



HAL
open science

Entre confrontation et articulation des pratiques : des tensions inévitables ?

Missiva Medjkane, Enora Pollet, Sylvie Grunvald, Virginie Gautron

► To cite this version:

Missiva Medjkane, Enora Pollet, Sylvie Grunvald, Virginie Gautron. Entre confrontation et articulation des pratiques : des tensions inévitables ?. Virginie Gautron (dir.). Réprimer et soigner : pratiques et enjeux d'une articulation complexe, Presses Universitaires de Rennes, pp.285-311, 2023, 9782753592070. halshs-04627197

HAL Id: halshs-04627197

<https://shs.hal.science/halshs-04627197v1>

Submitted on 27 Jun 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

MEDJKANE M., POLLET E., GRUNVALD S., GAUTRON V., « Entre confrontation et articulation des pratiques : des tensions inévitables ? », in GAUTRON V. (dir.), *Réprimer et soigner : pratiques et enjeux d'une articulation complexe*, Rennes, PUR, 2023, p. 285-311.

Les interrelations entre santé et justice pénale suscitent des controverses et des tensions interprofessionnelles depuis la naissance de la clinique psychiatrique¹. Les « conflits de juridiction »² entre acteurs judiciaires et professionnels de santé n'ont jamais disparu, *a fortiori* au sein des établissements pénitentiaires. Si nous avons observé une acculturation progressive des soignants au principe de la contrainte en milieu ouvert, et à certaines formes d'incitation en détention³, ils ne sont pas unanimes sur le sujet. En outre, bien d'autres controverses portent sur les cibles, la nature et les finalités des soins pénalement ordonnés⁴. Ce chapitre se concentre plus spécifiquement sur les modes relationnels entre professionnels de santé, personnels de l'administration pénitentiaire et magistrats.

Pour fluidifier et faciliter leurs interactions et leurs échanges, les responsables politiques et institutionnels ont multiplié les dispositifs de concertation, que ce soit au niveau national, régional, départemental ou local : comité interministériel de coordination de la santé pour les personnes placées sous main de justice jusqu'à récemment⁵ ; commissions régionales santé-justice animées par les Agences Régionales de Santé (ARS) ; « comités de coordination » et « commissions santé » en détention ; « comités de pilotage » (COFIL) dans le champ des addictions ; conseils locaux de santé mentale. Au sein des juridictions, les conférences régionales sur les aménagements de peines et les alternatives à l'incarcération, ou encore les commissions d'exécution et d'application des peines, peuvent inviter des acteurs du champ de la santé, même si ceux-ci n'en sont pas membres de droit (Art. D.48-5-1 et D.48-5-4 CPP). De façon plus ou moins formelle et régulière, des magistrats, des directions de SPIP, de CSAPA, de CMP, ou des centres de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAUS), impulsent aussi des rencontres avec leurs différents interlocuteurs, parfois sous la forme de « réseaux santé-justice ».

Pendant longtemps, les dispositifs en place ne pouvaient aborder des situations individuelles, en raison des règles relatives aux différents secrets professionnels, dont

¹ V. Introduction.

² ABBOTT Andrew, *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

³ V. chapitre IV.

⁴ V. chapitres V et VIII.

⁵ Art. D348-2 CPP, abrogé par un décret du 26 mai 2021.

la violation constitue une infraction pénale (art. 226-13 CP). Toutefois, quelques lois ont progressivement autorisé, sinon exigé, le partage de certaines informations en détention. Si la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a rappelé l'importance du secret médical en prison, la loi du 25 février 2008 a imposé aux personnels soignants qu'ils signalent dans les plus brefs délais tout « risque sérieux pour la sécurité des personnes » (art. L6141-5 CSP). Depuis 2010, des informations nominatives peuvent également être échangées dans des « commissions pluridisciplinaires uniques » (CPU ; art. D.211-34 du Code pénitentiaire). En milieu ouvert comme en milieu fermé, le législateur a également institutionnalisé la transmission de pièces judiciaires aux soignants, afin qu'ils aient une connaissance précise des infractions reprochées et des antécédents judiciaires de leurs patients (art. 717-1 CPP ; art. R57-8-4 CPP ; art. 132-45 CP ; art. L3711-2 CSP). Enfin, en milieu ouvert, le législateur a créé de nouveaux « passeurs de frontières »⁶ pour assurer un rôle d'interface et faciliter les échanges d'informations : des médecins coordonnateurs dans le cadre de la mise en œuvre des injonctions de soin en 1998 (art. R3711-1 et s. CSP), puis des médecins ou psychologues relais s'agissant des injonctions thérapeutiques en 2007 (art. L3413-1 et s. CSP).

Quels ont été les effets de ces réformes sur les modes relationnels des acteurs judiciaires et sanitaires ? Ont-elles favorisé un ajustement de leurs modes opératoires, des logiques de décentrage et une forme de « *réciprocation des perspectives* »⁷, ou ont-elles au contraire exacerbé les stratégies d'évitement, voire les relations conflictuelles ? Si la très grande majorité des professionnels interrogés, y compris parmi les acteurs de santé, adhèrent au principe d'un dialogue et en soulignent l'intérêt, ils sont en revanche toujours divisés sur la nature et l'étendue des échanges d'informations envisageables⁸. Discuter sur ce qui peut ou non relever du soin, sur les confidentialités à respecter, sur les modalités concrètes de leurs interrelations et de leurs échanges d'informations apparaît comme un moyen d'améliorer et de fluidifier la prise en charge des patients-condamnés, mais une telle ambition affronte de nombreux obstacles pratiques (1). En outre, les controverses relatives à l'échange d'informations nominatives sont encore brûlantes, plus particulièrement en détention. Les soignants composent avec les attentes exogènes de l'institution judiciaire et de l'administration pénitentiaire, mais veillent toujours scrupuleusement à l'indépendance conquise vis-à-vis de celles-ci. Cette distanciation

⁶ STEADMAN Henry J., « Boundary spanners: A key component for the Effective interactions of the justice and mental health systems », *Law and Human Behavior*, vol. 16, 1992/1, p. 75-87.

⁷ MAILLARD J. (de), « Le partenariat en représentations : contribution à l'analyse des nouvelles politiques sociales territorialisées », *Politiques et management public*, vol. 18, 2000/3, p. 21-41.

⁸ V. également VENTÉJOUX Aude, HIRSCHMANN Astrid, « Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la santé et de la justice », *Pratiques Psychologiques*, vol. 20, 2014/2, p. 95-110.

alimente des critiques parmi les magistrats et les CPIP, même si l'on observe des variations importantes dans les différents sites de l'étude, tant au niveau intra qu'interprofessionnel (2).

1. Entre adhésion au principe d'un dialogue et obstacles pratiques

Si quelques professionnels évoquent des relations interprofessionnelles globalement positives, ils sont nettement plus nombreux à souligner la persistance d'incompréhensions mutuelles (A). L'implication dans des dispositifs de concertation apparaît comme un moyen de lever ces malentendus sur leurs missions, leurs rôles et leurs cadres d'intervention respectifs. Malgré ce consensus sur l'intérêt d'un dialogue régulier, leur investissement dans des espaces de rencontre se voit entravé par divers obstacles pratiques (B).

A. La persistance d'incompréhensions réciproques

Aujourd'hui encore, acteurs judiciaires et sanitaires font majoritairement état d'un véritable « fossé »⁹ ou « gouffre »¹⁰ entre « deux mondes »¹¹ qui ne « parlent pas la même langue »¹². Du fait de leurs cultures professionnelles respectives, ils appréhendent différemment les publics qu'ils prennent en charge : des patients pour les uns, des prévenus ou condamnés pour les autres. Beaucoup regrettent aussi une méconnaissance persistante de leurs missions, pratiques et contraintes respectives. À entendre de nombreux magistrats et CPIP, les professionnels de santé feraient souvent preuve de méfiance à leur égard. Certains l'expliquent par un rejet de principe des soins pénalement ordonnés, qu'ils semblent surévaluer au regard de nos précédentes analyses, tandis que plus d'un tiers déplorent des représentations faussées. Ainsi, la directrice d'un SPIP fait état de « fantasmes sur la pénitentiaire et la justice qui sont juste incroyables »¹³. Le personnel de l'administration pénitentiaire, mais aussi quelques professionnels d'associations socio-judiciaires, regrettent d'être uniquement perçus comme « le bras armé de l'institution judiciaire »¹⁴, comme des contrôleurs au service de la répression plus que des condamnés. Une CPIP exerçant en détention s'agace d'« idées préconçues » sur « le fait qu'on va dénoncer, qu'on est là pour sanctionner, qu'on est là pour écraser les gens, qu'on juge les gens. » Selon eux, ces préjugés, couplés à une méconnaissance de la dimension sociale de leur travail, expliqueraient les réticences des soignants à

⁹ DSPIP.

¹⁰ Présidente d'audiences correctionnelles.

¹¹ Présidente d'audiences correctionnelles.

¹² Présidente d'audiences correctionnelles.

¹³ DSPIP.

¹⁴ Responsable d'une fédération d'associations socio-judiciaires.

transmettre la moindre information, de crainte de porter préjudice à leurs patients. Ils seraient le plus souvent persuadés que toute défaillance donne lieu à un signalement immédiat aux JAP, qui seraient quant à eux prompts à les sanctionner. Une CPIP contractuelle, auparavant éducatrice stagiaire dans un CSAPA, confirme ces représentations :

« J'ai fait mon stage de deuxième année de formation d'éducatrice spécialisée [dans un CSAPA]. Donc là, j'étais de l'autre côté de l'accompagnement des personnes en obligation de soins et j'avais un *a priori* très négatif à ce moment-là, sur ce que c'était que le SPIP. » CPIP en milieu ouvert.

Des magistrats font aussi état de représentations « *désuètes* » et d'une « *peur du juge* », dont la seule ambition serait la répression¹⁵ :

« Ils ont une représentation, souvent l'image qu'on est là que pour sanctionner et qu'on est là pour taper quoi. Donc ils se disent "il faut qu'on fasse attention à ce qu'on dit parce que..." », et puis voilà, avec une représentation de la prison... Donc c'est vraiment, je pense, parce qu'il y a une méconnaissance du travail de chacun et du rôle, parce que le JAP est quand même pas là, je pense, juste pour mettre en détention. » JAP.

Les acteurs sanitaires seraient par ailleurs peu au fait du cadre juridique des soins pénalement ordonnés, des prérogatives et devoirs des professionnels impliqués. Selon un DSPIP, ces mesures sont parfois vécues comme une « déportation de l'obligation sur le soignant »¹⁶, comme une obligation de soigner. Plus globalement, ils interprètent la distance des personnels soignants comme un moyen de préserver leur autonomie professionnelle, à l'abri de tout regard sur leurs pratiques, du fait d'une « culture médicale [qui] est quand même une culture protégée et puis sanctuarisée »¹⁷.

Certains professionnels de santé reconnaissent qu'une partie de la profession méconnaît le système judiciaire, ses règles et son fonctionnement. Ils confondent parfois les fonctions du parquet et du siège, les alternatives aux poursuites et les peines. Quelques-uns déplorent aussi une méfiance excessive de confrères et consœurs, pour lesquels la justice ne serait « qu'une mauvaise chose pour les personnes », et qui considèrent que toute forme de communication impliquerait le risque de « renvoyer la personne en prison »¹⁸. Au sujet de ce qu'elle a pu observer lorsqu'elle exerçait en détention, une psychiatre évoque même la « haine » de certains soignants « par rapport aux méchants surveillants », l'administration

¹⁵ JAP.

¹⁶ DSPIP.

¹⁷ JAP.

¹⁸ Déléguée générale d'une fédération de structures de santé spécialisées en addictologie.

pénitentiaire étant considérée comme une « ennemie »¹⁹. Dans le champ des addictions, ceux qui se sont engagés dans les expériences de justice résolutive de problèmes²⁰ ont d'ailleurs parfois subi des critiques acerbes de collègues opposés à toute forme d'intervention concertée.

Mais les soignants interrogés ont surtout insisté sur la difficulté des acteurs judiciaires à comprendre et à accepter leurs normes déontologiques, notamment les règles relatives au secret professionnel médical²¹. Ils critiquent leur propension à s'immiscer dans leur champ de compétence, à leur assigner une mission de prévention de la récidive qui dénature le sens des soins²². Prenant pour exemple son ancien poste dans un centre de détention, une psychologue se dit « très surprise qu'ils ne soient pas au fait, vraiment, de [leurs] missions » :

« Chaque fois, on les rencontrait pour leur présenter le cadre de travail et chaque fois ils tombaient des nues en nous disant “vous ne nous servez à rien, vous servez pas la justice”. [...] La dernière fois, la dernière rencontre qui était un peu musclée, parce que on n'arrivait pas à comprendre alors que je leur avais présenté — un peu comme je présente aux patients d'ailleurs — le cadre de notre travail, simplement. [...] On n'a pas de mission de prévention de la récidive. [...] Nous, on a été un petit peu estomaqué, les psychologues, de cette violence-là : “vous ne nous servez à rien” (rires). » Psychologue exerçant en détention.

Du fait de ces incompréhensions réciproques, de nombreux professionnels évoquent un dialogue de sourds quant à leurs normes d'actions, leurs besoins et contraintes respectifs. Nos monographies comparées révèlent cependant des variations significatives quant à la nature, l'étendue et la qualité des échanges. Les professionnels les expliquent essentiellement par des effets de personnalité, une ouverture ou appétence personnelle plus ou moins forte pour ce genre d'interactions. En entretien, beaucoup ont écarté l'incidence de facteurs générationnels, ou encore du degré d'ancienneté dans les fonctions. Tout au plus reconnaissent-ils que des expériences antérieures négatives, de conflits avec tel ou tel interlocuteur, sont susceptibles d'altérer leur capacité à dialoguer. Pour illustrer la variabilité des échanges, beaucoup prennent appui sur les écarts constatés au fil des différents postes qu'ils ont occupé durant leur carrière. Après avoir souligné une concertation antérieure de qualité avec des magistrats, qui permettait selon elle « d'apaiser un peu les tensions, de mettre un visage sur les noms des JAP », une psychologue a tenté d'impulser une dynamique similaire dans un nouveau poste en détention, ce qui « n'a jamais marché, les JAP n'ont jamais répondu »²³. Les professionnels de santé font

¹⁹ Psychiatre, CGLPL.

²⁰ V. chapitre VI.

²¹ V. *infra*.

²² V. chapitre IV.

²³ Psychologue exerçant en détention.

aussi état de relations plus ou moins positives et régulières avec les CPIP, certains étant « plus intéressés par l'échange », plus « curieux de comprendre ce qui se passe pour la personne »²⁴. Des CPIP exerçant dans la même ville reconnaissent qu'il « faut aussi balayer devant notre porte. Certains collègues vont jamais se montrer, jamais »²⁵. La propension à échanger fluctue donc au sein d'un même service, ou entre des structures de même type sur un territoire. Pour ce qui concerne les établissements pénitentiaires, une psychologue explique :

« Dès qu'on parle du milieu pénitentiaire, on se goure en parlant du milieu pénitentiaire. C'est tellement lié aux particularités locales, vraiment. La personnalité des chefs d'établissement, la personnalité des chefs de service de soins, la personnalité des magistrats de l'application de la peine, que la réalité change du tout au tout. » Psychologue exerçant en détention.

En conséquence, chacun doit adapter sa propre posture selon ce qu'il sait de son interlocuteur, de sa façon d'appréhender ces échanges, « au feeling » et au cas par cas²⁶. Les relations s'établissent essentiellement « *intuitu personae* »²⁷, comme l'explique ce CPIP :

« C'est plus du coup un niveau de connaissances interpersonnelles. Si, mettons on sait que tel détenu est suivi par tel soignant, et qu'on a de bons liens avec tel soignant, on va se croiser au mess et on va rapidement en parler, ou si on se croise dans les couloirs, ou alors un petit coup de téléphone. Mais c'est vrai que du coup, il faut le dire honnêtement, ça va dépendre déjà par quelle unité et après par quel soignant, la personne détenue va être prise en charge. » CPIP exerçant en milieu fermé.

Au-delà de facteurs idiosyncrasiques liés aux itinéraires personnels, aux habitus et aux carrières, plusieurs CPIP et personnels d'associations socio-judiciaires ont mentionné des différences selon les types de structures sanitaires. Les tensions ou conflits semblent plus manifestes avec les unités sanitaires en détention, ne serait-ce qu'en raison des frottements induits par la proximité des lieux d'exercice²⁸. Marqués par l'histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, et de sa difficile autonomisation, des professionnels de santé refusent tout contact. Un DSPIP explique :

« Il peut y avoir des frictions, sachant qu'en plus, ça je l'ai vécu sur certains établissements, vous avez des soignants qui étaient déjà là avant la séparation entre la pénitentiaire et la santé dans les années 90, qui vivent très mal, qui ont très mal vécu en tout cas, cette

²⁴ Psychologue exerçant en détention.

²⁵ CPIP exerçant en milieu ouvert.

²⁶ CPIP exerçant en milieu ouvert.

²⁷ CPIP exerçant en milieu ouvert.

²⁸ V. *infra*.

période où on leur demandait – de ce qu’ils nous en disent – de faire un peu n’importe quoi. » DSPIP.

Dans les grands établissements, leurs relations sont en réalité distendues, complexifiées parfois par des aspects purement architecturaux, du fait de l’éloignement et du cloisonnement des services. Une psychologue compare ainsi la maison d’arrêt de Moussoux et un établissement nettement plus grand d’un département voisin :

« La maison d’arrêt de [Moussoux], c’est petit. Je dirais pas que tout le monde se connaît, mais presque. Y a un lien avec les surveillants, dès la porte, dès qu’on passe la porte. J’ai eu l’occasion de visiter à deux reprises [une plus grande maison d’arrêt], ça n’a rien à voir. [...] Les surveillants, ils ont des sas, des vitres teintées. Ils ont pas le même nombre de détenus. On voit bien qu’entre les services, que ce soit le SMPR, l’unité sanitaire ou le CSAPA qui interviennent, c’est moins fluide. [...] On était plusieurs à [y] être allés sur une journée et on avait l’impression d’être des extra-terrestres quoi, parce qu’effectivement, on fonctionnait pas du tout de la même manière que certains. Effectivement, y a des positions très arrêtées. » Psychologue exerçant en détention et en CSAPA.

Ainsi, dans les petites prisons, l’interconnaissance semble facilitée par la possibilité d’interactions quotidiennes, entre des équipes par ailleurs réduites même si cette proximité n’est pas systématiquement le gage de collaborations plus étoffées.

Les CSAPA sont aussi régulièrement présentés comme plus ouverts à la discussion que les CMP et unités sanitaires en détention, ce que les acteurs interrogés expliquent par une plus grande culture de la pluridisciplinarité, notamment en raison de la présence de travailleurs sociaux en leur sein, dont les missions sinon la formation présentent quelques similitudes avec celles des CPIP :

« Les CSAPA c’est plus facile. Oui, oui, c’est plus facile, parce qu’il y a des éduc et que voilà, je pense qu’il y a une connaissance plus fine de ce que peut faire l’autre [...]. Sur la question des démarches administratives, ils connaissent les contraintes, ils savent les délais. Ils nous renverront jamais “mais pourquoi vous avez pas fait ça ?”. Ce qui peut parfois être exprimé un peu maladroitement par des médecins. » DPIP exerçant en milieu fermé.

Cette plus grande ouverture n’est pas pour autant de règle. Dans certains sites, des acteurs judiciaires notent à l’inverse des relations plus distantes ou plus tendues qu’avec les CMP, pour des raisons souvent liées à l’histoire institutionnelle de ces CSAPA, de tout temps opposés aux soins pénalement ordonnés et au moindre contact avec le système pénal.

Enfin, les effets de statut ne sont pas sans incidence. Certains CPIP jugent plus faciles l’établissement de liens avec les psychologues et infirmiers, avant d’exprimer un sentiment d’infériorisation face à des médecins psychiatres dont la position et les

diplômes leur assurent un certain prestige social. L'un d'entre eux raille leur « esprit de piédestal » :

« Ce sont des personnes qui ont du mal à admettre aussi que... enfin, moi j'ai fait autant d'études qu'eux. [...] Ici même, c'est le sachant qui sait tout. Enfin, c'est ça. Voilà, y a le savoir, le savoir-être, ça s'invente pas, vous le savez bien. Mais donc, ils ont le savoir, mais ils ont pas vraiment de savoir-être. [...] C'est que le métier de médecin, comme le métier d'avocat, de magistrat, on va dire c'était un peu l'aristocratie bourgeoise du XVIII^e au XX^e siècle". » CPIP exerçant en milieu fermé.

Des magistrats ne partagent pas ce sentiment, estiment au contraire les psychiatres « plus familiers »²⁹ et « plus sensibilisés à la nécessité de collaborer avec l'institution judiciaire »³⁰, qu'ils connaissent davantage par leur pratique de l'expertise ou dans le cadre des procédures d'hospitalisation sous contrainte.

Le développement des échanges et dispositifs de concertation sont donc le plus souvent jugés nécessaires. Ils sont non seulement appréhendés comme un moyen de mieux comprendre la place et les rôles de chacun, mais aussi de lever leurs « stéréotypes » respectifs³¹, de « déconstruire des imaginaires qui sont totalement faux »³². Toutefois, leurs conditions d'exercice empêchent dans une large mesure un investissement durable dans des espaces de rencontre.

B. Des conditions d'exercice peu propices aux échanges

Si l'intérêt d'un dialogue interprofessionnel est presque unanimement souligné, les acteurs sont tout aussi nombreux à signaler leurs difficultés pour établir, dans la durée, des relations d'interconnaissance et de confiance, à même d'aboutir à une véritable articulation des pratiques. Les instances de concertation institutionnalisées sont le plus souvent annuelles, et réunissent essentiellement des responsables institutionnels, plutôt que des professionnels amenés à se côtoyer au quotidien. Sur le terrain, des magistrats se réunissent épisodiquement avec des experts, des médecins coordonnateurs ou relais. Des SPIP contactent des structures socio-sanitaires pour les rencontrer, et inversement. On observe même dans de rares sites des réseaux bien implantés et structurés dans la durée entre les JAP, le SPIP, le SMPR et des structures ambulatoires ou hospitalières. Toutefois, les échanges interinstitutionnels dépendent le plus souvent d'initiatives individuelles, sont irréguliers, de faible intensité et relativement peu investis. Les professionnels s'en expliquent par leur

²⁹ JAP.

³⁰ JAP.

³¹ Présidente d'audiences correctionnelles.

³² Responsable d'une fédération d'associations socio-judiciaires.

charge de travail, le manque de temps et de personnel dans les juridictions³³, les SPIP³⁴ et les structures médicales ou médico-sociales. Cette surcharge professionnelle les contraint à prioriser ce qu'ils considèrent être leur cœur de métier et les impératifs du quotidien, plutôt qu'un travail partenarial jugé chronophage, surtout dans les agglomérations de taille importante, dans lesquelles les interlocuteurs pertinents sont nombreux. De fait, magistrats et SPIP sont dans l'incapacité d'établir des contacts réguliers avec l'ensemble de leurs « partenaires » potentiels, d'autant qu'ils doivent construire des liens avec bien d'autres services publics ou structures associatives, au-delà de la question du soin. Lorsqu'ils parviennent à se rencontrer, le turn-over, régulier dans ces corps de métiers, empêche la construction d'une véritable interconnaissance et l'émergence de rapports de confiance. Ainsi, un psychiatre explique :

« Moi j'ai pas d'échanges avec les SPIP. Ils tournent trop. Quand on commence à mettre en place une relation autour de quelqu'un avec un SPIP, à [X], un an et demi après, c'est fini. Donc avec les SPIP c'est difficile, ça il faut le reconnaître. » Expert psychiatre et médecin coordonnateur.

Du fait de rencontres sporadiques, entre des acteurs qui changent parfois entre chaque réunion, ces maigres concertations ont souvent un caractère purement informatif. De façon cyclique, chaque institution se contente de porter une parole institutionnelle, limitée à un rappel de son domaine de compétence et à quelques explications pédagogiques sur ses pratiques, ses moyens et ses contraintes. Il est rare que leurs échanges parviennent à dépasser ce cap, surtout dans les instances de concertation institutionnalisées, dans lesquelles la distribution de la parole est très codifiée³⁵. La pauvreté des échanges et l'absence d'effets concrets sur leurs pratiques alimentent un sentiment de perte de temps et d'énergie. Un psychiatre exerçant au sein d'un CSAPA évoque des « groupes de travail » où l'« on recause des mêmes choses, c'est un peu fatigant », au risque de démobiliser les participants. Au sujet des rencontres organisées avec les médecins coordonnateurs du ressort de Milleville, un JAP précise aussi :

« Comme c'est annuel, ben du coup, en général, les équipes ont changé du côté des magistrats. Donc à chaque fois c'est la même chose, c'est des réunions informatives, donc ça donne pas grand-chose. Y a le début d'une discussion et après, voilà, ça tourne un peu en eau de boudin et puis c'est tout quoi. » JAP.

³³ GAUTRON Virginie, RETIÈRE Jean-Noël, « L'implication des juridictions dans les dispositifs locaux de coproduction de la sécurité », in Jean DANET (dir.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, PUR, 2013, p. 365-400.

³⁴ MILBURN Philip, JAMET Ludovic, « Prévention de la récidive : les services de probation et d'insertion français dans la tourmente », *Champ pénal/ Penal field*, vol. XI, 2014, consulté le 25 mars 2022 [URL : <http://champpenal.revues.org/8936>].

³⁵ IGAS, IGSJ, *Évaluation du pilotage territorial de la politique de prévention et de lutte contre les drogues et la toxicomanie*, Paris, 2014.

Or, l'implication des magistrats dans ces dispositifs de concertation, et leur propension à impulser des réunions au sein de leur ressort, dépendent dans une large mesure des bénéfices concrets et immédiats escomptés. Ils espèrent ainsi faire passer des messages sur leurs propres attentes, par exemple au sujet du contenu des attestations de suivi³⁶, ou encore sur leurs besoins au regard du nombre de mesures prononcées. Ils donnent alors l'impression d'instrumentaliser le partenariat dans une visée purement utilitariste, pour lever ou atténuer leurs propres difficultés, mais pas nécessairement pour s'ouvrir eux-mêmes, comprendre et prendre en compte les attentes et difficultés de leurs interlocuteurs. Alors qu'ils sont parfois très critiques sur la fermeture des soignants vis-à-vis de l'institution judiciaire, plusieurs acteurs de santé ont souligné leur silence et leur absence lorsqu'ils tentent eux-mêmes d'initier des échanges interprofessionnels³⁷. Comme bien des acteurs locaux dans le champ des politiques locales de sécurité (élus et chargés de mission municipaux, préfetures, etc.)³⁸, les professionnels de santé ont donc parfois le sentiment d'être face à une institution autocentrée, peu réceptive à leurs propres attentes, contraintes et analyses.

Bien plus que dans les espaces de concertation, des formes d'interconnaissance et d'intercompréhension progressent de façon informelle, à l'occasion de formations communes, de participations à des colloques ou des journées d'études organisées par les ministères de la Justice et de la Santé, les écoles (de la magistrature, de l'administration pénitentiaire, etc.) et fédérations professionnelles (Fédération Addiction, Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, etc.), ou encore les CRIAVS au sujet de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. D'autres évoquent l'intérêt de stages hors des institutions d'appartenance, qui permettent aux « invités » de donner des clés de compréhension de leurs pratiques à leurs « hôtes » et inversement. Un lieu d'exercice commun ou une expérience passée de prise en charge collective peuvent aussi permettre d'appréhender la réalité professionnelle des uns et des autres, et participer à développer des liens plus étroits. Certains acteurs ont ainsi cité un dispositif de permanence d'un CSAPA au sein du SPIP à Milleville qui aurait permis de développer davantage d'interconnaissance et d'échanges ; d'autres le suivi d'une personne ayant nécessité un travail de coordination entre une JAP et un CMP après plusieurs échecs conjoints de prise en charge et de l'aménagement de sa peine. Alors que ce cas particulier était une source importante de tensions entre les soignants et la magistrate, elle explique qu'au fur et à mesure des échanges, contraints par la situation, ces dernières se sont apaisées, au

³⁶ V. *infra*.

³⁷ V. également GAUTRON Virginie (dir.), *(Se) soigner sous la contrainte : le dispositif de l'injonction de soin*, Rapport de recherche, Paris, Mission de recherche Droit et Justice, 2017, p. 440 et s.

³⁸ GAUTRON Virginie, RETIÈRE Jean-Noël, *op. cit.*

point qu'elle se soit dit à la fin : « bingo, on n'est plus dans le rapport de force, on travaille ensemble »³⁹.

S'il est bien un élément commun à l'ensemble des points évoqués à propos des relations interprofessionnelles entre acteurs sanitaires et judiciaires, c'est l'importance de liens interpersonnels pour dépasser les incompréhensions ou tensions entre institutions ou groupes professionnels distincts. De nombreux acteurs reconnaissent que la création de liens d'interconnaissance *intuitu personae* permet un échange minimal dans un premier temps, et éventuellement, dans un second, la construction d'un lien partenarial plus durable. Cette interconnaissance constitue un préalable incontournable pour faciliter la transmission d'informations par les professionnels de santé, dès lors que celle-ci suppose des relations de confiance. Les conditions d'émergence d'une telle confiance étant rarement réunies, le partage d'informations nominatives soulève toujours d'importantes controverses.

2. Une cristallisation des controverses sur l'échange d'informations nominatives

Les conflits relatifs au secret professionnel médical sont apparus dès les premières formules d'accompagnement médico-social des personnes placées sous main de justice. Ces dissensions sont toujours prégnantes, du fait d'incompréhensions et de désaccords sur ses contours (A). Elles semblent exacerbées en détention, du fait de la proximité des lieux d'exercice et des exigences croissantes de divulgation d'informations (B). En milieu ouvert, l'introduction de médecins-relais et de médecins coordonnateurs est saluée par la plupart des professionnels, mais cette nouvelle interface n'a permis que des avancées relatives (C). En détention comme à l'extérieur des établissements pénitentiaires, les incompréhensions et reproches des acteurs judiciaires s'alimentent paradoxalement de l'existence de quelques échanges d'informations, du fait de la variabilité des pratiques des professionnels de santé (D).

A. Des désaccords persistants sur l'étendue du secret professionnel médical

Alors qu'ils défendent le caractère général et absolu du secret, de nombreux soignants déplorent des incursions judiciaires récurrentes dans le déroulement des prises en charge sanitaires (a). À partir d'interprétations plus restrictives, les acteurs judiciaires regrettent quant à eux le silence des soignants (b).

³⁹ JAP.

a. Des soignants en défense d'un secret général et absolu

De nombreux justiciables sont suspicieux face aux professionnels de santé, qu'ils assimilent souvent à des auxiliaires de justice⁴⁰. Pour permettre l'émergence d'un lien de confiance, ceux-ci doivent inlassablement rassurer leurs patients sur la confidentialité des entretiens. Ils sont donc méfiants face aux sollicitations des acteurs judiciaires qui risquent de les mettre en porte-à-faux vis-à-vis de leurs obligations, logiques et éthique professionnelles. Ils craignent en effet de perdre le lien difficilement établi avec les publics qu'ils prennent en charge, de passer à leurs yeux pour des délateurs. Gérard Dubret pointe le risque de « thérapies vides », avec des « sujets qui viendront répéter inlassablement que tout va bien », à des médecins perçus comme « une simple boîte aux lettres » pour adresser aux juges des messages rassurants⁴¹. L'impossibilité d'instaurer une réelle confiance et confidentialité se traduirait par une véritable chape de plomb, entravant la réussite des thérapies faute d'expression sincère et authentique des patients. Beaucoup opposent donc aux acteurs judiciaires le caractère absolu du secret médical, une obligation et un « outil de travail »⁴² qui régule leur conduite professionnelle :

« Les gens ne comprennent pas le secret médical. Le secret médical, ce n'est pas nous, c'est le code de déontologie. Pour les magistrats, c'est un petit code, c'est un code annexe ! Pour les médecins, c'est un code qui est beaucoup plus exigeant puisque pour les magistrats, globalement le secret, et pour tout le monde, le secret professionnel c'est le diagnostic. »
Psychiatre exerçant en CSAPA.

Les textes et la jurisprudence⁴³ confirment cette interprétation. Selon le Code de la santé publique, ce secret couvre « l'ensemble des informations concernant la personne » (art. L1110-4), « tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris » (art. R4127-4).

Au quotidien, le rappel de ces règles sert de rempart à toute ingérence de la part de la justice et de l'administration pénitentiaire, même si les acteurs de santé composent avec leurs attentes et demandes d'informations. Pour trouver un juste équilibre, la plupart acceptent *a minima* de délivrer des attestations de suivi, qui ne sont remises qu'à la personne. Leurs pratiques sont disparates, même s'il existe dans certains sites des politiques de services visant à homogénéiser leur contenu et la fréquence de

⁴⁰ V. Chapitre VIII.

⁴¹ DUBRET Gérard, « Loi du 17 juin 1998 et dangersités », in Christiane BEAUREPAIRE (de), Michel BÉNÉZECH, Christian KOTLER (dir.), *Les dangersités : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*, Montrouge, John Libbey Eurotext, 2004, p. 276.

⁴² Psychiatre détention.

⁴³ V. notamment Cass. crim., 8 mai 1947, Bull. crim., n°124.

délivrance. Certains en rédigent à chaque rendez-vous, ou à la demande des condamnés lorsqu'ils en sollicitent. D'autres, plus souvent en détention, refusent d'en remettre systématiquement, voire même tous les trois mois. La périodicité dépend aussi des échéances judiciaires, des attestations étant plus facilement remises en amont d'une audience de jugement, d'une commission d'application des peines ou lors du calcul des remises de peine. Des acteurs judiciaires ont toutefois évoqué des soignants réticents à l'idée d'en rédiger, voire qui, dans de rares cas, opposeraient un refus systématique :

« Y a des médecins... en tout cas, c'est inentendable de leur faire... Ils comprennent déjà pas pourquoi la justice leur impose de recevoir des personnes. C'est un truc... ils font un blocage là-dessus. Ça peut être des échanges téléphoniques très secs en disant "mais au nom de quoi la justice se permet de nous imposer un certain nombre de choses ?" » CPIP exerçant en milieu ouvert.

En réalité, ces refus concernent essentiellement les justiciables peu assidus ou qui manifestent clairement qu'ils ne se déplacent que pour l'attestation⁴⁴.

Ces certificats sont le plus souvent laconiques. Lorsqu'ils ne sont pas remis à chaque rendez-vous, certains soignants se contentent de confirmer l'existence d'un suivi, sans en préciser la fréquence, mais seulement la date de démarrage de la prise en charge. D'autres mentionnent au contraire les dates de consultation ou leur périodicité. Dans quelques cas, minoritaires, ils ajoutent les rendez-vous manqués ou les périodes de rupture du suivi. Si certains soignants signent de leur propre nom lesdites attestations, certaines structures publiques de santé refusent de préciser le nom ou le type de thérapeute afin d'éviter toute mention qui « puisse donner un biais ou une interprétation au niveau de la justice qui aille à l'encontre de l'utilisateur »⁴⁵. Elles sont alors systématiquement signées par le chef de service, de façon à ce que la justice ne puisse identifier le type de thérapie engagée, ce qui « serait une façon de rentrer un peu dans le soin »⁴⁶.

Quant au contenu, à l'investissement dans la thérapie et à l'évolution des personnes, la très grande majorité des soignants refuse de délivrer la moindre appréciation, même si nous évoquerons dans la deuxième partie de ce chapitre quelques positionnements divergents. S'ils refusent de communiquer le moindre élément sur le type de thérapie ou de thérapeute, sur la régularité du suivi et *a fortiori* sur l'investissement dans les soins, c'est parce qu'ils récuse bien souvent la pertinence des informations sollicitées, ainsi que les (sur)interprétations qu'en font les acteurs

⁴⁴ V. chapitre VII.

⁴⁵ Directeur d'un CSAPA.

⁴⁶ *Ibid.*

pénaux⁴⁷. Non seulement la qualité d'un suivi ne pourrait se mesurer à l'aune de la fréquence des rendez-vous médicaux, mais ces précisions induiraient des évaluations tout à fait différentes selon les acteurs judiciaires. Pour certains, plusieurs rendez-vous au cours d'un même mois constitueront le gage d'un investissement dans le soin, tandis que d'autres y verront au contraire le signe d'un mal-être, de troubles importants ou persistants, voire d'une potentielle dangerosité justifiant un suivi si rapproché. Un psychologue exerçant en CSAPA et en détention explique aussi :

« S'il voit un psychiatre c'est plus grave que s'il voit un psychologue. Ou au contraire, c'est mieux, parce que le psychiatre c'est un médecin, mais le psychologue c'est pas un médecin. Enfin voilà, on s'était aperçu que du côté judiciaire, ça pouvait être source d'interprétations mais pas toujours... qui pouvaient être erronées aussi d'ailleurs. »

Ils déplorent plus généralement un contrôle judiciaire bureaucratique étranger à la rationalité thérapeutique, au travers de « murailles de papier »⁴⁸ qui traduisent une docilité institutionnelle plus qu'une démarche d'adhésion aux soins. Au-delà des attestations, la volonté de préserver un lien de confiance avec leurs patients explique leurs réticences à signaler les ruptures de suivi ou les rendez-vous non honorés aux acteurs judiciaires, voire même aux médecins coordonnateurs ou relais⁴⁹. Devenant aux yeux de leurs patients des « contrôleurs » des mesures judiciaires, cette confusion des places altérerait le lien thérapeutique.

b. Des acteurs judiciaires déplorant le silence des soignants

Tous les CPIP et magistrats interrogés disent comprendre le sens et la nécessité de maintenir le secret professionnel médical pour que le condamné puisse s'exprimer librement durant les consultations. Une fois ce préalable énoncé, ils avancent cependant une définition nettement plus restrictive de ses contours. À les entendre, les informations qu'ils sollicitent ne tomberaient pas sous le coup du secret, dès lors qu'ils ne sont pas en demande d'éléments sur une éventuelle pathologie, sur le diagnostic, mais sur l'évolution de la personne, sur la fréquence du suivi, sur les conditions de prise en charge sanitaire à la sortie pour ce qui concerne le milieu fermé. Du fait de cette conception étroite des contours du secret, beaucoup déplorent la pauvreté des informations transmises dans les attestations de suivi. Ils souhaiteraient *a minima* des précisions sur les dates de rendez-vous, mais surtout y trouver quelques mots sur l'investissement et l'évolution du justiciable. Une CPIP exerçant en milieu ouvert indique ainsi :

⁴⁷ V. également IGAS, IGSJ, *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice*, 2015, p. 69.

⁴⁸ MARQUES Ana, SAETTA Sébastien, TARTOUR Tonya, « Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire », *Revue française des affaires sociales*, n°2, 2016, p. 57-74.

⁴⁹ V. *infra*.

« Je pense qu'on peut quand même échanger sur une situation, sans enfreindre le secret médical. Moi personnellement, ça ne m'intéresse pas vraiment de savoir que monsieur ou madame est schizophrène. Ce n'est pas mon métier. Maintenant, de savoir si oui ou non, une prise en charge médico-psychologique est intéressante, est importante pour lui, et est-ce qu'aujourd'hui il s'investit et est-ce qu'aujourd'hui il avance, ça, ça m'intéresse. »

Au sujet des auteurs de violences, notamment sexuelles, un JAP souhaiterait par ailleurs des informations sur « leur appréciation des faits, leur responsabilité, leur culpabilité, comment ils l'apprécient, comment ils évoluent par rapport à ça, comment ils apprécient la victime »⁵⁰.

Ce partage d'informations leur semble essentiel pour mieux comprendre la situation des personnes et individualiser le suivi judiciaire, pour contrôler aussi la bonne exécution des soins et s'assurer de l'efficacité du suivi. Ils seraient ainsi en mesure de distinguer les véritables engagements dans le soin des démarches purement utilitaristes, avant de se prononcer en connaissance de cause sur les réductions de peines, les aménagements et, en milieu ouvert, sur la bonne exécution des sursis probatoires ou des suivis socio-judiciaires. Les personnes sous main de justice étant régulièrement suspectées de déformer la réalité des faits auprès de leurs thérapeutes et, inversement, d'exagérer leur implication dans la thérapie auprès des acteurs judiciaires, la confrontation de leurs déclarations successives permettrait aussi d'en vérifier l'authenticité. Ces acteurs judiciaires attendent des soignants qu'ils fassent « équipe »⁵¹ avec eux, pour le « bien » de la personne et pour la cohérence et la crédibilité de leurs interventions auprès de celle-ci. De la sorte, ces collaborations favoriseraient un décloisonnement et une meilleure coordination des réponses institutionnelles. À défaut, les soignants iraient à l'encontre des intérêts de leurs patients. Puisqu'il s'agit d'éviter une réitération en favorisant la réinsertion, tous devraient « travailler dans le même sens », avec le même « but » :

« Le secret médical, ce n'est pas non plus une tour d'ivoire. C'est le bien de la personne qui est censé être le centre commun. Et à un moment donné ou à un autre, j'ai beaucoup de mal moi, à ne pas trouver un espace commun respectueux du rôle et de l'implication de chacun, mais au bénéfice de la personne. » DPIP.

Les acteurs judiciaires comprennent d'autant moins les réticences des thérapeutes lorsque ces informations s'avèrent positives et dont la transmission serait favorable au condamné. Certains interprètent donc le « retranchement »⁵² derrière le secret professionnel médical comme une « position de principe »⁵³, qui viserait moins l'intérêt du patient qu'à prémunir le « pouvoir médical » de toute ingérence. Certains

⁵⁰ JAP.

⁵¹ CPIP en milieu ouvert.

⁵² CPIP exerçant en détention.

⁵³ CPIP en milieu ouvert.

magistrats, agents de probation et autres personnels pénitentiaires y voient aussi un signe de défiance à leur encontre, ou une ouverture de parapluie, pour ne rien dire qui pourrait ensuite leur être reproché.

Dans un contexte de responsabilisation croissante, certains CPIP et magistrats reconnaissent que les pressions à l'encontre des soignants pour qu'ils fournissent plus régulièrement des attestations ont eu tendance à croître, dans une optique de sécurisation de leurs propres pratiques. Une CPIP exerçant en milieu ouvert indique que les JAP de sa juridiction ne se contentent plus de leurs avis sur le sujet, mais réclament de plus en plus la transmission des attestations, voire le nom du thérapeute. S'il s'agit d'une pratique qu'elle estime « propre aux JAP » de ce ressort, elle constate « une tendance qui se généralise » :

« Parce que y a eu des faits divers, parce que y a eu des tas de trucs, parce qu'il y a eu Sarko. Les magistrats ont été poursuivis. Là c'est clair qu'il y a un avant, un après, l'affaire Tony Meilhon. [...] Ça a été des parapluies donc il faut systématiquement des justificatifs. ».

Un JAP y voit un « mécanisme qui concrétise une sorte d'apparence » :

« On sait très bien que ces attestations ne veulent rien dire. [...]. Sauf qu'on a notre attestation, on a notre paquet de... [...] En tout cas, moi c'est ce que j'ai fait et du coup, c'était une mécanique qui consistait à dire, on va mettre en place, une apparence de fonctionnement qui offre toutes les garanties du fonctionnement que veut le législateur. »

Des thérapeutes déplorent également les pressions de certains CPIP sur les condamnés, voire sur les soignants eux-mêmes, pour obtenir des attestations plus fréquentes. Ils regrettent que les acteurs judiciaires ne leur accordent aucune confiance sur ce point, persuadés qu'ils produiraient de simples attestations de complaisance. Ils critiquent aussi les appels téléphoniques pour vérifier l'effectivité du suivi, ainsi que leur insistance auprès des condamnés pour qu'ils abordent tel ou tel sujet auprès d'eux, voire sollicitent un suivi plus rapproché.

Pour autant, les positions des acteurs judiciaires ne sont pas homogènes. Quelques CPIP (4) et JAP (4) indiquent ne pas exiger d'attestations à chaque rendez-vous, du moment que le suivi apparaît globalement régulier, et ne s'offusquent pas de certificats laconiques. Une JAP précise ainsi :

« Si moi le SMPR me dit que c'est régulier, je m'en fiche. [...] "Si vous estimez que tous les 3 mois ça suffit, vous me l'écrivez pas et puis moi je m'en fiche. Vous pouvez me l'écrire mais j'estime que ça fait partie du secret finalement". »

Une CPIP exerçant en milieu ouvert considère également que :

« C'est un espace qui est indépendant de celui que... de l'espace de parole que moi j'ai avec la personne que j'accompagne. Et je pense que c'est important justement que ce soit délimité, voilà. Ce qui se passe dans le cadre de l'échange avec le thérapeute, c'est dans le cadre de l'échange avec le thérapeute. C'est l'échange que la personne souhaite avoir avec le thérapeute. C'est le contenu qu'il veut. Y a une obligation de mise en place des soins, y a pas d'obligation de résultat. Donc moi, j'ai pas besoin d'éléments précis. »

Ces praticiens sont toutefois minoritaires parmi ceux que nous avons interrogés. Si les tensions autour du secret concernent le milieu ouvert, ces frictions sont encore plus fortes dans les établissements pénitentiaires.

B. Des tensions exacerbées en détention

De nombreuses recherches, rapports institutionnels et publications professionnelles montrent qu'il est particulièrement difficile pour les soignants de veiller au respect du secret professionnel médical en détention⁵⁴, ce qu'ont confirmé les professionnels de santé interrogés. Les pressions administratives pour rompre la confidentialité sont par ailleurs croissantes. Le personnel de direction et de surveillance est de plus en plus à l'affût d'informations sur d'éventuels troubles psychiatriques, au motif affiché de la prévention du suicide, mais aussi des violences sur les surveillants ou entre détenus. Des soignants dénoncent des tentatives d'instrumentalisation pour des prescriptions destinées à apaiser le climat en détention, mais aussi pour détecter et signaler les détenus suicidaires, dangereux et, de plus en plus, radicalisés :

« Au fil des années, on est passé de partenaires à instruments. C'est-à-dire "dites-nous si Dupont est dangereux ; si Dupont est suicidaire ; si Dupont peut rester seul en cellule". »
Psychiatre, CGLPL.

Le législateur n'a quant à lui cessé d'étendre le champ du partage d'informations⁵⁵. Outre l'obligation de signaler les patients qui posent « un risque sérieux pour la sécurité des personnes » (art. L6141-5 CSP), ils doivent désormais fournir une attestation de suivi au moins chaque trimestre, en « indiquant si le patient suit ou non de façon régulière le traitement proposé par le juge de l'application des peines »

⁵⁴ V. notamment MILLY Bruno, *Soigner en prison*, Paris, PUF, 2001 ; BESSIN Marc, LECHIEN Marie-Hélène, *Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison*, Paris, EHESS, 2000 ; LANCELEVÉE Camille, *Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne*, Thèse, Paris, EHESS, 2016.

⁵⁵ LÉCU Anne, *Le secret médical. Vie et mort*, Paris, éd. du Cerf, 2016 ; DAVID Michel, « La raison d'État a eu raison du secret médical », *L'information psychiatrique*, vol. 94, 2018/6, p. 431-434 ; DAVID Michel, « Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? », *L'information psychiatrique*, vol. 91, 2015/8, p. 662-670.

(art. 717-1 CPP). Dans le cadre du dispositif de l'injonction de soin, ils doivent également communiquer les informations médicales qu'ils détiennent au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant (art. L3711-2 CSP). Un décret du 23 décembre 2010 a également institutionnalisé des commissions pluridisciplinaires uniques (CPU, art. D211-34 Code pénitentiaire), qualifiées de lieu central d'échange d'informations nominatives, afin de garantir « aux personnes détenues une prise en charge globale qui prend en compte l'ensemble de leur situation »⁵⁶.

Ces réformes ont rigidifié les positionnements professionnels et institutionnels des soignants exerçant en détention. Comme l'illustre une tribune publiée dans la presse en 2014⁵⁷, nombre d'entre eux sont réticents à l'idée de participer aux CPU (a). D'autres conflits sont nés du déploiement d'un nouveau fichier pénitentiaire (GENESIS), que les soignants sont invités à renseigner (b).

a. Les commissions pluridisciplinaires uniques : une participation aléatoire et minimale des soignants

Bien qu'elle ne soit pas obligatoire, la présence du corps médical lors de ces commissions est fortement encouragée. Si le respect du secret professionnel médical est imposé aux agents de l'administration pénitentiaire⁵⁸, les professionnels de santé redoutent que ce dispositif accentue les pressions qu'ils subissent pour transmettre des informations sur leurs patients. Leur présence est donc loin d'être systématique, même si les pratiques varient d'un établissement à un autre, selon les degrés d'entente interpersonnelle ou les positionnements des chefs de service des unités sanitaires (USMP⁵⁹ ou SMPR), qui ne sont pas toujours homogènes au sein d'une même prison. Ainsi, selon le directeur d'une maison d'arrêt :

« Chacun en fait son interprétation. Y a ceux qui « non, moi secret médical, je ne viens pas aux CPU. Je n'ai pas à entendre ce que vous avez à dire. C'est la position de l'UCSA. Y a ceux qui vont dire "ça nous offre une possibilité de venir au CPU, au moins entendre certaines choses et parfois, donner quelques informations tout en restant...". C'est la position du SMPR. »

Certains refusent en effet de s'y rendre, en prenant parfois appui sur une position commune à l'ensemble de leur service. Ils évitent ainsi d'être sommés de s'exprimer

⁵⁶ Circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique.

⁵⁷ Libération, 13 mars 2014.

⁵⁸ Art. 45 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

⁵⁹ Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) ont remplacé les unités de consultations de soins ambulatoires (UCSA), chargées des soins somatiques (art. R6111-27 et s. CSP).

sur un patient et de délivrer des informations qui pourraient être utilisées à leur détriment et partant, affecter l'alliance thérapeutique. Une psychiatre ayant exercé par le passé dans un établissement pénitentiaire explique :

« Quel que soit le professionnel, les infirmiers disaient "mais qu'est-ce qu'on va dire ?". Ça ne finissait pas toujours bien pour les détenus, parce que finalement c'était : "le service de soins a dit que vous ne preniez pas vos médicaments", et donc paf, ça sucrait... C'est très mal foutu. Et donc, à partir du moment où il y a eu les CPU, ben, en tout cas [...] moi où j'étais, on n'a pas voulu s'y rendre [...] Trop de pression pour nous faire parler. Et puis surtout, effectivement, faire parler l'autre après, en disant "vous ne faites pas vos soins, donc...". »

De même, le chef de service d'un SMPR refuse d'y participer, car leur présence serait « contre-productive » :

« Contre-productive pour les détenus, pour les surveillants, pour le personnel médical. Et même je dirais pour notre propre pratique. C'est-à-dire qu'on finit par... on finit par mélanger les... Moi je suis arrivé ici en disant ça c'est fini, y aura plus de contact avec la pénitentiaire, c'est impossible. »

D'autres optent plutôt pour une présence purement passive, en gardant le silence tout au long des réunions, ou se contentent de déclarations très succinctes, en acquiesçant éventuellement aux propos des agents pénitentiaires au sujet des situations des personnes détenues étudiées. D'autres encore acceptent de dévoiler des informations avec l'accord de la personne détenue, mais qui ne concernent que des éléments tenant aux conditions de détention, par exemple le souhait d'un changement de cellule, d'emploi ou d'activités.

Du côté des acteurs judiciaires, certains notent une amélioration relative des échanges depuis la mise en place des CPU. Pour une CPIP exerçant en détention, elles ont au moins permis « qu'on se rencontre. Et quand on a envie de travailler avec l'autre, on identifie la personne et moi après, je peux les interpeller, aller dans le bureau, aller les chercher. » Ils sont toutefois tout aussi nombreux à considérer ces avancées minimales. Selon une responsable en poste à la Direction de l'administration pénitentiaire, plusieurs établissements ont opté pour d'autres modes de rencontre, « parce qu'ils trouvent que la CPU c'est un peu chronophage en tant que praticiens et donc qui ont mis en place d'autres instances d'échanges d'informations » plus informelles. Depuis la mise en place de ces commissions, de nouvelles tensions sont parallèlement apparues à la suite du déploiement d'un nouveau fichier pénitentiaire, que les professionnels de santé sont appelés à alimenter.

b. Un nouveau sujet conflictuel : l'alimentation et la consultation du fichier GENESIS

Introduit en remplacement du traitement de données GIDE (gestion informatisée des détenus en établissement), ce fichier comporte de nombreuses finalités, peu explicites ou difficiles à circonscrire : l'exécution des sentences pénales, la gestion de la détention, la sécurité des détenus et des personnels, ainsi que « la mise en œuvre dans les meilleures conditions d'efficacité et de coordination de l'ensemble des actions relatives au parcours de la personne détenue » (art. R57-9-18 CPP et R240-1 Code pénitentiaire). De nombreux professionnels de santé ont manifesté une nette opposition, notamment portée par l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP) et l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP), car il peut contenir des éléments concernant la prise en charge sanitaire (art. R240-3 Code pénitentiaire) : risques de suicide et leurs facteurs explicatifs, dont la mention d'un abus physique ou sexuel antérieur ; existence d'entretiens thérapeutiques en détention, d'un suivi psychologique ou psychiatrique antérieur, d'antécédents de placement en psychiatrie, d'addictions, mais aussi des appréciations sur l'état psychologique supposé des personnes incarcérées (« semble manifestement délirant, en état de choc, dépressif, anxieux, triste, agressif. »)

Dans un premier temps, le Conseil National de l'ordre des médecins (CNOM) a dénoncé une violation du secret médical, en saisissant le Conseil d'État⁶⁰, puis en invitant les soignants à ne rien enregistrer sur la santé des détenus⁶¹. Mais il s'est finalement rallié à la position de l'administration pénitentiaire, considérant qu'aucun élément couvert par le secret n'apparaissait dans GENESIS. Dans un courrier adressé à l'ASPMP le 23 janvier 2019, il a précisé que ces informations peuvent « être de nature à faire comprendre à l'administration la nature potentielle des pathologies », « mais pas davantage qu'un support papier ». Pour ses membres, l'enregistrement d'informations par les soignants peut être « constructif », dans l'intérêt du patient, et ne pas porter atteinte aux droits des détenus :

« Quel est l'intérêt du patient ? C'est que la réalité de sa situation soit prise en compte. Si j'ai besoin d'aller consulter régulièrement, c'est probablement pas uniquement pour le plaisir de voir quelqu'un qui m'est sympathique. Si cela révèle que j'ai un état psychologique fragile, et qu'il est éventuellement dangereux de m'élargir trop vite, parce que je vais retomber sous mes mauvaises influences, le fait de le cacher, ça n'est pas dans mon intérêt. Sans parler que c'est probablement pas dans l'intérêt collectif. Si au contraire, ça démontre que j'ai pris conscience de mes fragilités et que je me fais prendre en charge, c'est aussi dans mon intérêt. Donc à mon avis, c'est pas délétère. » Membre du CNOM.

⁶⁰ Conseil d'État, 10^{ème} / 9^{ème} SSR, 09/11/2015, 383313.

⁶¹ Circulaire n°2015-112 du 8 décembre 2015.

Pour autant, une responsable de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) constate que les soignants refusent toujours d'y enregistrer des informations dans environ la moitié des établissements pénitentiaires. Pour éviter que puisse être identifié le type de suivi médical, certaines unités sanitaires indiquent la salle de consultation ou le service dans son ensemble plutôt que le nom du praticien consulté. Si les professionnels de santé interrogés contestent presque tous ce fichier, certains tempèrent néanmoins ses effets en termes de violation du secret, du fait des difficultés préexistantes pour le protéger⁶². Les acteurs pénitentiaires et judiciaires envisagent quant à eux le dispositif comme une avancée technique parfaitement neutre. Un directeur de maison d'arrêt dénonce une opposition de principe « hypocrite », puisque les mêmes informations figurent dans les dossiers transmis en version papier. Cette posture nuirait selon lui à leurs patients, en entravant faute d'informations des transferts dans des prisons plus adaptées à leurs troubles, l'attribution d'une cellule aménagée pour les personnes à mobilité réduite, etc. Les représentants du CNOM y voient aussi de la « mauvaise volonté », des « faux-fuyants » de soignants adoptant des « positions obsolètes », alors qu'il s'agirait simplement de remplacer le papier par l'informatique.

Toutefois, ce fichier est loin d'être aussi neutre qu'ils le pensent. En pratique, certains agents de probation, et d'autres membres des corps de direction de l'administration pénitentiaire, pistent par ce biais les mouvements des détenus vers les unités sanitaires, renseignés par les surveillants, de façon à contourner le refus de soignants d'attester de la fréquence des entretiens thérapeutiques. Lorsque ces informations sont précisées, ils peuvent déterminer les types de suivis médicaux mis en place (somatique, psychiatrique), le psychiatre ou psychologue traitant, ainsi que le nombre d'entretiens mensuels. Les CPIP en rendent compte au JAP dans leurs rapports et mobilisent ces données pour évaluer le degré d'investissement du condamné dans ses soins. Cette quantification de l'assiduité formelle se transforme alors en critère d'évaluation puis en critère décisionnel, parmi d'autres facteurs d'octroi ou de refus de réductions de peine, de permissions de sortir ou d'aménagements de peine. Outre que ce type d'usage n'entre pas dans les finalités assignées à ce traitement, il soulève des enjeux éthiques et pratiques d'importance sur le plan du secret médical, de la préservation du lien thérapeutique, et partant de l'efficacité des soins. Le témoignage ci-dessous, adressé par un psychiatre après des échanges informels et collectifs avec plusieurs soignants exerçant en détention, résume à lui seul combien ce fichier, loin d'une prétendue neutralité technologique, transforme et compromet la relation thérapeutique.

⁶² Psychiatre CGLPL.

« Un patient se présente furieux dans mon bureau, me reprochant d’avoir transmis au SPIP qu’il avait arrêté sa méthadone. Il se trouve que le Jap avait refusé sa demande d’aménagement de peine, car il avait appris *via* Genesis que ce patient ne venait plus quotidiennement au SMPR pour prendre son traitement, ce qui ne posait d’ailleurs absolument aucun problème sur le plan médical (projet d’arrêt de sa substitution travaillé de longue date avec ce patient). »

En milieu ouvert, d’autres réformes ont cherché à faciliter les échanges d’informations entre acteurs judiciaires et sanitaires, en introduisant de nouveaux « passeurs de frontières. »

C. L’introduction des médecins coordonnateurs et relais en milieu ouvert : une plus-value limitée

Lors de la création du dispositif de l’injonction de soin en 1998, la fonction de médecin coordonnateur fut présentée comme une innovation majeure, comme un point d’équilibre dans la rencontre et la collaboration entre thérapeutes et acteurs judiciaires. Le dispositif est apparu suffisamment convaincant pour que le législateur introduise sur le même modèle, en 2007, un médecin relais (ou désormais psychologue) pour le suivi des injonctions thérapeutiques. En position d’interface, ceux-ci doivent faciliter les interrelations entre acteurs, en renseignant la justice sur la bonne exécution et le déroulement du suivi, tout en protégeant le secret professionnel des thérapeutes. Si la majorité des praticiens interrogés soulignent la plus-value d’une telle intermédiation (a), en pratique, celle-ci apparaît relative (b).

a. Une interface pour une meilleure articulation des pratiques

À l’aune des entretiens réalisés, ces intermédiaires bénéficient d’un *a priori* plutôt favorable. Par leur connaissance des univers professionnels tant judiciaires que sanitaires, ceux-ci pourraient traduire les demandes et faire circuler les informations d’un champ à l’autre. Toutefois, professionnels de santé et acteurs judiciaires laissent transparaître des attentes distinctes. Comme ceux qui ont participé à la construction du dispositif de l’injonction, les premiers insistent sur l’intérêt de « libérer le thérapeute d’une liaison avec la justice »⁶³. N’étant pas en position de thérapeutes et seuls chargés de « rendre des comptes »⁶⁴, ils apparaissent comme un moyen de protéger et d’autonomiser l’espace de soin des incursions judiciaires. Les thérapeutes pourraient ainsi s’extraire des attentes du système pénal, se dégager des interrogations des agents de probation et des magistrats, ceux-ci ayant désormais un

⁶³ BALIER Claude, CIAVALDINI André, GIRARD-KHAYAT Martine, *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*, Paris, La Documentation française, 1996, p. 272.

⁶⁴ Psychiatre exerçant en détention.

interlocuteur dédié à ces fonctions. Cet écran les rassure sur leur implication dans la mise en œuvre des soins pénalement ordonnés, le risque d'une dénaturation de la démarche et d'une confusion des rôles étant écarté. Il s'agit d'un argument de poids pour les médecins coordonnateurs ou relais lorsqu'ils tentent de convaincre leurs confrères ou consœurs de s'impliquer dans ce type de suivi :

« J'essaie d'explicitier, de décrire, parce que des fois, y a des praticiens qui connaissent pas, notamment des libéraux... toujours bien le cadre du suivi judiciaire, d'une injonction. J'explique et des fois, ça permet de lever des problèmes, des fois pas, quand clairement, les confrères disent "Ah non, non, non, moi je refuse de travailler avec la justice". C'est souvent la phrase qui revient "je refuse de travailler AVEC la justice". Je leur explique que si je suis là, c'est pour que justement, ils ne travaillent pas avec la justice. » Médecin coordonnateur.

En dessinant avec précision les frontières de leurs missions respectives, en spécifiant les limites de leurs interactions, ce cadre législatif et réglementaire sécuriserait aussi l'intervention du thérapeute. Outre une meilleure compréhension des procédures à suivre, chaque soignant disposerait en cas de difficultés d'un interlocuteur parmi ses pairs. Il n'aurait plus à se tourner vers les acteurs pénaux, dans un contexte d'incertitude quant aux conséquences judiciaires des informations transmises, tant pour lui que pour son patient. Ces interlocuteurs sont aussi perçus comme des collègues auprès desquels ils trouveraient une écoute, voire des conseils face au comportement du patient :

« Dans la mesure où j'ai aucun lien avec la justice, au moins j'ai un petit lien avec quelqu'un. Je sais que dans ces suivis-là, je suis pas seul. Si y a un souci, je peux en discuter quand même. Je prends mon téléphone et je vais appeler le médecin coordonnateur. Donc je trouve que ça a un côté un peu rassurant quand même. » Psychologue exerçant en CMP.

Tandis que les professionnels de santé en espèrent une plus grande autonomie, les agents de probation et les magistrats y voient un moyen d'accéder au dispositif de soin, de dépasser le secret médical grâce aux informations transmises par ces auxiliaires de justice. Ils comparent ce cadre avec celui de l'obligation de soin qui, en l'absence de tels intermédiaires, laisse les magistrats ou le personnel du SPIP en marge du suivi sanitaire. En levant « ce filtre, cette barrière du secret professionnel médical »⁶⁵, les coordonnateurs et relais les mettraient en capacité de suivre l'évolution des injonctions thérapeutiques ou de soin, d'objectiver l'investissement du condamné et de réagir dans le cas contraire. Outre le déploiement d'une surveillance médicale renforcée⁶⁶, le dispositif permettrait donc un contrôle judiciaire plus affiné. Ils espèrent ainsi donner du « *sens* » et un véritable « *contenu* » à cette obligation judiciaire, la crédibiliser aussi aux yeux du condamné. Du fait de relations jugées plus

⁶⁵ JAP.

⁶⁶ V. chapitre IV.

sereines qu'avec d'autres thérapeutes, leurs échanges favoriseraient une meilleure prise en charge sociale et judiciaire de la personne contrainte au soin. Il peut leur arriver de les solliciter pour des conseils lorsqu'ils se trouvent en difficulté, notamment face à des condamnés souffrant de lourdes pathologies mentales. Leurs rapports, lorsqu'ils sont suffisamment étoffés, permettraient aussi de mieux connaître l'état psychique de la personne, et d'ajuster leurs propres interventions. Enfin, plus marginalement, mais énoncé de manière très explicite par un CPIP, la présence du médecin coordonnateur limite leurs inquiétudes quant aux difficultés d'appréciation de l'évolution de la situation du condamné. Elle induit aussi un « partage de responsabilité » face à d'éventuelles mises en cause en cas de récidive :

« Je trouve que ça permet au CPIP d'être quand même un petit peu aussi, enfin que la responsabilité, entre guillemets, soit partagée. Moi quand j'ai un suivi comme ça, je me dis "si le médecin coordonnateur n'attire pas mon attention sur quelque chose de spécifique que lui aurait vu...". Ça me rassure en fait. C'est pas, moi juste, et le lieu de soins qui évaluent tout ça. » CPIP exerçant en milieu ouvert.

Ainsi, les professionnels sont plutôt enclins à saluer cette avancée dans le dispositif des soins pénalement obligés, même si les pratiques et conditions d'exercice de ces intermédiaires en limitent la plus-value.

b. Une interface à consolider

Le positionnement du coordonnateur, médecin ou psychologue relais sur la ligne de démarcation entre soin et obligation judiciaire demeure un sujet de débat chez les thérapeutes. Ils ont soulevé à plusieurs reprises l'ambiguïté de cette fonction, voire expriment de la suspicion lorsqu'ils soupçonnent des formes de connivence avec « l'appareil judiciaire ». Une psychologue relais, consciente de la méfiance de confrères et consœurs, insiste sur la nécessité de poursuivre la construction de cette interface :

« C'est pas seulement les patients qui peuvent nous prendre pour des personnels de justice. On a dû faire quand même un sacré boulot avec le réseau, parce qu'au tout début en tout cas, on était vraiment perçus comme des agents de la justice. »

L'appréhension d'une confusion des rôles complique leurs missions, ce que mesurent les acteurs judiciaires :

« Le législateur a voulu faciliter les liens mais quand le médecin coordonnateur appelle, à mon avis, pour eux, c'est le juge qui appelle. C'est pas un confrère. [...] Je pense que les psychiatres de secteur ont peur de ce qui va être transmis au juge et donc disent le strict minimum au médecin coordonnateur. Ils sont même parfois agressifs avec le médecin coordonnateur. » JAP.

Ces intermédiaires se trouveraient « *entre le marteau et l'enclume* »⁶⁷, seraient « *l'œil de Moscou* »⁶⁸, autant d'expressions qui laissent entrevoir le chemin encore à parcourir vers une totale adhésion des thérapeutes au dispositif. Ces réticences trouvent leur source dans le caractère équivoque de leurs fonctions, mais progressent en raison du comportement de certains médecins coordonnateurs ou relais. Le manque de volontaires⁶⁹ induit une charge de travail importante pour ceux qui acceptent cette position d'auxiliaire de justice, ce qui limite le temps consacré à chaque personne suivie. Aux dires des acteurs judiciaires et sanitaires interrogés, certains investissent *a minima* ces fonctions, au point de n'avoir parfois aucun contact avec les thérapeutes⁷⁰. Lorsque le condamné n'est pas défaillant, leurs relations demeurent dans bien des cas minimales, sinon exceptionnelles. Beaucoup ne se manifesteraient qu'à la veille de rédiger leurs rapports, ou ne répondraient pas aux sollicitations des soignants, sauf lorsqu'ils finissent par brandir la menace d'interrompre le suivi :

« J'avais 5 suivis en injonction de soins, pour lesquels je n'avais aucun dossier. J'ai fait la demande au médecin coordonnateur, qui ne m'a pas répondu. [...]. Donc au bout d'un an et demi j'ai dit « j'arrête les suivis ». Et là, sous 15 jours, j'ai eu les 5 dossiers. Voilà, pour moi, ça c'est quand même très problématique. » Psychologue exerçant en CMP.

Ces carences mettent le dispositif à mal. Les bénéfiques loués par les thérapeutes disparaissent, en particulier le rôle rassurant de cet intermédiaire, le partage d'expériences et de conseils. Les premiers peuvent alors se retrouver démunis et, dans des situations d'urgence, être contraints de directement faire appel au SPIP ou au JAP. Ces derniers n'ont pas nécessairement des relations plus étroites avec ces auxiliaires de justice, qui se contentent souvent d'envoyer leurs rapports et de signaler par courrier les condamnés défaillants. Des CPIP se disent frustrés de ne pas obtenir de réponse à leurs demandes de renseignements pour mieux comprendre les problématiques psychiques du probationnaire, saisir les points à travailler et déterminer sur cette base les modalités de leur propre suivi⁷¹.

En définitive, les différentes réformes introduites depuis la fin des années 1990 n'ont pas produit des avancées significatives sur le plan des échanges d'informations nominatives. Les perceptions hétérogènes quant aux contours du secret professionnel participent des dissensions entre intervenants. Paradoxalement, les critiques des acteurs judiciaires s'alimentent de l'existence de quelques échanges, certains soignants acceptant de délivrer plus facilement des informations.

⁶⁷ JAP.

⁶⁸ Présidente d'audiences correctionnelles, précédemment JAP.

⁶⁹ V. chapitre VIII.

⁷⁰ V. également GAUTRON Virginie (dir.), *op. cit.*, p. 326 et s.

⁷¹ V. chapitre IX.

D. Des incompréhensions majorées par la variabilité des pratiques des acteurs de santé

Plus qu'un réel collectif, le champ médical réunit en pratique un agrégat d'acteurs aux représentations et aux positions parfois divergentes⁷². Ils n'ont pas tous la même définition ni la même attitude face à l'obligation de taire les informations sur leurs patients. Si la majorité se refuse à préciser le degré d'investissement dans les soins, certains entrent un peu plus dans les détails, par exemple en mentionnant *a minima* l'existence d'un « suivi régulier ». Si ces précisions semblent plus fréquentes de la part des praticiens libéraux et des médecins généralistes, un psychiatre exerçant en CSAPA indique en dire « le moins possible » mais reconnaît préciser les dates de consultations quand celles-ci sont très espacées. Au contraire, quand le suivi est régulier, il « valorise le travail », mais sans rien écrire « sur le fond ». Dans notre corpus, sept autres praticiens acceptent d'être un peu plus précis sur le fond du suivi lorsqu'ils considèrent qu'il en va de l'intérêt de leur patient, qu'il en fait la demande ou avec son accord :

« Je fais des attestations les plus neutres possible "oui, je le vois régulièrement", c'est tout. Sauf cas exceptionnel où je sens que l'aménagement va avoir du mal à passer, que pour autant, c'est quelqu'un qui est hyper investi dans son soin, qui a vraiment évolué, là je vais peut-être mettre une ligne supplémentaire, pour soutenir un tout petit peu la demande, mais c'est tout. » Psychologue exerçant en détention.

Régulièrement, les frontières du secret évoluent en effet selon la situation du patient-justiciable et de son intérêt, du moins tel que perçu par les acteurs. Ainsi, face à des situations de grande vulnérabilité sociale ou médicale, un psychiatre précise qu'il « est possible [qu'il soit] en infraction d'une certaine manière, mais tant pis, il faut aider le patient ». Alors que la Cour de cassation considère que personne ne peut « les en affranchir »⁷³, certains professionnels du soin, mais aussi de la justice, considèrent que l'autorisation donnée par la personne justifierait le non-respect de leur obligation de se taire. Ainsi, le consentement permissif⁷⁴ du patient-justiciable viendrait à délier le praticien de son secret professionnel, qui pourrait transmettre plus largement, voire sans restriction, les informations apprises lors des rencontres avec la personne suivie. Toutefois, ce genre de transmission n'est pas toujours au bénéfice des patients qui manifestent une véritable adhésion aux soins. Ainsi, selon une magistrate, certains médecins « indiquent dans leurs rapports qu'il n'adhère pas aux soins et qu'on ne peut pas travailler avec lui »⁷⁵.

⁷² MILLY Bruno, *op. cit.*

⁷³ V. notamment Cass. crim., 8 mai 1947, Bull. crim., n°124.

⁷⁴ PIN Xavier, *Le consentement en matière pénale*, Paris, LGDJ, 2002.

⁷⁵ Présidente d'audiences correctionnelles.

Dans quelques sites, de véritables concertations existent sur le contenu des attestations⁷⁶. Selon le degré d'investissement dans la thérapie, certains thérapeutes mentionnent les dates précises des consultations, ce qui révélerait plutôt un défaut d'implication, soit un suivi « *depuis telle date* », plus positif. D'autres renseignent sur la durée des entretiens, ou choisissent des formulations plus ou moins suggestives.

« Le CSAPA avait dit qu'ils mettraient une sorte de... j'allais dire de graduation. S'ils mettaient simplement l'attestation, c'est que la personne venait sans forcément s'investir. Après, ils allaient rajouter peut-être une petite phrase d'accroche. Par exemple, s'ils mettaient qu'ils venaient régulièrement ou de manière intensive, c'est que là ils s'investissaient plus. » CPIP exerçant en détention.

Dans un CMP, dont les professionnels de santé, pour certains auxiliaires de justice ou exerçant en détention, ont établi des rapports relativement étroits avec l'institution judiciaire, les acteurs se sont accordés sur des attestations comprenant « 3 encoches, c'est-à-dire qu'il y a la personne investie, elle est pleinement dans le soin ; la personne a respecté partiellement. Ou alors, la personne n'a pas du tout investi le soin »⁷⁷. Dans certains sites, certaines pratiques posent question, lorsque les soignants usent d'expressions codées pour adresser des messages subliminaux aux acteurs judiciaires, mais sans prévenir leurs patients en amont. Parfois, sans rien écrire dans l'attestation, d'autres transmettent par exception des informations « en off », par mail ou de vive voix⁷⁸. De rares soignants, enfin, ne semblent pas particulièrement se poser la question des informations qu'ils sont en droit de transmettre. Des magistrats nous ont donné quelques exemples de praticiens fournissant des informations sur les niveaux de consommation d'alcool ou de drogues, la prescription d'un traitement de substitution, l'état psychiatrique des personnes, le contenu des échanges, etc. Dans de rares sites autres que ceux que nous avons étudiés, d'autres expériences illustrent la variabilité des pratiques. Ainsi, des réunions triangulaires sont parfois organisées en la présence du soignant, du patient et de son référent judiciaire.

Les postures des médecins coordonnateurs et relais vis-à-vis du secret professionnel sont également plurielles. Dans leurs interactions avec les thérapeutes, certains considèrent que le secret demeure général et absolu. Ils ne réclament aux soignants qu'un minimum de renseignements destinés à la rédaction de leurs rapports. Ils soulignent aussi l'importance de leur rôle de filtre des informations reçues des

⁷⁶ V. également MARQUES Ana, SAETTA Sébastien, TARTOUR Tonya, *op. cit.* ; IGAS, IGSJ, *op. cit.*, p. 69 ; SAETTA Sébastien, « Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », *Champ pénal/ Penal field*, vol. XIII, 2016, consulté le 25 mars 2022 [URL <http://champpenal.revues.org/9401>].

⁷⁷ CPIP exerçant en détention.

⁷⁸ JAP.

thérapeutes avant de les transmettre au juge. D'autres considèrent au contraire que le secret ne s'impose pas dans le cadre d'échanges entre professionnels de santé, point de vue largement partagé parmi les acteurs judiciaires. Pourtant, ce médecin ne se trouve pas en situation de « secret partagé » avec le praticien traitant. Si ce dernier est habilité à l'informer d'une interruption du traitement ou des difficultés rencontrées dans l'exécution de la mesure (art. L3711-3 et L3413-3 CSP), les informations transmises ne peuvent aller au-delà, c'est-à-dire porter sur le fond de la thérapie. La diversité des pratiques se retrouve à la lecture des rapports adressés aux magistrats. Nous avons montré dans une précédente étude que ceux des médecins coordonnateurs varient en taille et en contenu⁷⁹. Certains reprennent le modèle des expertises et s'étalent sur plusieurs pages, mais la très grande majorité sont très pauvres, ce que les acteurs judiciaires expliquent souvent par l'insuffisance perçue des éléments transmis par les thérapeutes. Ils se contentent alors d'attester du respect formel de la mesure, de la présence aux rendez-vous du thérapeute comme des leurs, ce qui suscite des critiques de la part des CPIP et des magistrats, qui s'estiment insuffisamment renseignés.

L'ensemble de ces variations alimentent les incompréhensions et les reproches des acteurs judiciaires, qui mobilisent les contre-exemples d'échanges effectifs pour confirmer la validité juridique et éthique des transmissions d'informations, « puisque certains le font ». Afin de stabiliser les pratiques et d'améliorer les relations entre intervenants, certains appellent de leurs vœux une clarification des règles relatives aux secrets professionnels et au partage d'informations, voire la définition d'une nomenclature des éléments transmissibles. Parmi les enquêtés, de rares professionnels de santé partagent ce point de vue, car ils s'interrogent eux-mêmes sur les contours du secret et sur la conformité du partage des renseignements recueillis auprès du patient. Au-delà, quelques CPIP et magistrats préconisent la consécration d'un véritable « secret partagé », sans qu'ils en proposent une définition précise. Comme l'explique un agent de probation, la notion est « tellement subjective » que « chacun se l'approprie à sa façon »⁸⁰. Toutefois, cette proposition est loin de faire consensus, y compris parmi les acteurs judiciaires. Parmi ces derniers, plusieurs enquêtés sont dubitatifs sur l'intérêt d'une telle réforme, voire s'y déclarent opposés. Ils pointent les limites d'un encadrement strictement juridique, qui risque d'exacerber les tensions avec les acteurs de santé. Une JAP « n'est pas sûre que ça fonctionnerait », craint que « les personnes se livrent moins » et que cela nuise aux soins. Une CPIP rappelle le principe d'égalité devant la loi et ne voit pas « au nom de quoi, pour les personnes condamnées, [le secret professionnel médical] serait relativisé par rapport au citoyen lambda. »

⁷⁹ GAUTRON Virginie (dir.), *op. cit.* p. 329 et s.

⁸⁰ CPIP exerçant en milieu fermé et ouvert.

Conclusion

Si les conflits ouverts sont plutôt rares, l'enquête révèle la persistance d'incompréhensions mutuelles entre acteurs judiciaires et sanitaires, de malentendus ou préjugés sur leurs missions et leurs cadres d'intervention respectifs. Les soignants composent avec les attentes exogènes de l'institution judiciaire et de l'administration pénitentiaire, mais veillent scrupuleusement à leur indépendance vis-à-vis de celles-ci, et tentent de contrôler leur « territoire » d'intervention par la défense d'une définition purement médico-psychologique de la nature et des finalités des soins. Face à cette mise à distance du cadre judiciaire, magistrats et personnels de l'administration pénitentiaire tentent au contraire d'étendre leur sphère d'influence pour orienter et mieux contrôler l'exécution des soins en détention ou ordonnés en milieu ouvert⁸¹. Les tensions interprofessionnelles se cristallisent sur l'échange d'informations nominatives, à partir d'interprétations divergentes sur les contours du secret professionnel médical. L'absence de dispositif légal ou réglementaire encadrant avec précision le partage d'informations laisse les praticiens dans l'incertitude quant à la nature des données communicables⁸². Si certains réclament une clarification législative ou réglementaire, voire un véritable « secret partagé », cette proposition est loin de faire l'unanimité. Un « changement de mentalité », pour reprendre les termes d'une DPIP, serait plus efficace qu'un « changement textuel » imposé. L'exemple du milieu fermé démontre les limites du recours à la norme : de la loi pénitentiaire à la production normative de circulaires, d'annexes ou de guides sur l'échange d'informations nominatives, ces outils n'ont pas permis de stabiliser ou d'homogénéiser les pratiques⁸³. Comme d'autres recherches l'ont montré, la fréquence, l'ampleur et la qualité des échanges sont tributaires, non pas de textes qui raidissent les oppositions plus souvent qu'ils ne favorisent la discussion, mais de rapports d'interconnaissance et de confiance⁸⁴. Cette enquête confirme que les soignants ajustent parfois leur secret professionnel, à la marge et « au cas par cas », en fonction de ce qu'ils savent ou pensent de leur interlocuteur, de ses façons d'interpréter et d'utiliser les informations en question. Pour construire progressivement ce lien de confiance, la grande majorité des praticiens s'accordent sur la nécessité d'investir au préalable des espaces de rencontre plus généralistes. Du

⁸¹ ABBOTT Andrew, *op. cit.*

⁸² PY Bruno, « De la violation du secret professionnel : essai de légistique progressiste », in Valérie MALABAT, Bertrand de LAMY, Muriel GIACOPELLI (dir.), *La réforme du Code pénal et du Code de procédure pénale, Opinio doctorum*, Paris, Dalloz, 2009, p. 89 et s. ; PÉCHILLON Éric, « Recherche du juste équilibre en échange d'informations entre professionnels et protection du secret médical », obs. sous Conseil d'État, 22 octobre 2014, n° 362681, *AJ Pénal*, 2014, p. 595.

⁸³ PÉCHILLON Éric, *op. cit.*

⁸⁴ V. notamment GAUTRON Virginie (dir.), *op. cit.* ; GAUTRON Virginie, « Le positionnement des travailleurs sociaux dans les dispositifs locaux de coproduction de la sécurité », in Dominique ATTIAS, Lucette KHAÏAT L. (dir.), *Enfants rebelles, Parents responsables ?*, Toulouse, Erès, 2014, p. 115-130.

fait de multiples obstacles pratiques, les conditions d'émergence d'un tel dialogue sont toutefois loin d'être réunies, alors qu'il leur permettrait de réfléchir ensemble aux moyens d'agencer des interdépendances complexes, d'assurer la complémentarité de leurs interventions sans confusion des places, dans le respect de leurs identités professionnelles et de leurs normes déontologiques.