shtml (consulté le 10 août 2017).
 55. Prison Insider. Pays. Disponible à: www.prison-insider.com/pays (consulté le 10 août 2017).
 56. Badinter R. Préface. Dans: Bertrand D, Niveau G. Médecine, Santé et Prison. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène; 2006. p. XV-XVII.