



Fiche pratique Attestation : cadre légal et déontologique

Contexte

Consentement au soin

La prise en charge sanitaire en milieu pénitentiaire s'inscrit dans les missions de service public hospitalier (décret n° 86-602 du 14 mars 1986 et loi n° 94-43 du 18 janvier 1994). Ce cadre garantit, d'une part, pour les personnes incarcérées, le **libre consentement au soin**.

Le code de la santé publique dispose que « *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. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* » (CSP art. L. 1111-4).

Les exceptions prévues par la loi sont les hospitalisations sous contrainte en cas de troubles psychiatriques sévères (CSP art. L3212-1 à L3212-12, L3213-1 à L3213-11 et L3214-3), par définition incompatibles avec le maintien en détention – l'hospitalisation au SMPR étant prononcée « *avec le consentement du détenu* » (arrêté du 14 décembre 1986 art.13).

Les mesures de soins pénalement ordonnés (injonction thérapeutique, obligation de soins et injonction de soins) s'exécutent exclusivement en milieu libre. Elles peuvent constituer une alternative aux poursuites judiciaires, une mesure présentencielle ou une sanction pénale – complémentaire ou non d'une peine de prison mais, dans ce dernier cas, elles débutent après la sortie.

L'injonction de soins est l'une « *des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive* » que comprend le suivi socio-judiciaire (CP art. 131-36-1). Elle nous intéresse particulièrement car, bien que sa mise en œuvre débute après la sortie, son prononcé a une incidence sur le parcours d'exécution de la peine. En effet, en cas de sanction complémentaire à une peine de prison, le condamné est informé par le président lors du jugement « *qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine* » (CP art. 131-36-4), possibilité qui lui sera rappelé au cours de l'incarcération par le juge d'application des peines (CPP art.763-7).

Or, plus qu'une possibilité, il s'agit d'une **incitation au soin**, le refus ou le manque de régularité dans les soins de la personne condamnée pouvant entraîner le rejet de ses demandes de libération conditionnelle (CPP art. 729), ou encore le retrait de réduction de peine (CPP art.721). Il est précisé que « *le refus de soins est ainsi assimilé, pour ces condamnés, à un cas de mauvaise conduite en détention* » (circulaire du 29 février 2008 complétant l'article 721 du CPP).

Dans la pratique, l'incitation au soin en prison ne se cantonne pas au cadre du suivi socio-judiciaire encouru mais tend à s'étendre à l'ensemble de la population carcérale. Toute personne incarcérée (condamnée ou prévenue) peut en effet se voir incitée à entreprendre des soins par les magistrats ou les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, dans le cadre d'un renouvellement de mandat de dépôt, un procès, une demande d'aménagement de peine, de permission de sortie ou un octroi de RPS – ce dernier cas s'appuyant sur le code de procédure pénale qui dispose qu'« *une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment [...] en suivant une thérapie destinée à limiter les risques de récidive* » (CPP art.721-1).



Fiche pratique Attestation : cadre légal et déontologique

Avec ces dispositions, le soin n'est plus une affaire privée entre le patient et l'équipe de soins mais l'objet d'enjeux judiciaires qui s'exercent sur la personne détenue. En conditionnant l'octroi de bénéfices judiciaires – enjeux majeurs pour une personne incarcérée – à l'exécution de soins, s'opère un **forçage** portant atteinte au libre consentement au soin en prison.

Ce contexte d'instrumentalisation du soin est important à saisir et analyser pour les professionnels hospitaliers car il a une incidence sur la rencontre avec le patient : il peut dévoyer la demande de soins, mais aussi interférer sur la relation et le travail thérapeutiques tout au long de la prise en charge.

Indépendance professionnelle

Le cadre légal de 1986 et 1994 garantit, d'autre part, pour les personnels hospitaliers intervenant en détention, l'**indépendance professionnelle**, en particulier vis-à-vis des prérogatives judiciaires et pénitentiaires.

Le code de déontologie médicale dispose que « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* » (CDM art. 5 et CSP art. R.4127-5). Le conseil national de l'ordre des médecins précise en commentaire : « *le médecin doit toujours agir dans le sens dicté par l'intérêt premier du patient et ne peut pas se laisser considérer comme un agent d'exécution au service d'autres intérêts qui deviendraient prépondérants* ».

Or, l'immixtion dans le domaine des soins que constitue la législation sur le suivi socio-judiciaire encouru ne se limite pas à l'incitation du détenu, le « *médecin traitant* » ou le « *psychologue traitant* » du condamné doit aussi établir, « *au moins une fois par trimestre, des attestations indiquant si le patient suit ou non de façon régulière le traitement proposé par le juge d'application des peines* » (CPP art.717-1).

De quel traitement s'agit-il ? Les textes ne le précisent pas mais font valoir une condition : le juge peut proposer au condamné de suivre un traitement, « *si un médecin estime que cette personne est susceptible de faire l'objet d'un tel traitement* » (CPP 717-1). Un **avis médical** est donc requis par le moyen d'une expertise judiciaire (CPP art.156), dont le rapport est consultable au greffe de l'établissement pénitentiaire.

A noter que, bien que le juge puisse demander à l'expert, au-delà de l'opportunité d'un traitement, d'en préciser les modalités (par exemple le type de psychotrope ou de psychothérapie préconisé), il ne revient pas à l'expert de se prononcer sur la nature des soins. Comme le formule la commission d'audition sur l'expertise psychiatrique pénale : « *les prescriptions thérapeutiques n'entrent pas dans le cadre de l'expertise* » (Reco p.13).

Les soins sont en effet sous la responsabilité des professionnels qui les prodiguent, à partir de leur propre évaluation clinique. L'expert ne faisant pas partie de l'équipe de soins, son avis ne peut se substituer à l'évaluation de l'équipe et, de fait, n'est qu'indicatif. Comme le rappelle le guide méthodologique : « *dès lors qu'une prise en charge est indiquée et acceptée par la personne, les équipes de soins définissent la méthode de soins appropriée à chaque patient* » (GM p.312).



Fiche pratique Attestation : cadre légal et déontologique

Si la législation permet d'inciter la personne détenue à suivre un traitement, cette contrainte ne prévaut pas pour les professionnels en charge des soins en milieu pénitentiaire qui évaluent en toute indépendance s'il y a indication ou non à des soins, et, le cas échéant, selon quelles modalités.

Pour prendre le cas de la psychothérapie, l'accord du patient pour entreprendre un travail sur soi, qui peut être recueilli lors de l'expertise, ne suffit pas à l'indication thérapeutique. D'une part parce que cet acquiescement est pris dans les enjeux judiciaires de l'expertise, mais aussi, et surtout, parce que les ressorts d'une psychothérapie ne reposent pas sur le fait que le patient soit d'accord avec le principe. Il faut qu'il soit dans des dispositions psychiques permettant une mise au travail personnelle et plusieurs entretiens préliminaires avec un psychothérapeute sont généralement nécessaires pour évaluer la possibilité d'un tel engagement.

Au sujet de l'**attestation de suivi** en tant que telle, notons d'abord que la délivrance de certificats est une pratique familière des médecins. Le code de la santé publique dispose que « *l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires* » (CSP art. R.4127-76).

Le guide méthodologique précise que, « *bien qu'employés par différents textes législatifs et réglementaires, les termes "certificats", "attestations", "avis" ne font l'objet d'aucune définition juridique* », néanmoins « *s'agissant de documents médicaux, l'objet principal est la détermination de l'état de santé* » (GM, p.78).

Le guide répertorie tous les cas où un médecin exerçant en milieu pénitentiaire peut être amené à établir un « certificat ». On constate que la totalité des situations listées repose effectivement sur la constatation médicale d'un état de santé du patient (état de santé qui empêche d'exercer une activité, qui permet d'avoir une pratique sportive, qui nécessite un changement d'affectation ou des aménagements du régime pénitentiaire, qui présente des coups et blessure).

Force est de relever que l'attestation de suivi s'en différencie, dans la mesure où elle ne se base pas sur l'évaluation clinique d'un état de santé, mais sur le constat d'une conduite (le patient suit ou non les soins proposés). S'il n'y pas de distinction juridique entre les termes, l'usage établit une distinction notable entre « certificats » et « attestation ».

Avec l'attestation, s'opère un changement de paradigme : ce qui permet au patient de faire valoir ce que de droit, ce n'est plus son état de santé mais son comportement, en l'occurrence sa compliance au traitement proposé par le magistrat. L'attestation de suivi s'inscrit dans une logique de contrôle de l'exécution de l'incitation judiciaire. Elle atteste de la « bonne conduite » du condamné à cet égard. Pour le « médecin traitant » et le « psychologue traitant » en charge de les délivrer, s'opère implicitement un détournement de leur mission hospitalière au profit d'une mission judiciaire.

Par ailleurs, une attestation de suivi peut être demandée par le magistrat dans d'autres contextes que celui du suivi socio-judiciaire encouru, en particulier dans le cadre de cet article déjà cité : « *une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment [...] en suivant une thérapie destinée à limiter les risques de récidive* » (CPP art.721-1).

Dans la pratique judiciaire, il semble largement partagé que les professionnels concernés par la mise



Fiche pratique Attestation : cadre légal et déontologique

en œuvre de cette disposition soient ceux des SMPR/DSP, plus particulièrement les psychologues. Cette interprétation de l'article est abusive car sous-entend que les thérapies proposées dans les unités de soins ont pour objet de limiter la récurrence délictuelle, constituant un véritable **glissement de tâche** pour les personnels hospitaliers.

Si les thérapies menées au sein des SMPR/DSP visent à limiter une récurrence, il s'agit de la récurrence au sens médical, celle d'une pathologie, à savoir la rechute. Plus généralement, les thérapies proposées visent une meilleure appréhension par le patient du mal-être psychique ressenti.

Évidemment, suivre une thérapie a des effets sur la vie psychique du patient, ce qui peut modifier son parcours de vie, ses choix, et donc avoir une incidence sur la récurrence délictuelle. Mais, à l'exception d'unités ciblées (Cf. dotation supplémentaire accordée pour la prise en charge des AVS¹), les thérapies proposées dans les unités de soins ne sont pas « destinées » à limiter le risque de commission d'infraction – mission essentiellement judiciaire.

L'attestation de suivi

La législation aborde les attestations de suivi dans deux situations : la mise en œuvre de l'injonction de soins en milieu libre (CSP article L3711-2) et – celle qui nous intéresse car portant sur les soins en prison – la mise en œuvre de l'incitation au soin en détention en cas de suivi socio-judiciaire encouru (CPP article 717-1).

Concernant le **contenu**, l'attestation de suivi n'est pas un certificat relatif à un état de santé (CPP art. D382), ni un avis expertal (CSP art. R4127-105). Le médecin ou le psychologue traitant doit délivrer une attestation indiquant « *si le patient suit ou non de façon régulière le traitement proposé par le juge de l'application des peines* » (CPP 717-1).

Comme on l'a vu, il ne revient pas à l'expert – encore moins au juge – de définir les modalités du traitement en question. Le terme de « traitement » est donc à entendre de manière générale comme « suivi » ou « prise en charge » par le professionnel concerné (médecin ou psychologue), et même plus globalement par le service de soins – le suivi se réalisant dans un cadre institutionnel.

A noter le double sens de la formule « *de façon régulière* » qui peut indiquer une périodicité (fréquence du suivi) ou une conformité (suivi adéquat à ce qui a été convenu). Par exemple, un suivi intermittent, venant ponctuellement étayer des périodes de fragilité psychique, peut être conforme à ce qui a été convenu entre le patient et l'équipe de soins, sans toutefois être continu ni avoir une fréquence régulière.

Toute autre mention sur l'attestation pose la question de l'interprétation qu'il en sera faite, le magistrat à laquelle elle se destine étant un professionnel, non seulement extérieur à la prise en charge, mais de surcroît complètement étranger au domaine du soin.

L'expérience révèle en effet des appréciations arbitraires des données mentionnées (professionnels

¹ Circulaire DHOS/F2/F3/DSS/1A no 2008-356 du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé



Fiche pratique Attestation : cadre légal et déontologique

rencontrés, type de prise en charge, fréquence), selon la sensibilité du magistrat et ses projections sur le justiciable. Par exemple, un grand nombre d'entretiens peut être perçu positivement comme gage de travail sur soi et de réinsertion, ou au contraire comme indice de trouble psychique sévère, donc facteur de risque. Il en va de même pour le traitement psychotrope qui peut donner lieu, en plus d'interprétations profanes, à des « prescriptions » de magistrats qui conditionnent l'aménagement de peine au sevrage ou au contraire à la poursuite du traitement.

C'est pourquoi, afin de limiter le risque de mésusage des informations relatives au soin, tout en préservant le cadre de confidentialité, les modalités de mise en œuvre du suivi gagnent à rester à la discrétion du patient et des professionnels hospitaliers.

Concernant la **délivrance** des attestations, les textes disposent qu'elles doivent être remises « *au patient* » (CPP art. 717-1) et le guide méthodologique ajoute « *en main propre* » (GM p.85).

Dans le cas des personnes condamnées à une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, les textes indiquent une fréquence de délivrance d'« *au moins une fois par trimestre* » (CPP 717-1). Toutefois, l'usage est de remettre les attestations à la demande du patient, lorsqu'il souhaite justifier de son suivi avant un passage en commission ou un jugement.

CDM	Code de déontologie médicale
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CP	Code pénal
CPP	Code de procédure pénale
CSP	Code de la santé publique
GM	Guide méthodologique Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice (2019)
Reco	Audition publique Expertise psychiatrique pénale - Recommandations (2007)