



MÉMOIRE SUR L'ÉCHANGE/PARTAGE D'INFORMATION ENTRE PERSONNELS DE SANTÉ ET PERSONNELS PÉNITENTIAIRES

Première partie

Réponse au positionnement du Conseil national de l'Ordre des médecins sur le secret médical et les dispositifs pénitentiaires GENESIS et dossier d'orientation et de transfert (DOT).

Deuxième partie

Sur le partage/échanges d'information en général entre professionnels de santé et non-professionnels de santé.

Mars 2019

PREMIÈRE PARTIE

Réponses au positionnement du Conseil national de l'Ordre des médecins sur le secret médical et les dispositifs pénitentiaires GENESIS et dossier d'orientation et de transfert (DOT).

Préambule

Entre le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) et les associations de soignants intervenant en milieu pénitentiaire : l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP/somaticiens) et l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP) se tiennent des échanges depuis plusieurs années sur le partage et/ou les échanges d'information entre l'administration pénitentiaire et les professionnels de santé.

Une rencontre a eu lieu au siège du CNOM le 21 novembre 2018 pour échanger autour du secret médical en prison et des dispositifs GENESIS et dossier d'orientation et de transfert (DOT). À l'issue de la réunion, le CNOM a demandé aux associations de lister leurs questions afin d'y apporter une réponse écrite. Cette rencontre réunissait le Dr André Deseur, vice-président du CNOM et le Dr Faroudja, président de la section Éthique et déontologie.

L'APSEP était représentée par son président, le Dr Damien Mauillon, son vice-président, le Dr Patrick Serre et le Dr Valérie Kanoui ; l'ASPMP par son président, le Dr Michel David. La lettre commune APSEP/ASPMP est datée du 2 décembre et la réponse du CNOM du 23 janvier 2019, dont l'objet est : « *secret en médecine pénitentiaire* ». Elles sont reproduites ci-après.

Il convient de répondre point par point aux réponses du CNOM et même aux questions restées sans réponse.

Les questions de l'APSEP et de l'ASPMP

Les questions posées dans le courrier APSEP/ASPMP sont les suivantes :

1. Le secret médical, ainsi que ses dérogations, est régi par les mêmes règles qu'en milieu libre. Il n'existe pas de secret « adapté » en milieu carcéral.
2. Le secret partagé n'existe pas en milieu carcéral. Il est impossible de donner des informations d'ordre médical directement au partenaire Justice. Dans l'intérêt de la personne détenue, toute information à transmettre doit passer par le patient par le biais d'un certificat médical. En l'occurrence, il ne peut pas non plus être partagé avec les conseillers du SPIP, personnels pénitentiaires qui ne font pas partie de l'équipe de soins, au sens de la loi santé.
3. Les dispositifs pénitentiaires GENESIS et DOT ne peuvent être renseignés par le médecin exerçant en milieu carcéral, sans enfreindre le secret médical.
4. Cependant, dans l'intérêt du patient, notamment si le patient bénéficie d'un suivi et que sa santé le nécessite, le médecin a la possibilité, avec son accord, de donner des préconisations qui permettront d'adapter son régime de détention. En cas de transfèrement, si des aménagements sont nécessaires, ils seront indiqués dans un certificat médical remis au patient.
5. En revanche, il est impossible pour le médecin d'apporter quelque information que ce soit si le patient ne bénéficie d'aucun suivi médical.
6. La participation des médecins aux Commissions pluridisciplinaires uniques (CPU), réunion où la santé des patients est abordée de manière nominative constitue une violation du secret médical.



Association des Professionnels de Santé
Exerçant en Prison

Dr Damien MAULLON

Président de l'APSEP

US Angers

Boite Postale 4134

49041 Angers cedex 01

damaillon@chu-angers.fr

02.41.60.10.05

Dr Michel DAVID

Président de l'ASPMP

Fondation Bon Sauveur

Secteur G02 Route de Saint-Sauveur

50360 Picauville

02 33 21 85 24



Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

Docteur Jean-Marie FAROUDJA

Président de la section Ethique et Déontologie

Docteur André DESEUR

Vice président du Conseil National

Conseil National de l'Ordre des Médecins

4 rue Léon Jost

75017 PARIS

Angers, le 02 décembre 2018

Chers confrères,

Au nom de l'APSEP et l'ASPMP, nous vous remercions de nous avoir rencontrés le 21 novembre afin de répondre aux questions que se posent de nombreux médecins intervenant en milieu carcéral concernant l'utilisation du dispositif pénitentiaire GENESIS.

En 2015, le Conseil National de l'Ordre s'était prononcé en affirmant que les médecins qui exercent dans les établissements pénitentiaires n'ont pas à enregistrer dans le traitement GENESIS des informations concernant la santé des personnes détenues.

En 2017, suite à une présentation de ce dispositif à la Direction de l'Administration Pénitentiaire, vous avez adressé un nouveau courrier au directeur de l'administration pénitentiaire en précisant l'absence de réserve du Conseil National de l'Ordre des Médecins à son usage.

C'est en faisant référence à ce dernier avis que la Direction de l'Administration Pénitentiaire tente aujourd'hui d'imposer aux médecins d'inscrire dans le dispositif de surveillance GENESIS des informations d'ordre médical dans le cadre des dossiers de transfert des personnes détenues d'un établissement pénitentiaire à un autre.

Ces dossiers nommés « DOT » (Dossiers d'Orientation et de Transfert) sont, comme l'indique l'article D76 du code de procédure pénale, renseignés par le chef d'établissement et permettent à l'administration pénitentiaire d'organiser la gestion du parcours de peine de la personne détenue. En parallèle, afin d'assurer la continuité des soins, les médecins fournissent au patient et/ou à l'équipe de soin du futur établissement pénitentiaire qui l'accueillera, toute information sur sa santé. Au regard de l'article 4 du code de déontologie médicale, les médecins ne peuvent donner d'information directement à l'administration pénitentiaire, notamment par le biais de ces dossiers.

La pression pénitentiaire exercée sur les médecins est actuellement très forte. Pourtant, depuis 1994, les médecins exerçant en milieu pénitentiaire ont légalement une indépendance professionnelle vis-à-vis de cette administration. Elle ne peut ni ne doit être remise en question de quelque manière que ce soit. Pourtant, c'est bien cette indépendance professionnelle qui est concernée lorsqu'il est exigé des médecins qu'ils soient affiliés à l'administration pénitentiaire en leur imposant l'utilisation d'une carte agent justice compromettant ainsi leurs valeurs et leurs obligations éthiques et déontologiques.

Lors de notre rencontre, nous avons souhaité vous faire part de nos réflexions et de nos inquiétudes face à cette fragilisation de nos valeurs professionnelles afin de connaître le positionnement du CNOM sur la protection du secret médical dans cet exercice très particulier en milieu carcéral.

Comme convenu, voici les questions fondamentales pour lesquelles nous sollicitons votre avis :

- Le secret médical, ainsi que ses dérogations, est régi par les mêmes règles qu'en milieu libre. Il n'existe pas de secret « adapté » au milieu carcéral.
- Le secret partagé n'existe pas en milieu carcéral. Il est impossible de donner des informations d'ordre médical directement au partenaire justice. Dans l'intérêt de la personne détenue, toute information à transmettre doit passer par le patient par le biais d'un certificat médical. En l'occurrence, il ne peut pas non plus être partagé avec les conseillers du SPIP, personnels pénitentiaires qui ne font pas partie de l'équipe de soins, au sens de la loi santé.
- Les dispositifs pénitentiaires GENESIS et DOT ne peuvent être renseignés par le médecin exerçant en milieu carcéral, sans enfreindre le secret médical.
- Cependant, dans l'intérêt du patient, notamment si le patient bénéficie d'un suivi et que sa santé le nécessite, le médecin a la possibilité, avec son accord, de donner des préconisations qui permettront d'adapter son régime de détention. En cas de transfèrement, si des aménagements sont nécessaires, ils seront indiqués dans un certificat médical remis au patient. En revanche, il est impossible pour le médecin d'apporter quelque information que ce soit si le patient ne bénéficie d'aucun suivi médical.
- La participation des médecins aux Commissions Pluridisciplinaires Uniques (CPU), réunion où la santé des patients est abordée de manière nominative constitue une violation du secret médical.

En cette période de pénurie médicale, le recrutement de praticiens souhaitant s'engager pour soigner les personnes détenues est déjà particulièrement difficile, puisque la majorité des unités sanitaires sont en sous-effectif médical. Aussi, nous sommes très inquiets de l'avenir craignant que les médecins en poste dans les établissements pénitentiaires, se sentant en danger et vulnérables, préfèrent quitter leur poste au profit d'exercices plus traditionnels et comportant moins de risque de mise en jeu de leur éthique et de leur déontologie.

C'est pourquoi, les deux associations que nous représentons vous remerciant de nous donner votre avis éclairé sur ces différents sujets qui tourmentent l'ensemble de la profession.

Nous espérons pouvoir bénéficier d'un soutien fort de votre part, seul capable de garantir au patient le respect de ses droits et au médecin la protection de ses valeurs professionnelles telles qu'indiquées dans le code de santé publique.

Avec nos remerciements réitérés pour l'attention que vous aurez porté à notre requête, et dans l'attente de vous lire, nous vous prions d'agréer, chers confrères, l'expression de nos respectueuses salutations.



Président APSEP
Dr Damien MAUILLON



Président ASPMP
Dr Michel DAVID



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Dr André DESEUR,
Vice-Président

Docteur Jean-Marie FAROÛDJA
Président de la Section
Éthique et Déontologie

Monsieur le Dr Michel DAVID
Président de l'ASPMP

Par courriel

Paris, le 23 Janvier 2019

CNOM/2018/12/06-056
(à rappeler dans toutes correspondances)
Section Éthique et Déontologie
AD-JMF/JOL/ED
Courriel : ethique-deontologie@cn.medecin.fr

Objet : secret en médecine pénitentiaire

Chers confrères,

Nous avons bien pris connaissance de votre courrier du 2 décembre dernier faisant suite à notre rencontre du 21 novembre 2018 au siège du conseil.

Nous vous répondons quant à l'utilisation du dispositif GENESIS et de son élément annexé DOT signifiant Dossiers d'Orientation et de Transfert.

Concernant GENESIS, comme nous vous l'avons indiqué et ainsi que cela a été écrit, le dispositif nous a été présenté, nous avons émis des remarques qui ont été prises en compte et nous l'avons vu opérationnel sur site.

Au-delà d'une maladresse sémantique évidente ayant consisté en la dénomination « fiche médicale » pour un document qui n'avait rien à voir avec ce que des médecins nomment fiche médicale, maladresse logiquement réparée, aucun élément couvert par le secret dû aux personnes n'apparaît dans GENESIS. Les informations pratiques y figurant concernant particulièrement l'organisation de rendez-vous médicaux et des extractions nécessaires pour y satisfaire peuvent être de nature à faire comprendre par l'administration pénitentiaire et ses agents la nature potentielle des pathologies motivant les consultations mais pas plus sur ce support que sur un support papier et le recours au dispositif est de l'intérêt des patients détenus pour garantir leur rendez-vous et leur compatibilité avec d'autres activités dont les parloirs. Dans tous les cas la sécurité des informations est plus grande que sur des supports non numériques, on ne saurait concevoir qu'une escorte ne sache pas où elle doit accompagner un consultant ni a posteriori où elle s'est rendue. Quant à un mésusage de l'accès à GENESIS pour connaître une prise en charge d'un détenu, et vous évoquiez la connaissance par un JAP du parcours médical d'un détenu, s'il y a mésusage il est fautif, tout autant que l'ouverture d'un pli clos, et ledit JAP peut également sans GENESIS avoir connaissance des consultations et extractions du détenu qu'il suit, et ceci pas nécessairement dans une optique malveillante.

4, rue Léon Jost - 75855 Paris CEDEX 17
Tél. 01.53.89.32.00 - Fax : 01.53.89.32.01
<http://www.conseil-national.medecin.fr>

Pour ce qui est du DOT, il n'a pas à comporter d'information strictement médicale mais, au vu des éléments qui nous ont été communiqués, strictement des indications matérielles dans l'intérêt du patient détenu, telles la proximité d'établissement de soins spécialisé, l'aménagement de la cellule pour y recevoir des matériels médicaux. Il ne s'agit pas à notre sens d'information couverte par le secret que nous devons aux personnes plus que celles que les médecins communiquent pour leurs patients libres. Et chacun sait que celui qui se rend régulièrement à un laboratoire d'analyses à une pathologie chronique, que si « ORKYN » ou autre intervient régulièrement un dispositif d'oxygénothérapie est en place, que si au comptoir de la pharmacie on retire des boîtes de stylos d'insuline ou de dispositif pour incontinence cela fait subodorer une pathologie. Dès lors ces indications ne nous paraissent pas faire transgresser le secret dû aux personnes si elles sont portées par un médecin qui a connaissance de l'état de santé du détenu et d'ailleurs le fait dans l'intérêt de cette personne.

Tout ceci ne nous paraît donc pas constituer une violation du secret dû aux personnes ni constituer un partage de ce secret. Le recours à un document de même contenu non médical stricto sensu sur un support papier remis au détenu serait de plus encore moins de nature à garantir l'intimité de la personne concernée.

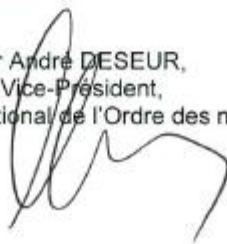
Nous réaffirmons notre attachement au respect du droit des personnes en toute situation, dont le respect de sa dignité et du secret qui lui est dû, ce qui sous-tend nos interventions et notre coopération avec le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté et le Défenseur des Droits.

C'est d'ailleurs dans ce cadre que nous vous avons indiqué lors de notre rencontre du 21 novembre 2018 notre volonté d'organiser une rencontre concomitamment avec vous et le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté sur les thèmes du respect du secret, de l'organisation des extractions et du respect alors du secret et de la dignité, des conditions de consultation et soins des personnes détenues hors la présence de l'escorte, de la participation médicale aux Commissions Paritaires Uniques (CPU).

Enfin vous protestez de la nécessité dans le cadre des liens entre soignants et administration pénitentiaire de l'usage d'une messagerie et d'identifiants spécifiques à l'administration pénitentiaire. Faut-il souligner que ce sont les outils d'une sécurisation des échanges et que cette sécurité est supérieure à celle des échanges sur support papier et que de plus une traçabilité des accès est ainsi assurée ? Le fait d'utiliser un système de télé-médecine, une messagerie de l'APHP ou de l'APHM, voire les nôtres en « @cn.medecin.fr » n'obère pas l'indépendance professionnelle des médecins.

Veuillez croire, chers confrères, en l'expression de nos sentiments confraternels et bien dévoués les meilleurs.

Dr André DESEUR,
Vice-Président,
Du Conseil national de l'Ordre des médecins



Dr Jean-Marie FAROUDJA,
Président de la Section Éthique
et Déontologie



Analyse critique du courrier du CNOM

Préliminairement à l'analyse du courrier, il convient de remarquer que l'objet du courrier du CNOM est : « **Secret en médecine pénitentiaire** ». Pour l'APSEP et l'ASPMP, il s'agissait d'évoquer le secret médical dans l'exercice de la médecine somatique et psychiatrique en milieu pénitentiaire et non dans le cadre de la « *médecine pénitentiaire* ». En effet, l'appellation de « *médecine pénitentiaire* » est à attribuer à la médecine avant la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale qui a rattaché la médecine somatique aux hôpitaux, tandis que la psychiatrie l'était depuis 1986. La médecine avant 1994 était gérée par l'administration pénitentiaire et a été qualifiée par Robert Badinter de « médecine de sous-hommes » :

« La santé des détenus est un problème constant qui a fait des progrès considérables. Nous sommes arrivés avec des difficultés inouïes à mettre fin à ce que l'on a appelé « la médecine pénitentiaire », qui était une médecine de sous-hommes. Nous fûmes confrontés à des réactions corporatistes intenses. En 1983, nous avons rattaché les établissements pénitentiaires à l'inspection de l'administration de l'assistance publique. Le regard de cette inspection fut enfin posé sur la médecine carcérale et, de ce jour, tout fut rendu possible, avec des progrès successifs qui n'ont jamais cessé, car l'on a compris qu'il ne pouvait exister une médecine pratiquée pour tous et une médecine carcérale et un traitement carcéral des maladies. Il existe des maladies pénitentiaires, mais c'est autre chose. Devant la maladie, tout être humain doit être également traité. »¹.

Jean-Marie Delarue, quant à lui, dans une formule légèrement euphémisée en comparaison de celle de Robert Badinter, parle pour sa part de « médecine de bric et de broc »². Il n'y a donc pas de « médecine pénitentiaire », mais uniquement un exercice de la médecine en milieu pénitentiaire. Ce raccourci donne dès la lecture de l'objet de la lettre le ton de l'argumentation du CNOM dont on trouvera des reprises, parfois sous forme de lapsus, dans le reste du courrier et qui tend à faire revenir l'exercice de la médecine sous l'autorité pénitentiaire, soit une terrible, redoutable et regrettable régression.

1. Aux questions 1 et 2

Le courrier débute sur GENESIS et le DOT. Les deux premières questions sont totalement passées sous silence. Concernant le secret médical en prison, le CNOM n'apporte aucune réponse écrite, alors que durant la rencontre du 21 novembre 2018, les représentants du CNOM ont confirmé que le secret médical ne connaissait pas d'exception selon le lieu d'exercice des médecins.

Ce principe a été également rappelé par la Dre Anne-Marie Trarieux, vice-présidente de la section Éthique et déontologie du CNOM lors de la réunion de la stratégie Santé des PPSMJ du 18 janvier 2019 au ministère de la Santé :

« Il faut effectivement trouver le meilleur équilibre entre les acteurs pour avancer dans de bonnes conditions. Néanmoins, le secret médical est absolu et il ne peut y avoir de secret partagé dans ces cas de figure » et « Pas de secret médical à géométrie variable. Mais effectivement des applications et interprétations différentes suivant le médecin, et sa pratique. À partir du moment où les informations sont nominatives, il y a violation du secret médical. En revanche, si le partage porte sur des informations d'ordre général pour que chacun puisse mieux appréhender la mission de l'autre, c'est possible. En tout état de cause, la PPSMJ doit toujours savoir ce qui se passe autour d'elle ».

¹ Assemblée nationale. Rapport n° 2521 fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises, 11^e législature, Président Louis Mermaz, Rapporteur Jacques Floch, 28 juin 2000. Et <https://www.voltairenet.org/article7993.html>

² J.-M. Delarue, *En prison. L'ordre pénitentiaire des choses*, Dalloz, 2018, p. 476.

Si secret partagé il y a, il l'est entre les équipes de soins qui s'occupent du même patient, dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur, et selon les termes de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

Pourtant, dans des temps pas si anciens, le CNOM a su insister à plusieurs reprises sur la nécessaire garde du secret médical en prison :

- « La notion de « secret partagé » ne peut être utilement invoquée [...] Les médecins (...) dont le rôle est de soigner la population détenue ne peuvent, sans susciter une confusion fâcheuse et risquer de perdre la confiance des patients, intervenir dans les décisions du juge de l'application des peines »³.
- « Face à l'émotion suscitée par l'enlèvement et le viol du petit Enis par un pédophile récidiviste libéré début juillet, la garde des Sceaux a souhaité que, dorénavant, l'administration pénitentiaire puisse accéder au dossier médical des détenus et que, dans le même temps, les médecins puissent avoir accès au dossier pénal. Tout en s'associant à l'émotion suscitée par ce drame douloureusement ressenti par tous et notamment par la communauté médicale, le Conseil national de l'Ordre tient à rappeler le caractère intangible du secret professionnel, en toutes circonstances. À cet égard, il souhaite rappeler que tous les médecins amenés à donner des soins à des détenus doivent disposer d'un dossier médical comprenant les antécédents médicaux qui pourraient figurer au dossier administratif, et ce, sans réciprocité de la part du médecin vis-à-vis de l'administration. Le Conseil national de l'Ordre des médecins souligne aussi que tout médecin, quelles que soient ses modalités d'exercice, est tenu de veiller à ce que des soins soient dispensés dans le strict respect de la déontologie. »⁴
- « L'article 45 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 impose à l'administration pénitentiaire de respecter le droit au secret médical des personnes détenues, dans le respect des 3^e et 4^e alinéas de l'article L.6141-5 du code de la santé publique. En conséquence, il ne peut être demandé aux praticiens de l'UCSA ou du SMPR appelés à assister à la réunion de la CPU ni attendu de leur part qu'ils communiquent des informations sur la santé, le suivi médical des personnes détenues qu'ils prennent en charge »⁵.
- « Les médecins qui exercent dans les établissements pénitentiaires étant tenus au secret médical, ils n'ont pas à renseigner dans le traitement GENESIS des informations concernant la santé des personnes détenues. »⁶

Que s'est-il passé pour que ces positions si claires ne soient plus tenues ? Est-ce que le dispositif informatique est à ce point fascinant que le CNOM ne puisse pas comprendre qu'il y est écrit des informations qui relèvent de ce que les médecins ont « vu, entendu ou compris » dans l'exercice de leur profession ? L'écart est considérable entre la teneur de ce courrier et le bulletin du CNOM n° 18 de Juillet-Août 2011⁷ qui titrait en page de titre : « Dossier. Prisons : menace sur le secret médical ». Oui, que s'est-il passé pour que nous en arrivions là ?

³ Courrier du Conseil National de l'Ordre national des Médecins au Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Haute-Garonne en date du 9 juin 2004 (cité par Gérard Laurencin).

⁴ Communiqué fait par le CNOM suite aux déclarations de la ministre de la Justice, demandant que l'Administration pénitentiaire puisse avoir accès au dossier médical des détenus, le 22 août 2007.

⁵ Précision du CNOM au sujet de la CPU, en date du 19 janvier 2011.

⁶ Circulaire n° 2015-112 de la section Éthique et déontologie du CNOM.

⁷ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/medecin_18_complet.pdf

2. À la question 3

Le CNOM semble avoir une grande confiance dans les dispositifs numériques qui lui paraissent plus fiables que les documents papier pour garantir une confidentialité ou pour informer les escortes du lieu de rendez-vous pour les consultations médicales lors des extractions en précisant : « *Dans tous les cas, la sécurité des informations est plus grande que sur des supports non numériques, on ne saurait concevoir qu'une escorte ne sache pas où elle doit accompagner un consultant ni a posteriori où elle s'est rendue* ». Comme les pouvoirs publics, le CNOM semble privilégier la traçabilité informatique sur la continuité de relation ! Ce faisant, il semble ignorer que le fond du problème n'est pas l'échange d'informations administratives nécessaires, mais le partage d'informations à caractère médical, sans que le patient soit lui-même au courant ni consentant. La question n'est pas celle de la sécurité des informations, mais celle de leur support : une information médicale concernant un patient doit être remise au patient !

Nous savons que dans un certain nombre d'unités sanitaires, le juge de l'application des peines s'informe directement sur GENESIS pour juger d'un suivi médical (nombre de consultations avec le psychologue, par exemple), se mettant *de facto* en infraction avec l'article 226-21 du Code pénal⁸, puisqu'en ce cas un fichier informatique est utilisé dans une finalité qui n'est pas la sienne. De plus, ce sont bien des données à caractère médical qui sont ainsi utilisées, puisque GENESIS rend possible, contre la volonté des soignants, l'identification des praticiens consultés par le détenu. Le CNOM considère que l'accès à GENESIS par le juge d'application des peines peut être un mésusage. Celui-ci peut avoir des conséquences importantes quand, au mésusage du magistrat, s'ajoute celui du médecin, comme en témoigne Jean-Marie Delarue qui fait état de ce psychiatre qui « *y notait scrupuleusement les résultats des consultations et, notamment, les spécialités pharmaceutiques prescrites par lui* »⁹... Pour éviter le mésusage, il ne faut tout simplement pas autoriser les médecins à consulter ou à écrire dans GENESIS (l'identifiant @justice.fr ne leur est pas autorisé). Les dérives étant possibles, la meilleure action c'est la prévention.

Quant à la croyance de la fiabilité de l'informatique et de la confidentialité qu'elle apporte, les travaux ne manquent pas pour pointer la fragilité du dispositif¹⁰ et les hôpitaux piratés ne sont pas une légende. Les risques de croisement de données sont régulièrement dénoncés¹¹ et en matière de données de santé « *la tension est forte entre les valeurs de protection et de partage* »¹². Pour illustrer ce sujet, il est intéressant de se référer à l'article d'une informaticienne à propos de Doctolib qui intéressera tout le monde, et qui montre que « *vivre avec son temps* », être fasciné par la technique peut être redoutable¹³.

Qui est garant de la sécurité informatique de ces dispositifs ? Maître Jean-Marie Job, lors de la journée des contrats, organisée par le CNOM le 14 octobre 2014, avait le mérite de la clarté : le

⁸<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417981>

⁹ J.-M. Delarue, *op. cit.*, p.537.

¹⁰ É. Péchillon, « L'accès ouvert aux données de santé : la loi peut-elle garantir tous les risques de dérives dans l'utilisation de l'information ? » *L'Information psychiatrique* 2015 ; 91 : 645-9 doi:10.1684/ipe.2015.1389

¹¹ Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis n° 104. Le « dossier médical personnel » et l'informatisation des données de santé, 2008, https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_104.pdf

¹² Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis. Numérique & santé. Quels enjeux éthiques pour quelles régulations ? 19 novembre 2018, https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/rapport_numerique_et_sante_19112018.pdf

¹³ A. Marthe, « Injonction à Doctolib », janvier 2019, 84, *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* : <https://pratiques.fr/Injonction-a-Doctolib>

médecin a-t-il les moyens aujourd'hui de vérifier que son hébergeur remplit la qualification nécessaire pour héberger des données de santé ?

« Si le médecin a recours à un hébergement de données, il y a des précautions à prendre. Le prestataire informatique va stocker les données soit chez le médecin et chez le prestataire, soit exclusivement sur son serveur et le médecin aura par exemple un accès web. Le prestataire de services doit avoir la qualification, et posséder un certificat délivré après vérification par l'ASIP santé. [...] Il appartient au médecin de le vérifier. Ce dernier point est assez théorique, puisque les textes d'application ne sont jamais entrés en vigueur. Ce sont les dispositions de l'article L.1110-4 et les textes d'application du code de la santé publique sur l'obligation d'avoir un système d'information sécurisé et l'obligation d'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS). Le texte de la loi renvoie à un décret qui a été adopté en 2008, mais ce décret renvoie lui-même à des référentiels à publier. Tant que ces derniers ne sont pas adoptés, la réglementation n'est pas applicable »¹⁴.

3. À la question 4

Nous proposons de faire transiter les informations médicales par l'intéressé lui-même s'il le souhaite, ce que la loi du 4 mars 2002 avait contribué avec bonheur à faire évoluer, tournant le dos à un paternalisme médical désuet. Malheureusement, le CNOM n'y fait pas référence. La personne détenue n'aurait pas droit aux mêmes égards que l'utilisateur en milieu libre. N'avons-nous pas l'obligation déontologique de soigner toute personne quels que soient son état, sa condition, ses origines et d'aligner toutes les prestations médicales adéquates sur le droit commun, selon l'article 7 du code de déontologie médicale (art. R.4127-7 du code de la santé publique) :

« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée ».

Pourtant cette démarche, à laquelle le Dr Trarieux semble faire allusion dans ses propos cités plus haut : « *En tout état de cause, la personne placée sous main de justice doit toujours savoir ce qui se passe autour d'elle* » peut retrouver les intentions de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 qui dans son article 1 annonce sans détour : « *Le régime d'exécution de la peine de privation de liberté concilie la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener **une vie responsable** et de prévenir la commission de nouvelles infractions* ». Pour l'administration pénitentiaire, la vie responsable s'inscrit dans le parcours d'exécution de la peine ; pour les soignants, s'engager dans un parcours de soin est la déclinaison sanitaire de la responsabilité dans la décision de tout usager du système de santé de s'engager des soins.

Les objectifs sont différents, puisque les soignants ne s'inscrivent pas dans le parcours d'exécution des peines d'où leur refus à participer aux commissions pluridisciplinaires uniques (CPU)¹⁵ dont l'objet est le parcours d'exécution des peines¹⁶ selon les articles D.88 et D.89 du code de procédure pénale :

¹⁴ *Bulletin de l'Ordre des médecins*, n° 40, juillet-août-sept 2015, p. 30.

¹⁵ Décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le code de procédure pénale (troisième partie : Décrets), NOR : JUSK1014573D

¹⁶ Dans l'histoire, un médecin s'est « brillamment » inscrit dans le parcours d'exécution des peines, avec d'ailleurs l'objectif humaniste de diminuer la souffrance ultime du condamné. Il s'agit de Joseph Guillotin. Les médecins contemporains ne s'inscrivent pas dans son radical héritage. Cette question éthique essentielle est également posée

« Art. D. 88. Le parcours d'exécution de la peine décrit notamment, pour chaque personne détenue condamnée, l'ensemble des actions qu'il est envisagé de mettre en œuvre au cours de sa détention afin de favoriser sa réinsertion. Il couvre l'ensemble de la période de détention, y compris la préparation à la sortie.

Il est défini et, le cas échéant, actualisé, à partir des éléments recueillis lors de la période d'observation puis, tout au long de la détention, auprès de l'ensemble des services appelés à connaître de la situation de la personne détenue intéressée, ainsi que des souhaits exprimés par elle. Ces éléments sont consignés par écrit.

« Il fait l'objet d'un réexamen à la demande de la personne détenue ou au moins une fois par an.

« Art. D. 89. Le parcours d'exécution de la peine est élaboré après avis de la commission pluridisciplinaire unique mentionnée à l'article D. 90 ».

C'est sans doute le cœur du problème. La loi de 1994 a voulu dégager le travail des soignants du parcours de l'exécution de peines. Si nous œuvrons à la réinsertion, c'est par la qualité de la prise en charge médicale et par le respect de son éthique, et en aucun cas autrement.

Il est étonnant de voir le grand écart qui existe entre l'obligation d'information d'ordre juridique qu'il faut donner à des patients hospitalisés sans leur consentement dans des situations aigües, avec le souci de les rendre acteurs de leurs soins, malgré leur grande difficulté que l'on souhaite temporaire et le refus, aussi bien de l'administration pénitentiaire que du CNOM de proposer aux patients détenus d'être l'acteur de la transmission des informations qui les concernent. Ce positionnement est à contre-courant des objectifs promus par le ministère de la Santé, de nombreux professionnels de psychiatrie et des usagers que l'on peut résumer par le mot anglais à la mode d'empowerment pour ne pas dire plus simplement et de manière plus largement compréhensible d'autonomisation, d'habilitation, de responsabilisation, de capacitation ou de renforcement. Le constat de ce décalage montre à quel point les représentations sur le rôle des soignants tel qu'il est promu par le ministère de la Santé et tel qu'il est imposé par l'administration pénitentiaire sont divergentes. **Les professionnels de santé accompagnent les usagers dans un parcours de soin et non pour les personnes détenues dans un parcours d'exécution de la peine.**

On touche là au paternalisme résiduel de notre société, dont on s'étonne que le CNOM en soit encore le chantre. Serait-ce qu'il concerne une frange de la population qui, pour une grande partie de l'opinion, ne doit probablement pas être considérée comme tous les autres citoyens sous prétexte de leurs actions délinquantes. L'écart est grand entre les déclarations officielles — la vie responsable pour l'administration pénitentiaire, le patient codécideur de ses soins après une information complète selon l'article L. 1111-4 du code de la santé publique : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » — et la vie réelle. Pour notre part, nous essayons que cet écart soit le plus réduit possible et que la personne détenue soit considérée comme un sujet de droit, ce droit qu'elle a enfreint. Le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie dans son avis n° 94 du 26 octobre 2006¹⁷ consacré à *La santé et la médecine en prison* écrivait que « Le respect du secret médical et le respect du consentement libre et informé apparaissent comme deux versants d'une même approche : le fait de considérer le détenu non pas comme un « objet » de soins, mais comme un sujet de droit ». Ce point de vue ne semble pas vraiment partagé.

dans les pays où les médecins participent à l'injection léthale des personnes condamnées à mort. Il est important de ne pas considérer qu'il existe des degrés dans la compromission des médecins dans les décisions concernant l'exécution de la peine : c'est non, quelle que soit la peine.

¹⁷ <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis094.pdf>

4. À la question 6

De l'inénarrable « Paritaires »

Une réponse globale à toutes nos questions est goûteusement éclairée par un lapsus calami plus que révélateur. Le CNOM parle de Commissions **PARITAIRES** uniques et non **PLURIDISCIPLINAIRES**. Tout est dit. Service de santé et services pénitentiaires sont à parité. Une même équipe de soins donc, soit une réponse indirecte à la fin de notre question 2. L'indépendance professionnelle médicale que nous devons défendre — comme le précise l'article 5 du code de déontologie médicale (article R.4127-5 du code de la santé publique) : « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* » — est mise à mal dans le terme même de « pluridisciplinaire ». Nous ne sommes pas des disciplines différentes d'une même profession, puisque les finalités de nos professions sont différentes : pour l'administration pénitentiaire, le parcours d'exécution de la peine, et pour nous, le soin.

Sur ce point Jean-Marie Delarue donne encore matière à réflexion :

*« Une première nature de conflit porte sur la considération des personnes, dans la logique de la "prise en charge" qui vient d'être évoquée. On l'a vu, celle-ci se développe dans la logique des "évaluations", "bilans de personnalité" et "parcours d'exécution de peine" prévus par la loi et renforcés dans le cas de délinquance ou de criminalité estimées particulièrement graves. Ces approches se veulent souvent "pluridisciplinaires". La mise en cohérence des interventions des différents partenaires (pénitentiaires, médicaux, enseignants, travail, etc.) est garante d'un meilleur accompagnement et d'une orientation interne adaptée, fondés sur un véritable bilan individualisé de la personne détenue (dangerosité et vulnérabilité notamment) " lit-on dans la circulaire de l'administration pénitentiaire du 14 janvier 2009. **Par conséquent, pour cette administration, le personnel de santé relève clairement de cette pluridisciplinarité**¹⁸ ».*

Et Jean-Marie Delarue d'ajouter avec l'élégance qu'on lui connaît et qui renforce le mordant de son propos : « *De manière schématique, l'envie prend d'écrire que, pour le ministère de la Santé, la réponse est également positive, mais sous conditions ; pour les soignants de l'unité sanitaire, elle est partagée, mais souvent négative* »¹⁹.

La stupéfiante question de « l'identifiant »

Enfin, le dernier paragraphe de la lettre est le plus désarmant, totalement incompréhensible sur le plan « logique ». Il confirme la notion de « paritaires » évoquée pour les CPU. Pour renseigner, car il s'agit bien de renseignements), GENESIS ou le dossier d'orientation ou de transfert (DOT), il faut un identifiant @justice.fr, marquant ainsi sans ambiguïté celui qui le porte d'une affiliation aux services de la justice. Or, le CNOM déclare que « *le fait d'utiliser un système de télémédecine, une messagerie de l'APHP, voire les nôtres en "cn.medecin.fr" n'obère pas l'indépendance professionnelle des médecins* ». Mais quand les médecins ou tout autre soignant utilisent un identifiant, comme celui de leur hôpital, c'est qu'ils sont des médecins salariés de leur hôpital, que celui-ci a attribué un identifiant à ses employés, et non à n'importe qui, que chacun doit respecter la charte informatique et les règles de l'institution à laquelle il est affilié. Lorsque l'on communique avec cet identifiant, on représente l'institution. En aucun cas, une personne étrangère à une institution ne peut se prévaloir d'un identifiant de ladite institution. Le faire est une usurpation d'identité numérique et accepter un identifiant d'une institution est reconnaître en dépendre.

¹⁸ Souligné par nous.

¹⁹ J.-M. Delarue, *op. cit.*, pp 536-537.

Pourquoi dans ce cas ne pas donner un identifiant à l'administration pénitentiaire pour accéder au dossier patient de l'hôpital de rattachement ? Et si les médecins non élus du CNOM avaient l'idée plus que saugrenue de demander au CNOM un identifiant *@cn.medecin.fr*, celui-ci accéderait-il à leur demande ? Nous atteignons ici le summum de l'incompréhension. Lors de la rencontre avec le CNOM, il avait bien semblé que les représentants du CNOM étaient insensibles à cette argumentation pourtant évidente. Ce point illustre indirectement la complexité de la communication et les risques qu'elle comporte.

À cela il faut ajouter l'attitude pernicieuse du CNOM, qui adresse spontanément à la presse médicale (Hospimedia) la réponse qu'il a faite à nos deux associations. Moyennant quoi, dans plusieurs endroits, les directions administratives hospitalières ont transmis à l'administration pénitentiaire ce blanc-seing, dans le but évident de faire plier les médecins récalcitrants, ce qui est aussi révélateur des tensions qui existent ici et là entre directions hospitalières et médecins. Cette façon de faire, indirecte, met les médecins dans une situation impossible, et c'est l'Ordre, garant de la déontologie médicale, qui oblige ses propres confrères à la trahir.

En conséquence, nous constatons une divergence profonde sur les conceptions du secret médical et de l'indépendance professionnelle entre les représentants du CNOM et les médecins de terrain, qui sont plus rigoureux sur le respect de l'éthique médicale que ceux qui ont pour mission d'en être les garants : c'est un comble.

DEUXIÈME PARTIE

De l'échange/partage d'information entre professionnels de santé et non-professionnels de santé.

La question d'échanges/partages d'information ou plutôt l'utilisation des soignants comme des sources de renseignement pour des autorités non sanitaires est un sujet de société. Dans le domaine médical, il est apparu de manière très sensible en milieu pénitentiaire. La prison est un lieu atypique, violent, brutal, sans intimité, insécure. Il n'est pas étonnant que des questions qui se poseront un jour en milieu ouvert apparaissent d'abord en prison.

L'échange/partage d'information est actuellement à l'étude par différentes institutions :

- La stratégie santé des personnes placées sous main de justice²⁰ : groupe de travail 5 et groupe étudiant les relations entre le soin et l'infraction ;
- La Haute Autorité de santé (HAS), dans son programme pluriannuel « *Psychiatrie et santé mentale 2018-2023* », thème 1 : droits et sécurité en psychiatrie, envisage de se pencher sur l'échange et le partage d'informations en psychiatrie. La HAS semble avoir conscience de la complexité de la question, puisqu'à la fin de la présentation du sujet, prudente, elle précise : « *Cette perspective de travail plus lointaine nécessite des études préalables de cadrage et de faisabilité* »²¹ ;
- L'audition publique sur les auteurs d'infractions sexuelles qui s'est tenue en juin 2018 a émis la proposition 2 : « *Concevoir un livret sur le secret professionnel des intervenants auprès des PPSMJ qui récapitule les droits et devoirs de chacun ainsi que les cas de relèvement du secret prévus par la loi* »²².

Parmi les situations les plus exemplaires de tensions entre professionnels de la santé et non-professionnels de la santé, on relève :

- Pour le milieu pénitentiaire : l'accès à des informations cliniques, l'utilisation de dispositifs numériques pénitentiaires : GENESIS et DOT ; la participation à des dispositifs où des informations à caractère médical sont partagées sans le consentement du patient et en son absence (CPU) ;
- Pour le milieu ouvert : les informations à transmettre aux autorités notamment préfectorales en matière de radicalisation²³ et le fichage des patients hospitalisés sans leur consentement dans le fichier Hopsyweb²⁴.

²⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_ppsmj_2017.pdf

²¹ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf

²² http://www.ffcriavs.org/media/filer_public/01/2d/012d3270-9129-4689-8e79-ed456fd28ecf/rapport_du_17_juin_2018.pdf

²³ M. David, « L'aliénation sécuritaire de la psychiatrie : un axe de "Ma santé 2022" ? » *L'Information psychiatrique* 2019 ; 95 (2) : 80-2 doi : 1684/ipe.2019.1908.

https://www.dropbox.com/s/afjibyuvduj858f/lalienation_securitaire_de_la_psychiatrie_un_axe_de_ma_sante_2022.pdf?dl=0

²⁴ Consulter le recours exercé par le Syndicat des Hôpitaux auprès du Conseil d'État contre le décret instituant Hopsyweb : <https://sphweb.fr/blog/2018/10/10/recours-du-sph-aupres-du-conseil-detat-en-annulation-du-decret-fichage-hopsyweb/>. Ce recours a été soutenu par des interventions volontaires de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) et de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP). Le Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA) a aussi déposé un recours pour demander l'abrogation du décret : <https://psychiatrie.crpa.asso.fr/2018-06-08-jp-ccl-Recours-du-CRPA-devant-le-Conseil-d-Etat-contre-le-decret-du-23-mai-2018>.

Dangerosité et risque au cœur des préoccupations

Pour être plus précis et clarifier le débat, les questions dont la transmission est souhaitée relèvent du registre sécuritaire. Les renseignements demandés aux soignants peuvent se résumer autour d'une seule thématique : la **dangerosité** qu'elle soit auto ou hétéroagressive. La personne peut-elle se suicider ou agresser autrui ?

La question du suicide est davantage soulevée en prison et l'hétéroagressivité aussi bien en milieu fermé qu'en milieu ouvert. La Circulaire interministérielle DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ n° 2012-94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) illustre sans ambiguïtés le contexte sécuritaire :

*« Les conditions du partage d'information entre les professionnels de santé et les professionnels de l'administration pénitentiaire sont définies à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique, issu de l'article 8 de la loi no 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, dans les termes suivants : « Dès lors qu'il existe **un risque sérieux pour la sécurité** des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article — établissements publics de santé spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté —, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires. » Au-delà de ces dispositions, ce partage a pour objectif de préserver la santé et la sécurité de la personne détenue, mais également de participer à la **sécurité** de l'ensemble des personnes intervenant en milieu pénitentiaire. Il s'exerce dans le respect du droit au secret médical, garanti aux personnes détenues par l'article 45 de la loi no 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire ».*

La question du signalement d'un danger sera développée ci-dessous. On notera que dans cet extrait d'une circulaire pourtant interministérielle, Justice/Santé, la référence au secret médical se limite à citer la loi pénitentiaire (dont l'importance est indéniable), et non le code pénal et le code de la santé publique comme si le ministère de la Santé n'arrivait pas à affirmer ses propres règles et obligations et se soumettait au ministère de la Justice.

En filigrane du présent exposé, le lecteur aura en arrière-plan les travaux de Michel Foucault (Biopouvoir, société disciplinaire, etc.).

Quelles limites à ces échanges/partages d'information ?

Il convient de distinguer le partage et l'échange d'information.

L'**échange d'informations** consiste en la transmission entre les professionnels (dont des médecins et des assistants sociaux des SPIP, lesquels sont eux-mêmes tenus au secret professionnel²⁵ : art. D 581 du code de procédure pénale) des informations qu'ils jugent opportun

²⁵ Il faut préciser que même si deux professions sont tenues chacune au secret professionnel, comme les médecins et les avocats par exemple, cela n'implique pas qu'ils puissent échanger des informations librement. Il en est de même des médecins qui ne peuvent échanger entre eux des informations concernant un patient que s'ils participent tous deux aux soins et que l'échange d'informations se limite strictement à ce qui est utile pour les soins. Par exemple si un psychiatre adresse un patient à un cardiologue pour savoir s'il n'y pas de contre-indication cardiaque à prescrire un traitement psychotrope, le psychiatre ne communique que des données cliniques sans donner d'autres informations que celles, strictement nécessaires, qui pourraient avoir un rapport avec la situation clinique et utiles au cardiologue.

(sans y être tenus) de porter à la connaissance des autres, dans l'intérêt du patient. L'échange d'information est purement administratif : identité de la personne... mais aussi par exemple : est-ce que les droits de Mme Machin sont ouverts ? Faut-il renouveler sa prise en charge à 100 %, etc. Ou encore si le service de psychiatrie ou d'addictologie trouve une structure d'accueil pour un patient alcoolique, date à laquelle la structure peut recevoir la personne, car le SPIP peut en avoir besoin (et on lui transmettra via le patient).

Le **partage d'informations** consisterait pour les personnels non médicaux à accéder librement aux mêmes sources d'informations (dossier médical par exemple) ; il est de droit au sein de la même équipe de soins (définie à l'article L 1110-12 du code de la santé publique), mais **subordonné au consentement de la personne détenue** entre professionnels n'appartenant à la même équipe.

À propos de la nuance entre partage et échange d'information, le CNOM donne les définitions suivantes dans les suites de la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016²⁶ :

« Un échange d'informations consiste à communiquer, après que le patient en a été informé et à condition qu'il puisse exercer éventuellement son droit d'opposition, les informations strictement nécessaires à sa prise en charge à un ou plusieurs professionnels destinataires identifiés qui assurent son suivi.

Quant au partage d'informations, il se traduit par la mise à disposition, sur une plateforme informatisée, d'informations relatives à un même patient pris en charge. L'accès de chaque professionnel à la base de données doit être individuellement autorisé, identifié, tracé et horodaté.

(...) Le partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins requiert le consentement préalable de la personne prise en charge, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret ;

(...) Ainsi, la personne a le droit de s'opposer à tout moment à un échange ou un partage de ces informations. ».

Consentement, information, droit d'opposition : tout cela est-il déjà si facilement possible pour un citoyen libre, mais a fortiori est-ce réaliste pour une personne détenue ? Il existe plutôt une discordance entre le droit théorique et l'effectivité des droits, soit une question de fond. Une métaphore addictologique est utile pour différencier échange et partage : l'échange de seringues consiste à échanger une seringue usagée septique avec une seringue neuve aseptique ; le partage de seringues consiste à échanger entre mêmes utilisateurs une seringue usagée... Inutile de développer. Là où se situe le risque est évident.

Le partage d'information à caractère médical, cela ne peut se faire qu'au sein d'une équipe de soin. Et le SPIP n'en fait pas partie. Donc rien à partager.

Il est important pour le cardiologue de savoir qu'un antidépresseur est indispensable pour le patient, mais pas de connaître les causes de sa dépression (par exemple un souci conjugal). Tout n'a pas à se dire même entre médecins qui participent à un soin pour un même patient. Le secret médical existe entre médecins.

²⁶ *Bulletin de l'Ordre national des médecins*. « Échange et partage d'informations médicales : qui peut faire quoi ? » n°50 juillet-août 2017 et « Échanges et partage d'informations au sein de l'équipe de soins prenant en charge la personne. Recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins », février 2017.

Un très petit détour historique s'impose pour expliquer la résistance des médecins aux partages d'information, enfin ceux des médecins qui n'ont pas totalement perdu la mémoire ou pour qui l'histoire a encore de l'importance. Il semble bien que ces notions de droit médical soient très souvent ignorées de nos interlocuteurs non médecins et certainement encore plus, de nombreux citoyens.

Bref rappel historique

Pendant près de 200 ans, de 1810 date de l'adoption du premier code pénal à son importante révision en 1994, le modèle du secret professionnel était le secret médical. Le fameux article 378 s'énonçait ainsi :

*« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois [*durée*] et d'une amende de 500 à 15 000 F [*taux résultant de la loi 85-835 du 7 août 1985*] [*infraction, sanction*]. Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués dans des conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues au paragraphe précédent ; citées en justice pour une affaire d'avortement, elles demeurent libres de fournir leur témoignage à la justice sans s'exposer à aucune peine.*

Les mêmes personnes n'encourent pas les peines prévues à l'alinéa 1er lorsqu'elles informent les autorités médicales ou administratives chargées des actions sanitaires et sociales des sévices ou privations sur la personne de mineurs de quinze ans et dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession ; citées en justice pour une affaire de sévices ou privations sur la personne de ces mineurs, elles sont libres de fournir leur témoignage sans s'exposer à aucune peine.

N'encourt pas les peines prévues à l'alinéa 1er tout médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer qu'un viol ou un attentat à la pudeur a été commis. »

En 1994, la référence médicale disparaît pour donner naissance à deux articles plus concis. L'article 226-13 énonce que « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».

L'article 226-14 précise quelques dérogations aux informations à caractère secret. Les contempteurs du secret médical qui considèrent souvent qu'il s'agit d'un pouvoir du médecin, alors qu'il s'agit plus d'une restriction à son expression, sont ravis de considérer que le secret médical n'existe plus et qu'il s'agit d'un secret professionnel. N'ayant plus la spécificité médicale, un glissement s'opère où il serait considéré que les secrets professionnels peuvent être partagés.

Les écrits et la jurisprudence relatifs au secret médical sont très nombreux. Il n'est pas question ici de faire un traité sur la question²⁸, mais la référence à l'article 4 du code de déontologie

²⁷ L'intitulé de ce paragraphe annonce peut-être la naissance d'une nouvelle association qui s'appellerait 378, défendant le secret médical, l'indépendance professionnelle médicale, la confidentialité des soins en opposition aux positions des Pouvoirs publics, à l'abandon du CNOM de ces valeurs et face à l'impuissance des associations de professionnels de santé exerçant en prison. Cette association ne se fourvoierait pas dans des travaux de complaisance, aussi inutiles que chronophages, avec les Pouvoirs publics et développerait d'autres formes d'activisme et de résistance.

médicale repris à l'article R. 4127-4 du code de la santé publique est essentielle : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre 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.* ».

C'est cette dernière précision qui n'est pas connue, encore bien plus ancienne que le code pénal de 1810, car elle est directement inspirée du serment d'Hippocrate. Très souvent, il nous est opposé l'argument suivant : « *Mais on ne veut pas connaître le diagnostic* », comme si le diagnostic était la seule information couverte par le secret médical. Non, c'est tout ce que l'on a appris dans l'exercice de notre profession, ce que l'on a compris (et même de travers). Quand nous énonçons ce principe, nous ne sommes pas crédibles, comme si nous inventions un principe, une fois de plus pour nous « réfugier » derrière le secret médical, qui pourtant n'a pas pour fonction d'être un bouclier pour nous, mais d'être justement une protection pour la personne, pour le respect de son intimité. Quand l'argumentation est portée par les juristes, elle est plus entendue que lorsqu'elle est émise par les soignants. Virginie Gautron, lors de l'audition publique sur les auteurs de violences sexuelles qui s'est tenue à Paris en juin 2018, détaille ces points en citant même les propos alors exigeants du CNOM²⁹ :

« Par ailleurs, à entendre de nombreux magistrats et CPIP, 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 ou 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. Or, si les représentations et les pratiques ne sont pas homogènes, la plupart des soignants rappellent au contraire le caractère général et absolu du secret, particulièrement lorsqu'ils exercent en détention. Comme le confirme la jurisprudence, le patient ne peut aucunement délier le médecin de cette obligation, y compris envers d'autres médecins lorsqu'ils ne concourent pas à un acte de soins. Ce secret couvre « l'ensemble des informations concernant la personne » (art. L1110-4 du CSP), « 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 du CSP). Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, il « s'impose pour tout ce que le médecin a pu voir, entendre ou même deviner ou déduire. Même les constatations « négatives » doivent être tues. Il n'y a donc pas de différence entre le « renseignement administratif » (nom, adresse...) et « médical » (diagnostic, traitement...), entre la confiance et le renseignement « anodin ». On attend du médecin une discrétion totale (même sur ce qu'il peut avoir appris en dehors des soins qu'il donne) ». Les thérapeutes justifient leur silence par la crainte de perdre le lien difficilement établi avec les patients qu'ils prennent en charge, de passer à leurs yeux pour des délateurs. 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. »

Dans l'intérêt du patient ou dans l'intérêt de l'institution ?

L'intérêt du patient est souvent un argument avancé pour un partage d'informations large. Il s'agit de l'intérêt du patient vu par le professionnel, mais rarement l'intérêt du patient formulé par le patient lui-même. Un des maux de notre société est de trouver toujours un responsable, voire un coupable. La question de la responsabilité est souvent le moteur à ces partages d'information.

²⁸ Lire le livre incontournable sur ce sujet d'Anne Lécu, *Le secret médical, vie et mort*, Éditions du Cerf (2016). Prix prescrire 2018.

²⁹ V. Gautron, « Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ? » https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/90/6c/906c9f29-f33f-424e-8945-55a36908af74/expert_25_vgautron.pdf

Le suicide

La problématique du suicide en prison est un bon exemple. Il y a quelques années, les « commissions suicide » s'installaient dans les établissements pénitentiaires. Il s'agissait d'un échange autour du risque suicidaire que pouvaient présenter les personnes détenues. Le suicide des personnes incarcérées condamnées ou non, préoccupe, et c'est légitime l'administration pénitentiaire. Des plans de prévention du suicide ont été mis en place. Les prisons ont été équipées de CProU, termes abscons pour désigner des cellules de protection d'urgence, complètement dépouillées et lisses afin d'éviter de mettre à disposition de la personne des moyens pour se suicider (et notamment se pendre). Des dispositifs de protection d'urgence (DPU) du type pyjama ou couvertures déchirables ont été déployés, des expériences de codétenus de soutien sont en cours, faisant porter la surveillance des personnes détenues par des codétenus, alors qu'elle devrait être assurée par l'État. Et pendant tout ce temps, le contexte carcéral continue à se dégrader : surpopulation carcérale, violences, inactivité, lenteurs de la justice et de la vie pénitentiaire (pour la mise en place des parloirs, l'accès au téléphone), vétusté des locaux, effectifs pénitentiaires insuffisants, etc.

Mais on fait porter autant que possible le suicide sur les personnels soignants. Durant l'été 2017, l'ASPMP a été sollicitée pour une mise à jour du passage sur le suicide du Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice³⁰. La rédaction du chapitre laissait croire que la question du suicide était essentiellement sanitaire. Nous avons travaillé à de nombreuses versions en essayant de mettre en évidence les multiples facteurs prédisposant à un geste suicidaire notamment le contexte carcéral ou les relations avec la justice. Les passages à l'acte suicidaires en prison sont beaucoup moins fréquemment qu'en milieu ouvert secondaires à une pathologie mentale (schizophrénies, états dépressifs majeurs, troubles bipolaires, etc.), mais surviennent souvent en réaction à des événements de vie. La version finale, même si elle évoque le contexte pénitentiaire, le met moins en évidence que ce que nous avons proposé. Pour le dire clairement : toute personne incarcérée est à risque suicidaire, parce qu'incarcérée.

La violence hétéroagressive

La violence n'est pas rare en prison. Elle peut s'exprimer de manière variable (physique, sexuelle, psychologique) entre tous les protagonistes de la prison. Vis-à-vis des soignants, l'administration pénitentiaire est demandeuse d'informations qui pourraient permettre de prendre des dispositions pour la prévenir.

Or les soignants doivent avant tout prendre les dispositions nécessaires pour prévenir des situations de violence qui seraient en rapport avec une pathologie mentale et ne sont compétents que pour le faire dans ces situations. L'être humain n'a pas besoin d'être malade pour se montrer violent. Cela peut paraître évident, mais dans la pratique, et tout particulièrement en milieu pénitentiaire, la tendance est forte de considérer que tout comportement hétéro ou auto agressif est la marque d'un trouble mental. C'est cette fausse croyance qui conduit certains courants de l'administration pénitentiaire à considérer que la violence et la surpopulation carcérale seraient résolus en hospitalisant toutes les personnes détenues violentes car malades psychiatriquement.

Face à une conduite suicidaire ou un risque de passage à l'acte agressif dus à une pathologie mentale, les soignants prendront les dispositions nécessaires, dont éventuellement une hospitalisation, pour pouvoir prodiguer des soins à leur patient alors en grande souffrance psychique, et permettant d'assurer une sécurité collective, comme on le fait d'ailleurs également

³⁰ http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir_42889.pdf

en milieu ouvert. Dans l'attente, l'administration pénitentiaire sera informée des dispositions à venir et pourra prendre les mesures de précaution adéquates.

Il faut bien avoir à l'esprit qu'en cas de risques avérés, les soignants ne laisseront pas toute personne exposée à ces risques sans les en avertir (et la loi pénale prévoit ces dérogations au secret professionnel). Alors pourquoi cela est-il si problématique et entraîne-t-il des conflits à n'en plus finir ?

L'imprévisibilité de l'avenir

Les personnels de la justice, démunis, se laissent aller à croire que les psychiatres et les psychologues pourraient lire dans la tête d'autrui et prévoir l'avenir. Las ! Ils ne sont pas détenteurs de secrets extraordinaires qu'ils garderaient jalousement par-devers eux pour mieux montrer leur pouvoir. Et nul ne peut résoudre l'angoisse de l'imprévisibilité, si ce n'est en l'affrontant, et à ce titre, nous sommes tous logés à la même enseigne.

Voilà pour quelles raisons, les espoirs mis dans les interminables réunionites pour régler l'échange/partage d'informations sont vains. Si nous faisons abstraction de la question du secret médical, si nous pouvions répondre sans entraves aux questions posées, nous ne saurions en fait pas y répondre. Nous n'avons pas le savoir qu'on nous suppose avoir.

Tant mieux si l'être humain échappe au savoir divinatoire d'autrui. Mais, n'en doutons pas, on n'empêchera pas certains de rêver à des dispositifs type « Minority report »³¹ ou d'installer de la vidéosurveillance³² pour repérer les émotions de voyageurs dans les tram afin de deviner d'éventuels comportements suspects.

Keep your secret ... secret³³

Les Pouvoirs publics, englués depuis des années dans des obsessions sécuritaires en viennent à prendre des mesures pseudo rassurantes, considérant que les médecins, et surtout les psychiatres, détiennent des informations précieuses pour la sécurité publique qu'ils gardent jalousement, sans sens civique, mettant ainsi ainsi la sécurité publique en péril. Les décisions juridiques ont été pourtant sans ambiguïtés sur le sens du secret médical, d'où quelques exemples significatifs de jurisprudences :

- La loi a voulu garantir la sécurité des confidences qu'un particulier est dans la nécessité de faire à une personne dont l'état ou la profession, dans un **intérêt général et d'ordre public**, et qui fait d'elle un confident nécessaire³⁴.
- Le principe posé par l'art. 378 du Code pénal est **général et absolu** même s'il s'agit d'un fait connu dans son ensemble lorsque l'intervention du dépositaire du secret entraîne la divulgation de **précisions** qu'il était seul à connaître³⁵. L'obligation au secret professionnel, établie par l'art. 378 du Code pénal, pour assurer la confiance nécessaire à l'exercice de certaines fonctions, s'impose aux médecins, hormis les cas où la loi en dispose autrement, comme un devoir de leur état ; sous cette seule réserve, elle est **générale et absolue, et il n'appartient à personne de les en affranchir**³⁶. Cette règle, qui s'impose à tous et n'opère aucune distinction entre les témoins à charge et les témoins

³¹ *Minority report* est un film de Steven Spielberg de 2002.

³² https://www.liberation.fr/france/2019/01/11/a-nice-levee-de-boucliers-contre-un-projet-de-videosurveillance-des-emotions_1702332

³³ Extrait du film de Marcel Camus, *Le mur de l'Atlantique*, avec Bourvil, 1970.

³⁴ Crim. 19 nov. 1985, *Bull.crim.* N° 364.

³⁵ Crim. 7 mars 1989, *Bull. crim.* n° 109 ; *Rev. sc. Crim.* 1990. 73, obs. Levasseur.

³⁶ Crim. 8 mai 1947, *Bull.crim.* N° 124.

à décharge, est, en outre, conforme aux dispositions de l'art. 6 § 3 de la Convention européenne des droits de l'homme³⁷.

- Sauf dans les cas où sa révélation est permise ou imposée par la loi, le secret médical doit être observé à l'égard des tiers, **en particulier quand ils en demandent la révélation par l'intermédiaire du malade lui-même**³⁸.
- Doit être cassé, comme méconnaissant **le caractère absolu du secret professionnel**, l'arrêt d'une cour d'assises qui condamne un médecin pour refus de déposer sur des faits connus de lui dans l'exercice de sa profession, alors même que ce médecin n'avait été invité à déposer que sur les constatations consignées dans un certificat délivré par lui à l'intéressé et que les parties aux débats avaient requis son témoignage³⁹.
- Constitue une violation du secret professionnel que lui impose l'article 378 du code pénal **le fait pour un médecin de révéler à des tiers des dispositions d'ordre médical** qu'il a prises, eu égard à l'état de santé d'une personne, alors même d'ailleurs que ces dispositions ne permettraient pas de connaître la nature de l'affection dont cette personne peut être atteinte⁴⁰.
- La violation du secret médical est caractérisée, **même si le fait révélé par le médecin pouvait être connu indépendamment de cette révélation**⁴¹.
- Le médecin qui fait connaître à un tiers des constatations faites sur une personne en vertu de sa seule qualité doit être puni comme ayant violé le secret professionnel, alors même que **le résultat de ces constatations aurait été négatif**⁴².
- A violé le secret professionnel un infirmier de secteur psychiatrique qui a participé à la réalisation d'un court métrage tourné par des lycéens, consacré à l'activité artistique comme mode de traitement des malades atteints de troubles psychiques, et qui a fourni au réalisateur des informations qui ont permis à ce dernier d'entrer en contact avec une malade. Même si l'infirmier n'a pas personnellement participé à l'interview obtenue de cette malade et s'il soutient ne pas avoir dévoilé à l'équipe de tournage les informations médicales la concernant, il a, **en révélant son existence et son nom**, et en permettant ainsi à des tiers de s'adresser à elle et d'apprendre des faits dont il est question tant dans le film que dans l'interview, manqué à son obligation de secret professionnel⁴³.

Ne pas « sanctuariser » les services médicaux dans les prisons (et ailleurs) est une grave faute des Pouvoirs publics qui expriment ainsi une défiance envers les médecins, et ne se donnent plus les moyens pour garder un dispositif qui permettra de signaler un danger quand la loi le permet. Le double mouvement qui consiste à assurer aux personnes détenues que ce qu'elles diront restera secret en-dehors des divulgations que la loi autorise permet un réel travail thérapeutique, y compris en faisant savoir aux patients que certains de leurs propos imposeront aux médecins de les signaler. Et la réitération de ces propos, face aux possibilités de révélations, doit être considérée comme une possibilité à une personne dépassée par une situation qui lui est intolérable de trouver un moyen d'être empêchée d'un passage à l'acte dommageable pour autrui comme pour elle-même.

³⁷ Crim. 5 juin 1985.

³⁸ Civ. 1^{re}, 18 mars 1986, *Bull. civ.* I, n° 68 ; *JCP* 1986, II. 20 629, concl. Gulphe.

³⁹ Crim. 8 mai 1947, *Bull. crim.* N°124 ; *D.* 1948. 109, note Gulphe ; *JCP* 1948. II. 4141, note Legal ; *Gaz. Pal.* 1947.2 12.

⁴⁰ Crim. 27 juin 1967 : *prec. Note 190*.

⁴¹ Versailles, 30 avr. 1990 : *D.1990. IR 178*.

⁴² Crim. 9 nov. 1901 : *DP1902. 1. 235*. Civ 29 Mars 1927 : *DP 1927. 1. 185, note Mazeaud*.

⁴³ CE 1^{er} juin 1994 : *Gaz. Pal.* 1996. 415, note J.B.

Une situation récente permet particulièrement d'illustrer ce constat⁴⁴. En février 2019, en fin de peine, une personne détenue se confie aux services de soins et déclare vouloir tuer sa femme. L'équipe de soins, après une évaluation attentive et collégiale, décide de signaler la situation au procureur et au Conseil de l'ordre régional des médecins tout en avertissant le patient de cette révélation. La personne sera finalement condamnée. Les soignants sont gênés par les articles de journaux qui de manière un peu trop ramassée écrivent que « *Le médecin décide de passer outre le secret médical* » sans détailler un minimum en expliquant les situations où il y a dérogation au secret médical, comme le stipule **l'article 223-6 du Code pénal** :

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque le crime ou le délit contre l'intégrité corporelle de la personne mentionnée au premier alinéa est commis sur un mineur de quinze ans ou lorsque la personne en péril mentionnée au deuxième alinéa est un mineur de quinze ans. ».

L'équipe médicale au sein de l'établissement pénitentiaire, sans que la nuance et la complexité n'aient pu être discutées, se trouve en difficulté comme « ne respectant pas le secret professionnel ». Ce fait monte bien l'injonction contradictoire dans laquelle les soignants peuvent être impliqués et surtout qu'ils savent prendre leur responsabilité face à un danger. Morale de l'histoire : l'arsenal juridique est suffisant et permet aux soignants d'agir de manière responsable, comme le dit la jurisprudence dans **l'intérêt général et l'ordre public**.

Il est impératif de « garder le secret... secret » ! Non, le secret médical n'est ni un concept dépassé ou ringard ni un désordre des esprits⁴⁵, mais il s'affaiblit, car comme l'écrit Jean-Marie Delarue : « *dans les pays industrialisés, le choix est fait de la punition d'abord et du soin, subsidiairement, seulement dans la mesure du possible* »⁴⁶.

Éthique et déontologie en péril en prison

Au point où nous en sommes, devant l'urgence et l'imminence d'un péril pour l'ordre public et dans l'intérêt général, nos conclusions sont claires :

Les pouvoirs publics par négligence ou inertie :

- désorganisent les services de santé en prison ;
- renoncent aux avancées de la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale ;
- organisent le retour à une médecine pénitentiaire ;
- concourent à la désertification des services de soin en prison ;
- ont cessé de soutenir les piliers de la pratique médicale, notamment le secret médical et l'indépendance professionnelle des soignants ;
- favorisent de ce fait l'insécurité publique ;

⁴⁴ Justice. *En fin de peine, il menace de tuer sa femme*, Ouest France 12/02/2019, <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/le-mans-72000/justice-en-fin-de-peine-il-menace-de-tuer-sa-femme-6220954>

⁴⁵ M. David, « Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? » *L'Information psychiatrique* 2015, 91, 662-70 doi:10.1684/ipe.2015.1392

⁴⁶ J.-M. Delarue, *op. cit.*, p. 485.

- impliquent les associations de professionnels dans de fausses concertations où leur présence est prise comme une caution des décisions prises⁴⁷.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins :

- initie l'abandon des règles déontologiques, notamment celles énoncées dans les articles 4 et 5 du Code de déontologie médicale ;
- reconnaît et encourage l'affiliation des soignants à l'administration pénitentiaire en adoptant un identifiant @justice.fr et incite les médecins à renoncer à leur indépendance professionnelle ;
- place les médecins dans une injonction contradictoire inconfortable face au paradoxe de transmettre des informations à des tiers non soignants tout en restant garant du secret médical et donc passible de poursuites orchestrées par le CROM en cas de violation.

Ensemble

Le courrier du CNOM du 23 janvier 2019 est inquiétant. Dans la mesure où il valide ou initie les évolutions législatives et réglementaires pour les pratiques soignantes en milieu carcéral, il définit des groupes bien différenciés de patients et de médecins qui n'auront plus les mêmes droits ni les mêmes devoirs. La rupture épistémologique est sévère, le corps médical est décomposé.

Cela est la marque d'un processus d'évolution sociétale en cours où les enjeux sécuritaires prédominent et la discrimination des sujets les plus vulnérables assumée.

Le CNOM se fait complice d'une dérive de l'éthique au sein de la société : ce qui se passe en prison se jouera à terme dans l'ensemble de la société. Le pragmatisme régnera sans partage au dépend de l'existence du sujet pensant et agissant en liberté.

Pour l'heure le code de déontologie nous invite individuellement et collectivement à résister aux tentations déviantes d'un exercice soignant en milieu carcéral soumis aux exigences pénitentiaires. Les praticiens de terrain continueront à s'y référer tel qu'il est, ainsi qu'à des réflexions comme celles de Philippe Claudel dans le numéro du 1 sur les prisons⁴⁸ : « *Personne ne peut comprendre. Jamais. Personne. Parce que. Parce que certaines choses on ne peut pas les expliquer. **On ne peut pas les partager quand on a rien en commun***⁴⁹. Pas d'échelle. Aucun lieu aucun terrain pour se retrouver et se comprendre » et de Paul Ricœur (ci-dessous).

⁴⁷ Ce constat pose la question de la poursuite des travaux entre les associations et le ministère de la Santé.

⁴⁸ Claudel Philippe, *Surface de réparation*, Prisons. La faute à qui ? Le Un, n°178, mercredi 15 novembre 2017.
<https://le1hebd0.fr/journal/numero/178>

⁴⁹ Souligné par nous. Un extrait qui prend toute sa force dans la suite de l'article et qui illustre la brutalité du monde pénitentiaire, le manque d'intimité que nous essayons de restituer dans notre exigence de confidentialité.

La participation de certains médecins à la torture n'est pas une aberration sans lien aucun avec la pratique médicale honnête, mais qu'elle constitue le pôle extrême d'une gamme continue de compromissions, dont l'autre pôle se confond précisément avec la pratique médicale « normale » ; tout commence en effet, sur ce plan, dès l'instant où cette pratique se réduit à une technique, certes scientifiquement instruite, mais dissociée d'une éthique de la sollicitude, attentive à la souffrance d'autrui et respectueuse du droit à la vie et aux soins du malade en tant que personne. En ce sens, la profession médicale est en tant que telle une profession à risques, dans la mesure où la mise en œuvre du serment d'Hippocrate, qui voue le médecin et le personnel médical aux seuls soins de la vie et de la santé du patient, passe nécessairement et légitimement par des techniques objectivantes, lesquelles confèrent aux professions de santé un pouvoir sur le corps d'autrui paradoxalement dérivé du souci même de faire vivre et de soigner. (p.5)

À cet égard, le lecteur apprendra beaucoup de l'examen soigneux et sans complaisance de plusieurs situations typiques où les dérapages ne consistent pas simplement en fautes professionnelles évitables, mais sont en quelque sorte induits par des structures sociales, juridiques et politiques où la violence revêt des formes que l'on peut dire institutionnalisées. (p.6)

On entre franchement dans une situation à haut risque avec l'exercice de la médecine en milieu carcéral. L'ouvrage souligne le caractère central des dérapages de la médecine carcérale. [...] Cette situation, et d'autres que l'on va dire, est l'occasion d'une seconde réflexion que la philosophie morale ne peut manquer prendre en compte, à savoir qu'il est des situations où les normes sont si incertaines que le jugement moral en situation reste la seule ressource. [...] Ainsi la violation du secret médical fait-elle partie des règles du jeu carcéral ; mais, en sens inverse, le même secret peut devenir le silence qui couvre des violations indubitables des droits des détenus. [...] En tout état de cause, la médicalisation de la punition requiert du médecin des comportements contraires à l'éthique médicale, qui ne connaît que le devoir de faire vivre et de soigner. [...] La lutte contre le terrorisme révèle la vulnérabilité de l'éthique médicale face aux politiques répressives. [...] Résister, ce n'est pas seulement se comporter en dissident de la médecine punitive, c'est éveiller les consciences et faire bouger le droit.

Paul RICŒUR, Préface du rapport d'Amnesty International, *Médecins tortionnaires, médecins résistants*, Commission médicale de la section française d'Amnesty International, et Valérie Marange, *La découverte*, documents, 1990, p. 5-10