



COLLOQUE NATIONAL

Santé/Justice

PEUT-ON SOIGNER SOUS CONTRAINTE ?

22 & 23
MARS
2007
PARIS

LES ACTES

INTERVENTIONS ET ÉCHANGES

LES ACTES

INTERVENTIONS ET ÉCHANGES

COLLOQUE NATIONAL

Santé/Justice

PEUT-ON SOIGNER
SOUS CONTRAINTE ?

CONTRAINTE

*Est-il possible de soigner
quand pèse la contrainte,
tant sur les patients
que sur les équipes ?*

*Contrainte des soins
et de la détention
pour les usagers,
contrainte pour les équipes
de recevoir des patients
qui ne demandent rien !
Cette question incontournable
concerne toutes les équipes
de terrain, les magistrats,
les services sociaux,
de la justice en particulier.*

S O M M A I R E

	PAGES
Le profil des participants	4
Ouverture du colloque	7
La contrainte : le point de vue d'un philosophe	9
De la contrainte en matière de soins	11
Magistrat et juriste : «du bon usage de la contrainte»	15
La loi de prévention de la délinquance - Encore plus de contraintes ?	19
Présentation de l'étude «offre de soins en alcoologie dans les établissements pénitentiaires de France»	24
Présentation du groupe d'échange et de réflexions sur les pratiques professionnelles de la F3A	28
Présentation d'expériences de terrain	30
Le médecin interface	
Le staff d'addictologie	
L'accompagnement de délinquants routiers	
Quand la contrainte pèse sur le soignant	40
Retours des ateliers	44
L'observance par le justiciable de l'obligation de soins	
La question du secret médical	
Comment s'articulent aujourd'hui «soigner ou punir», «punir et soigner», «prévenir et/ou sanctionner» ?	
Qu'entend par «soigner» un magistrat, un travailleur social, un soignant ?	
Question de magistrat : « nos orientations judiciaires sont-elles judicieuses ? »	
Retours des ateliers «Comment faire avec ...»	49
Les primo délinquants	
Les (multi) récidivistes	
Les personnes dans le déni	
Les auteurs de violences (conjugales, sexuelles...)	
Table ronde	53
Conclusion	56
Remerciements	57

LE PROFIL DES PARTICIPANTS AU COLLOQUE

PAR SEXE

Total : 124 participants
(134 inscrits)



33

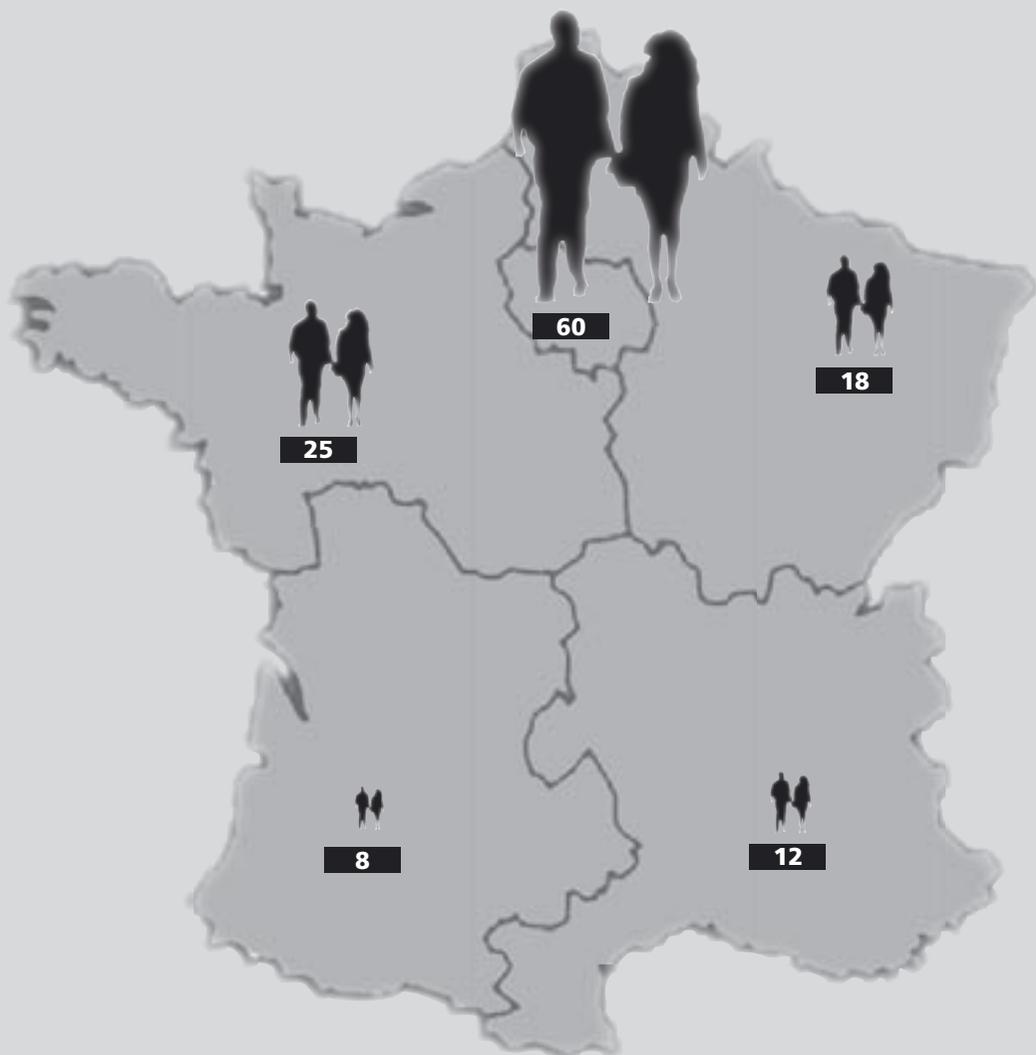


91



LE PROFIL DES PARTICIPANTS AU COLLOQUE

PAR RÉGION
D'ORIGINE



¶

1 DOM - TOM

LE PROFIL DES PARTICIPANTS AU COLLOQUE

PAR SECTEUR
D'ACTIVITÉ



68

SANTÉ



MÉDECIN 22

INFIRMIER 11

PSYCHOLOGUE 13

TRAVAILLEUR SOCIAL 11

RESPONSABLE STRUCTURE 7

DIVERS 4



30

JUSTICE



RESPONSABLE 5

CONSEILLER 22

MAGISTRAT 3



11

INSTITUTIONS



MILDT
Ministère de la Santé
Ministère de la Justice



15

AUTRES



Enseignant
Étudiant
CIRDD ...

OUVERTURE DU COLLOQUE

Patrick Fouilland

Docteur en Médecine, Président de la F3A - Fédération des Acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie (Paris), Directeur du Centre havrais d'alcoologie ambulatoire

Ces journées sont nées à partir d'un travail lancé par l'APECAPP (Association pour la prévention et l'étude des conduites d'alcoolisations des populations pénales), créée il y a une quinzaine d'années, qui s'était donné pour principal objet l'étude des conditions de détention et de la prise en charge de la santé des populations carcérales. L'APECAPP a, par la suite, demandé sa fusion au sein de la F3A, ce qui a permis d'intégrer cette sensibilité au sein de notre Fédération, particulièrement au sein de la commission «Santé-Justice». La F3A se propose de poursuivre l'organisation de rencontres entre partenaires et l'élaboration d'une pensée, à partir du partage d'expériences, sur les questions de justice et de santé.

Didier JAYLE

Président de la MILDT - Mission interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

Je vous félicite pour l'organisation de ce colloque, qui me paraît une initiative très heureuse en faveur d'une meilleure articulation et d'une meilleure compréhension entre les intervenants de la justice et de la santé. Ce sujet intéresse particulièrement la MILDT, notamment du fait de l'existence des conventions départementales d'objectifs (CDO), qui représentent un tiers des crédits d'intervention de la MILDT. Celle-ci a formé un groupe de travail qui aura pour but de faire évoluer les CDO en vue d'améliorer cette articulation. Du point de vue de la santé, l'enjeu consiste à mieux comprendre les contraintes et les finalités de la justice, qui privilégient souvent des objectifs de santé publique ou de sécurité des personnes et pas seulement la répression. Du côté de la justice, il s'agit de mieux connaître les impératifs médicaux ainsi que les addictions.

La question choisie pour intituler ce colloque peut paraître provocatrice : dans la culture médicale, la contrainte semble contraire aux principes d'intervention. Pourtant, elle peut constituer le premier déclic.

L'exemple du tabac l'illustre bien : en instaurant des conditions défavorables à la consommation de tabac dans les lieux publics, les décrets pris récemment créent une contrainte qui est acceptée par une majorité de fumeurs. Nombre d'entre eux profitent de cette occasion pour arrêter de fumer. Pour preuve, les ventes de substituts nicotiques ont progressé de 126 % au mois de février par rapport au même mois, l'an dernier. L'application du décret ne semble donc pas poser autant de difficultés que certains pouvaient le craindre, y compris au sein des ministères. Nous avons là l'exemple d'une contrainte qui va contribuer à l'évolution des comportements.

Les contrôles de la consommation d'alcool au volant constituent un autre exemple intéressant : leur seule existence a une valeur préventive, en particulier vis-à-vis des jeunes conducteurs. Les stratégies de prévention qui ont été adoptées – et que nous soutenons – présentent un risque : susciter une consommation d'alcool par les individus non conducteurs, dès lors que l'angle privilégié consiste à responsabiliser les conducteurs. Rappelons cependant que 30 % des accidents mortels sont liés à l'alcool ou à l'association alcool-cannabis (qui multiplie par quinze le risque mortel). Par le biais des CDO, les contrôles peuvent aboutir à une information sanitaire ou à un stage de sensibilisation susceptible, dans certains cas, de se substituer à la peine.

La MILDT a mis en place un réseau de consultations anonymes et gratuites sur le cannabis. Elles ont reçu, d'après les premières tendances identifiées à notre demande par l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies), près de 30 000 personnes en un an. Ce chiffre traduit une multiplication par dix, en un an, du nombre de personnes reçues en consultation à propos du cannabis. Il est particulièrement intéressant de constater que la justice s'est emparée de cette initiative : 40 % des garçons reçus en consultation y ont été adressés par la justice. Il apparaît, de façon plus précise, que 22 % des personnes reçues sont dépendantes et que 27 % d'entre elles ont une consommation à risque. Ajoutons que selon les évaluations canadiennes, il apparaît que la présence d'une contrainte judiciaire constitue un facteur bénéfique pour le suivi thérapeutique – même si les injonctions thérapeutiques mises en place dans une logique d'alternative aux poursuites, n'ont pas marqué profondément le parcours des héroïnomanes, pour lesquels elles ont été conçues. Il semble, là aussi, que la qualité de l'articulation justice-santé joue un rôle déterminant quant à l'impact de la contrainte sur les comportements.

Enfin, on ne peut passer sous silence la question du milieu pénitentiaire. Force est de constater que nous ne sommes pas parvenus à susciter un mouvement important au sein des prisons. J'ai pu constater les effets positifs de la mise en place de traitements de substitution (démarrés au sein de la prison ou prolongeant une prise en charge ayant commencé avant la mise en détention). Un travail a également été mené concernant l'hépatite C. Plus de 50 % des toxicomanes sont en effet porteurs de l'hépatite C, tandis que la toxicomanie s'avère aujourd'hui responsable de moins de 2 % des nouveaux cas de VIH (contre 50 % il y a quinze ans). Parmi les toxicomanes de moins de 30 ans, le VIH affiche une prévalence de 0,2 %, contre 30 % pour le VHC. L'écart est de un à cent et les patients meurent davantage de l'hépatite C que du VIH, ce qui appelle la mise en œuvre de stratégies aussi standardisées que possible.

Toutes les actions susceptibles de contribuer au rapprochement des vues des acteurs de la santé et de celles des acteurs de la justice recevront le soutien de la MILDT. Ce colloque constitue une initiative particulièrement intéressante de ce point de vue. Souhaitons qu'il contribue à la définition de projets communs qui puissent se mettre en place, en faveur des personnes et de la santé publique.

LA CONTRAINTE : LE POINT DE VUE D'UN PHILOSOPHE

Alain CUGNO

*Professeur de Philosophie au Lycée Lakanal de Sceaux (Hauts-de-Seine),
Vice-Président de la Fédération des Associations Réflexion, Action, Prison et Justice (FARAPEJ)*

1. La contrainte et la philosophie : une longue histoire

La question de la contrainte semble d'autant plus difficile à analyser du point de vue de la philosophie qu'elle s'entend ici dans un contexte de soins, à l'articulation de deux instances politiques majeures : la justice et la santé. Or une large part du débat se situe dans un des angles morts les plus irréductibles de notre époque : la définition de la sanction pénale. La fonction punitive peut être définie : il s'agit d'infliger une souffrance pour payer le prix d'une faute. Elle s'avère beaucoup plus délicate à penser. Il en résulte un risque de court-circuit assimilant par exemple la punition au soin – on peut se demander si les dispositions du Code de procédure pénale ne découlent pas d'une telle conception. Une équation plus dangereuse encore pourrait en être déduite : soigner = punir. Une clause du Serment d'Hippocrate prévoit que le médecin soit toujours du côté du patient. Or, si elle n'est pas nécessairement exempte de respect, la punition s'exerce toujours contre la personne qui en fait l'objet. Nous pouvons ainsi formuler une interrogation qui sera centrale pour notre sujet : l'essence de la contrainte peut-elle échapper à la logique de la punition pour se joindre à la sollicitude thérapeutique ?

Les philosophes ont toujours été fascinés par la contrainte, de Platon à Hegel en passant par Spinoza ou Rousseau. Ce dernier a posé la question politique fondamentale dans Le contrat social et il l'a résolue en affirmant que la solution de tous les problèmes politiques résidait dans l'aliénation de chacun à la communauté. Dans la conception de Rousseau, le contrat social ne constitue pas un projet politique mais une constatation. La signature du contrat social fait apparaître deux volontés : une volonté particulière et une volonté générale. Etre un individu rationnel implique alors d'acquiescer à son aliénation au profit de la communauté. Seul celui qui fait transiter sa pensée par l'ouverture à l'universalité représentée par une communauté d'hommes vivant ensemble, peut avoir une prétention à la rationalité et à la liberté.

Rousseau écrit que «le contrat social referme tacitement l'engagement que quiconque refusera d'obéir à la volonté générale y sera contraint par tout le corps», ce qui signifie qu' «on le forcera à être libre». Le dernier chapitre du contrat social explique cette vision : puisque la volonté générale constitue la vérité, elle est sacrée et doit s'exprimer dans une religion civile. Les dogmes doivent ainsi être simples et livrés sans explication ni commentaire : il revient à chacun de les trouver par soi-même. Telle est la façon dont la contrainte conduit chacun à la rationalité. La contrainte n'a donc de sens que parce qu'elle renvoie à une solitude, celle de la raison, en chacun. Il est dès lors possible d'af-

firmer qu'aux yeux de la philosophie, la contrainte s'avère séduisante, car elle permet de poser la liberté de chacun comme une sorte de «boîte noire» où nul n'a le droit de pénétrer mais où, mystérieusement, la pensée exerce toutes ses forces contre la dureté du réel.

Une autre notion se fait jour : la suscitation de la liberté par la contrainte permet de penser la sanction pénale. Mais les théories de la liberté politique basées sur la contrainte laissent le condamné hors du champ de leur réflexion.

Rousseau écrit par exemple que le condamné, qui a rompu le contrat social, doit être retranché du corps par l'exil comme infracteur du pacte, ou par la mort, comme ennemi public. La position de la contrainte me paraît, dès lors, inconciliable avec la sollicitude thérapeutique.

2. Réconcilier la contrainte et la sollicitude thérapeutique

Quels concepts, dirigés vers l'infracteur, faudrait-il aménager pour échapper à cette attitude guerrière et placer dans le même champ contrainte libérante et sollicitude thérapeutique ? Le psychologue Bernard Savin, parlant des délinquants violents dont il s'occupe, relevait que celui qui passe à l'acte ne sait pas qu'il souffre. Le premier pas consistera donc à lui apprendre qu'il souffre, pour qu'il puisse accéder à la demande capable de le faire entrer dans la sollicitude thérapeutique. Là peut prendre son sens une obligation de soins, qu'on peut difficilement assimiler à une punition. La prononciation de l'obligation de soins par un juge me paraît plus problématique, compte tenu de l'ambiguïté de ce qu'attend la justice d'une telle décision : certainement, dans nombre de cas, une guérison, en tout cas une prévention de la récidive. La philosophie peut se saisir du problème sous deux angles. Elle peut d'abord réévaluer la sentence du juge. Celui-ci proclame le droit, est censé prononcer une parole qui fait cesser l'injustice, de telle sorte que les libertés publiques s'en trouvent augmentées. Pour ce faire, il restreint la liberté de certains et ouvre d'autres espaces de liberté. Lorsqu'il prononce une obligation de soins, le juge n'est donc pas en train de prescrire ; il n'est pas non plus en train de punir ou de neutraliser un individu. Il vise à augmenter la liberté des uns et des autres et en particulier celle de celui qui tombe sous le coup de l'obligation – que l'on force à être libre. L'intégrité de l'acte thérapeutique doit être sauvegardée. Il ne peut, dès lors, exister d'obligation de résultats. Ces derniers ne sont visés qu'à travers un pari sur la liberté.

Il faut également réévaluer le concept de la liberté. Celle-ci et son exercice ne résident pas dans l'immédiate dépendance à une situation de libre choix. La liberté est ce que nous inventons dans des situations d'urgence, en ouvrant des passages là où il n'y en avait pas. Elle se trouve donc volontiers dans des situations dont nous n'aurions jamais voulu payer le prix pour accéder à ce qu'elle nous donne à comprendre. Qui voudrait payer le prix de ce que nous apprend un deuil, par exemple ? La situation de l'incarcération constitue sans doute une des pires situations pour exercer un acte thérapeutique. Cela ne signifie pas qu'il existe une incompatibilité entre l'essence du soin et celle de l'incarcération. Il s'agit en revanche d'un lieu où il faut inventer des solutions inédites.

DE LA CONTRAINTE EN MATIÈRE DE SOINS

Patrick FASSEUR

Psychiatre des hôpitaux à La Rochelle (17), Référent du SHALE (Service Hospitalier d'Aide à la Libération de l'Éthylisme), Membre du groupe d'échange et de réflexions sur les pratiques professionnelles de la F3A

I. De l'obligation de soins à la relation thérapeutique

Au départ se trouve un nom sur une liste de rendez-vous ; puis il y a un homme, assis devant, moi, qui n'a pas choisi librement son médecin, la plupart du temps. Il n'a pas transgressé, en matière d'alcool, un interdit clair : il est venu pour d'autres types de violences, un délit ou un crime, concernant le sexe ou le sang. La consommation d'un produit n'a pas été sanctionnée en tant que telle. L'homme est-il malade, délinquant, voire les deux ? Le sujet de droit s'efface-t-il derrière le condamné en tant qu'objet de soins ? Généralement, la prise en charge commence en prison, le plus souvent parce qu'il sait devoir se plier à diverses obligations pour obtenir des remises de peine. L'homme est-il malade, puisque l'on parle de soins ? L'addiction est-elle la maladie ou s'agit-il du comportement condamné ? Qu'attend cet homme de la consultation, mis à part un éventuel certificat ? La prison n'est donc plus là seulement pour enfermer mais aussi pour donner des soins qui deviennent la condition de la sortie en donnant une image favorable aux experts, nombreux, sur le chemin de la sortie.

Cette rencontre fortement incitée, dans le dispositif en place, doit devenir un moment thérapeutique. Il faut comprendre le glissement des soins de l'usage strictement médical vers une pratique « sanitario-pénale » inaugurée par la loi de 1954 concernant les alcooliques dangereux. Peut-être faut-il voir dans la laborieuse application de cette loi et son abrogation la preuve qu'ordonner des soins n'est pas chose facile. Le praticien, professionnel pourvu d'un savoir, persuadé de son rôle social et motivé, écoute alors cet homme avec une neutralité bienveillante. Mais voilà que celui-ci dénie les faits, plaçant le praticien dans une situation délicate : soit il accepte de ne rien soigner et de pourtant remettre les fameux certificats ; soit il utilise l'alliance thérapeutique pour convaincre l'homme de reconnaître sa faute. Comprendre la loi pénale constitue un objectif qui n'est pas celui des soins ; la faire sienne en est une autre. L'apsychognosie des alcooliques suit la même règle : la connaissance de la loi, appuyée à coups de sanctions pénales, ne constitue pas un garde-fou suffisant pour l'alcoolodépendant.

II. Sortir de la contradiction

Dans certains cas, cet homme va rendre son alcoolisme responsable des actes condamnés, simplifiant à l'extrême sa problématique : « empêchez-moi d'être alcoolique et je ne récidiverai pas ». L'homme a beaucoup de difficultés à mentaliser, à verbaliser. Les liens sont difficiles à établir dans son histoire. Comment parler des absents, des produits et des victimes ? Combien de temps les soins vont-ils durer ? Ils dureront tout le temps de la prison, même s'il n'y a plus rien à se dire. Un jour, l'homme sort de prison, et se poursuit l'infâme filature. Dehors, le même homme ne demande qu'à ne pas y retourner.

La reprise au vol d'un suivi déjà ancien constitue une tâche difficile ; il faut se souvenir si l'alcool était une faute ou si ce sont les actes commis sous alcool qui relèvent de cette qualification.

La liberté de suivre les soins est alors mise en parallèle avec la liberté de récidiver. Ne pas remplacer l'emprise du produit qu'il a abandonné par l'emprise du thérapeute. L'homme n'a pas toujours la capacité d'élaboration mentale que suppose une approche de ce type. Il comprend parfois tout très bien mais s'ingénie à ne pas vouloir comprendre ou ne pas vouloir s'impliquer personnellement, dans le cheminement qui est toujours lent et laborieux.

Dans la prison comme à l'extérieur, le travail en groupe se révèle utile, tant pour les problèmes d'alcool que pour la délinquance sexuelle, en particulier pour ceux qui ne trouvent pas leur place dans une relation duelle. La confrontation de son expérience avec les autres, sous le contrôle d'un ou deux intervenants spécialisés, permet de dépasser, une fois vaincues les réticences, un certain nombre de défenses. Mais, là encore, la fréquentation obligatoire du groupe risque de tarir, au moins partiellement, son efficacité. La contrainte permet la soumission aux soins qui, paradoxalement, ne s'avèrent efficaces que s'il y a participation active.

III. Conclusion

L'objectif premier des soins n'est pas la prévention de la récidive : il s'agirait plutôt, à la limite, de la prévention de la rechute addictive. Ce travail constitue une élaboration psychique du sujet visant à se comprendre lui-même, à connaître son problème et parfois à remédier à ses difficultés relationnelles. Il ne se fait que lentement et sans contrainte. Dans l'addiction, nous ne pouvons que proposer des solutions au toxicomane en proie à la baisse de son niveau thymique, qui lui-même dépend de son histoire. S'il les rejette, la drogue et les conditions de sa prise redeviennent la seule solution, recours exclusif qui signe la dépendance bien difficile à résoudre, surtout avec 3 minutes hebdomadaires de prise en charge (moyenne nationale annoncée dans l'étude «offre de soins en alcoologie dans les milieux pénitentiaires en France» réalisée par Philippe Michaud et Agnès Dumas).

Echanges entre les participants

Alain CUGNO

Le mécanisme par lequel un individu affirme « soignez-moi de mon alcoolisme et je ne récidiverai pas » contient un élément extrêmement important quant à la liberté d'un individu. Claude Maritan indique qu'en tant que psychiatre et psychanalyste, la première proposition qu'il fait à un individu est la suivante : « la question n'est pas de savoir comment vous avez agi dans le passé ; à l'époque, vous ne pouviez pas faire autrement que de commettre [tel acte] ». Très curieusement, il s'agit d'une parole libérante. Au contraire, affirmer au patient qu'il était libre au moment de l'acte condamné revient à le piéger et à l'enfermer.

On peut aussi s'étonner du fait que les groupes de parole donnent de meilleurs résultats que le face-à-face thérapeutique ; en quoi permettent-ils de mieux récupérer leur autonomie que face à un individu tout à fait compétent ?

Patrick FASSEUR

Partout où la parole s'instaure dans un colloque singulier, la possibilité de partager avec des personnes ayant vécu des situations équivalentes place les patients sur un plan d'égalité ; inversement, le statut du thérapeute n'est jamais totalement clair, même s'il est souvent évoqué.

Alain CUGNO

Enfin, je comprends que la prévention de la récidive ne puisse être considérée comme l'horizon du soignant. Mais on peut même se demander si elle doit constituer l'objectif de la sanction pénale, auquel cas la seule solution serait alors l'enfermement. Notre époque joue dangereusement, de ce point de vue, avec le concept de dangerosité. Le même discours jugeant nécessaire de prendre des risques énonce, dans le même temps, le principe de tolérance zéro. La contradiction se résout en ceci que nous vivons dans un monde imaginaire, où le risque est toujours positif. La réalité est différente : une prise de risque implique la possibilité de ne pas être « gagnant » à tous les coups. Le concept de dangerosité, comparable au principe de précaution, consiste à anticiper constamment la version la plus catastrophique des faits. On ne peut raisonner de cette façon-là.

Patrick FASSEUR

S'agissant de la consommation de cannabis, par exemple, je peux chercher à éradiquer le phénomène. Mais je risque de rompre les liens qui me permettront de rester en contact avec l'ensemble d'une situation. C'est pourquoi je veille toujours à m'adresser à une personne, sans standardiser mes interventions : en ne m'adressant qu'à un symptôme, je risque d'ignorer la personne.

La salle

Quel sens pouvez-vous donner à la sollicitude qui vient du soin, au regard des politiques sanitaires publiques qui peuvent contraindre (par exemple l'obligation de vaccination) ou par rapport au corps médical (dans le cas de l'hospitalisation d'office) ?

Alain CUGNO

Je crois que la contrainte peut créer des conditions permettant à la sollicitude de s'exercer. Là prend tout son sens, à mes yeux, le rôle coercitif du politique. La norme primaire (ne pas franchir un feu rouge, par exemple) n'est, en principe, jamais rencontrée. Elle existe, cependant ; dès lors, l'exercice de la responsabilité politique consiste à déterminer la façon d'éviter de rencontrer la coercition. Or j'ai l'impression que l'on multiplie les normes primaires.

Echanges entre les participants

La salle

Le terme de consentement n'a pas été prononcé. Quelle place fait-on, à partir de cette notion, à la demande de soins et, inversement, au déni ?

Patrick FASSEUR

Le consentement n'implique pas l'effectivité du soin : il faudra passer par différents stades pour s'approprier le travail psychique qui permettra une évolution. Il est clair, qu'en prison, la question du consentement revêt une acuité particulière. Je considère pour ma part que la relation doit se créer dans un équilibre : le soigné et moi-même, le soignant, sommes obligés de nous rencontrer. Cela peut constituer un point de départ.

Alain CUGNO

Il me semble que le déni constitue une mesure de sauvegarde de la part de celui qui nie les faits : elle lui évite d'imploser. L'instruction criminelle, en France, est entièrement fondée sur l'obtention des aveux, au point que la remise en liberté soit parfois conditionnée par ceux-ci. L'affirmation d'une innocence peut alors être considérée comme un déni, avec pour conséquence un alourdissement de la peine. L'aveu ne peut être considéré comme un but.

La salle

Je partage tout à fait votre analyse selon laquelle, lorsqu'il crée une obligation de soins, le juge crée un espace de liberté où l'individu peut découvrir sa souffrance. Toutefois, cela suppose qu'il existe, de l'autre côté de la porte, une réelle sollicitude qui ne saurait être le bras armé de la justice.

LE MAGISTRAT ET LE JURISTE : DU BON USAGE DE LA CONTRAINTE

Karine GONNET

Magistrat attaché à l'Administration centrale - Ancien Juge de l'Application des Peines à Melun (Seine-et-Marne)

«Du bon usage de la contrainte» : tel est le sujet sur lequel il m'a été proposé d'intervenir. A son seul énoncé, on perçoit la difficulté d'avoir à concilier les deux notions qui le composent : le «bon usage» - compris comme l'emploi satisfaisant, qui remplit les qualités attendues - et la «contrainte» - définie comme une entrave à la liberté d'action, l'absence d'un consentement libre et éclairé.

Au demeurant, comment mesurer les résultats attendus, selon quels critères et pour quel bénéficiaire (la personne condamnée, la victime, la société civile ?). Au cœur de cette interrogation se trouve la question du sens de la peine.

Au-delà, ces interrogations posent la question même du sens de la peine. C'est en effet la notion de soins obligés dans le cadre d'une mesure judiciaire qui est au cœur de nos questionnements aujourd'hui. Nous verrons qu'une mesure de soins peut être prononcée à différents moments du processus judiciaire. Au préalable, je m'attacherai à tenter de définir cette notion de soins obligés.

I. La notion de soins pénalement obligés.

Marc Renneville définit les soins obligés ainsi : ce sont des « prescriptions à visée thérapeutique données à un sujet pris en charge par une institution ouverte ou fermée, lui ayant octroyé préalablement un statut temporaire ou définitif de déviant par la mise en évidence d'un écart aux normes qu'elle se donne ».

Chacun perçoit ce qu'est le soin contraint (hospitalisation ordonnée par une autorité administrative) et le soin librement consenti. Les soins pénalement obligés se situent dans cet entre-deux : la loi n'autorise pas le juge à ordonner une hospitalisation d'office ; il peut ordonner le respect d'une mesure de soins dans le cadre d'une mesure judiciaire, dont la carence pourra éventuellement entraîner la mise à exécution d'une peine d'emprisonnement sous le contrôle d'un juge de l'application des peines.

Les soins pénalement obligés mettent en relation le corps médical et le corps judiciaire, dont les champs disciplinaires et normatifs, ainsi que les pratiques professionnelles diffèrent. Le magistrat intervient dans un cadre judiciaire pour sanctionner un acte pénalement défini. Sa décision est ainsi subordonnée au respect des conditions fixées par la loi, et dont l'interprétation est nécessairement restrictive en matière pénale. A titre d'illustration, le vol se définit comme la soustraction frauduleuse d'un bien appartenant à autrui. La condamnation d'une personne ne peut être valablement prononcée que si l'ensemble de ces conditions est réuni. Ainsi, dans l'hypothèse où la soustraction ne serait pas frauduleuse, ou si la chose n'appartient pas à autrui, le prévenu sera relaxé.

L'intervention du soignant n'est, quant à elle, pas conditionnée par les actes du patient, mais par son état personnel. De fait, elle s'inscrit dans une logique d'assistance et non de répression.

À la lumière de ces éléments, la notion de soins obligés met en jeu plusieurs problématiques. En premier lieu, celle du consentement même : à quelles conditions peut-on considérer que le consentement aux soins a été donné ? La question du soin sous contrainte se pose aussi en termes déontologiques : quelle est la légitimité du médecin dont l'intervention est ordonnée par une décision judiciaire ? Quelles sont ses obligations et quel peut être le contenu du contrôle judiciaire ? On peut aussi s'interroger sur l'efficacité des dispositifs mis en place en termes de criminalité.

Plus généralement, ces questionnements témoignent de l'évolution de la notion de peine qui, au-delà de sa fonction rétributive, doit intégrer une fonction de réadaptation sociale au regard de laquelle l'obligation de soins doit prendre tout son sens.

II. Les possibilités offertes, dans le cadre judiciaire, de prononcer une obligation de soins.

Le code pénal de 1810 fondait le droit de punir sur la faculté de chacun à choisir entre le bien et le mal. La sanction était conçue comme devant « rééduquer » par la contrainte, le « bon sujet » étant avant tout un sujet obéissant : on obéit à la loi plus qu'on y adhère, l'objectif étant de contraindre plutôt que de servir.

Progressivement est née l'idée que l'on pouvait, en dehors de cette contrainte et sous couvert de réadaptation sociale, s'intéresser à ce qu'était l'individu et aux causes de son acte de délinquance. Depuis une cinquantaine d'années, le législateur a ainsi permis l'émergence de mesures alternatives aux poursuites pénales, à l'emprisonnement ferme ou d'aménagement de peine. Ces décisions, qui interviennent à différents stades du processus judiciaire, peuvent intégrer une mesure de soins.

Au stade pré-sententiel tout d'abord. Le Procureur de la République peut, dans le cadre d'une politique pénale définie, opter pour une mesure alternative aux poursuites pénales - c'est-à-dire le renvoi devant une juridiction ou la saisine d'un juge d'instruction - tel que le classement orientation, le rappel à la loi ou l'injonction thérapeutique. Par ailleurs, il peut proposer une peine dans le cadre de la composition pénale ou de la comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité. Chacune de ces mesures pourra comporter un volet relatif aux soins : orientation de l'auteur de l'infraction vers une structure sanitaire ou sociale, avertissement à l'usager sur les produits stupéfiants par une personne habilitée, stage de sensibilisation.

De manière identique, le Juge d'instruction peut proposer que la personne mise en examen soit placée sous contrôle judiciaire ou sous placement sous surveillance électronique, ces mesures pouvant être assorties d'une obligation de soins.

Au stade sententiel ensuite. La juridiction de jugement peut prononcer une sanction alternative à l'emprisonnement ferme.

Il s'agit en premier lieu de l'ajournement avec mise à l'épreuve : après s'être prononcé

sur la culpabilité d'une personne, le tribunal peut ajourner le prononcé de la peine à une audience ultérieure ; dans cet intervalle, la personne peut notamment être soumise au respect d'une obligation de soins. En second lieu, la juridiction peut prononcer une mesure de sursis avec mise à l'épreuve ou une mesure de sursis avec l'obligation d'effectuer un travail d'intérêt général : dans ces hypothèses, la peine d'emprisonnement prononcée est partiellement ou totalement assortie d'un sursis avec une mise à l'épreuve pouvant comporter le respect d'une obligation de soins ou l'accomplissement d'un travail d'intérêt général qui pourra prendre la forme d'un stage de sensibilisation par exemple.

La juridiction de jugement peut aussi prononcer une peine de suivi socio-judiciaire comportant une injonction de soins. Il importe de distinguer l'injonction de soins et l'obligation de soins, ces deux notions mettant en jeu des mécanismes différents. L'obligation de soins est mise en œuvre après une condamnation assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve. Le contrôle du respect d'un certain nombre d'obligations – dont celle qui se rapporte aux soins – est alors confié au Juge de l'application des peines. L'injonction de soins s'inscrit dans le cadre du suivi socio-judiciaire, mis en place par une loi de 1998 visant notamment à permettre le suivi de personnes condamnées à des infractions de nature sexuelle. Il s'est étendu, plus récemment, à différents types de violences. Il est à noter que dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, le retour de l'information médicale est organisé par la loi, à la différence de ce qui prévaut dans le cas de l'injonction de soins.

Le suivi socio-judiciaire fait intervenir une tierce personne dans la relation juge/personne condamnée : il s'agit du médecin coordonnateur. Celui-ci a pour but d'organiser la transmission de l'information entre le magistrat et le médecin traitant. Le juge d'application des peines reçoit la personne condamnée et désigne le médecin coordonnateur qui sera chargé de son suivi. C'est dans ce cadre que sera désigné le médecin traitant, le juge d'application des peines n'intervenant qu'en cas d'absence d'accord entre le médecin coordonnateur et la personne condamnée. Le médecin coordonnateur assurera la transmission d'informations judiciaires à l'attention du médecin traitant et d'informations médicales au Juge de l'application des peines.

Cette organisation tripartite permet, à mes yeux, d'éviter toutes les difficultés susceptibles d'apparaître dans la transmission de l'information, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve. Cette mesure ne fait pas intervenir de médecin coordonnateur dans la relation juge/personne condamnée. Le retour des informations relatives au suivi thérapeutique est alors organisé selon les situations : dans certains cas, le soignant accepte de communiquer avec le Juge de l'application des peines et il est préférable que cela intervienne avec l'accord de la personne suivie ; dans d'autres hypothèses, le soignant refuse toute communication au nom du respect du secret médical et il faut alors envisager de recourir à une expertise pour apprécier l'évolution de la personne suivie.

Au stade post-sententiel enfin. Il s'agit des mesures d'aménagement de peines telles que la libération conditionnelle, la semi-liberté, le placement extérieur et la placement sous

surveillance électronique. Pour chacune de ces mesures prononcées par le juge de l'application des peines ou le tribunal de l'application des peines, le respect d'une obligation de soins peut être ordonné.

III. Conclusion.

En toute hypothèse, la communication entre le soignant et le juge présuppose le respect des champs professionnels respectifs. Le juge n'a pas pour ambition de connaître ce qu'il se dit dans le secret d'une consultation. Il lui importe simplement de pouvoir apprécier si l'obligation de soins est investie ou non. A l'inverse, l'appréciation du respect de l'obligation de soins et des conséquences qu'il emporte ne relève pas des compétences du soignant, mais de la responsabilité du juge.

Au demeurant, toute mesure comportant le respect d'une obligation de soins (au sens commun du terme) vise aussi à la responsabilisation de la personne condamnée : le choix d'une mesure alternative à l'emprisonnement ferme a été fait par la juridiction, sous réserve que la personne condamnée respecte certaines obligations - dont celle relative à un suivi thérapeutique - avec l'espoir qu'elle y adhère. Toutefois, elle demeure libre, son choix emportant dès lors la mise à exécution de l'emprisonnement. Je veux croire que cette responsabilisation préfigure la possibilité d'une autonomie retrouvée pour la personne condamnée.

Echanges entre les participants

Patrick FOUILLAND

Un grand malentendu réside dans la transformation de l'obligation de soins en interdiction de boire : aucune vraie coopération ne peut voir le jour dans ce cadre.

Karine GONNET

Votre question soulève la problématique née de l'absence de langage commun entre le monde judiciaire et le monde médical. Une pratique souhaitable peut consister à organiser des rencontres entre les trois types d'intervenants concernés par ces sujets afin de discuter de nos champs professionnels, car nos résistances vis-à-vis des corps disciplinaires se nourrissent de nos ignorances. J'ai beaucoup appris de ces réunions. Je me souviens par exemple du cas d'une personne condamnée pour une conduite sous l'emprise d'un état alcoolique en récidive, qui comparait devant le Tribunal alors qu'elle faisait l'objet d'un sursis avec mise à l'épreuve. On aurait pu être tenté de demander le renvoi de cette personne en détention. Des soignants m'ont alors fait observer que le fait de boire ne signifiait pas que l'obligation de soins n'était pas respectée et que cette rechute avait un sens sur le plan thérapeutique.

LA LOI DE PRÉVENTION DE LA DÉLINQUANCE : ENCORE PLUS DE CONTRAINTES ?

Chantal FONTAINE

Magistrate, chargée de mission Justice à la Mission interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

I. Introduction

Lorsqu'elle est bien comprise, la fonction de magistrat est une fonction sociale. J'assumais pleinement mes responsabilités de magistrat répressif lorsque j'exerçais en juridiction, cela dit exercer une fonction sociale suppose de s'adresser avant tout à la personne. Tel est le principe qui nous rejoint, même si nos approches divergent. La MILDT s'intéresse particulièrement, notamment dans le cadre des CDO (Conventions départementales d'objectifs), à la question de la communication entre les intervenants de la santé et ceux de la justice. Si les conventions départementales d'objectifs ont contribué à créer du lien, elles restent insuffisantes. Un groupe de travail sera mis en place le lundi 26 mars et sa première séance portera sur l'opportunité de mise en place d'une formation commune des acteurs du soin et de la justice.

Il existe une obligation de soins qui s'inscrit dans un cadre juridique distinct des deux modalités qui ont déjà été évoquées dans ce colloque (soit l'injonction thérapeutique et le sursis avec mise à l'épreuve) : le contrôle judiciaire. Celui-ci constitue l'équivalent du «contrat» passé dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, à ceci près que la sanction ne sera pas, en cas de non respect, l'exécution d'une peine d'emprisonnement mais la mise en détention provisoire. Les contrôleurs judiciaires sont des membres d'associations de travailleurs socio-judiciaires, qui jouent un rôle similaire à celui des contrôleurs socio-judiciaires du SPIP à ceci près qu'ils interviennent avant la sentence, avec une fonction de contrôle mais aussi une fonction d'assistance et d'accompagnement des personnes. La MILDT va d'ailleurs mener un travail sur le rôle des travailleurs socio-judiciaires, en pré-sentenciel ou en post-sentenciel, pour renforcer les liens entre justice et santé.

II. La loi de prévention de la délinquance

I. De nouvelles contraintes mais aussi de nouvelles possibilités d'accès aux soins

Il est indéniable que la loi de prévention de la délinquance, adoptée le 5 mars dernier, crée des contraintes supplémentaires. Elle peut cependant aussi constituer le vecteur de nouvelles opportunités de soins. Son chapitre 6 regroupe des «dispositions tendant à prévenir la toxicomanie et certaines pratiques addictives». Ces dispositions nouvelles vont à la fois dans le sens de la sanction et dans celui du soin.

**CERTAINES DISPOSITIONS APPARAISSENT PLUS RÉPRESSIVES
QUE PRÉVENTIVES ...**

- En raison de la gravité des conséquences que peuvent engendrer les abus dans ce secteur, la loi instaure des contrôles judiciaires préventifs dans les entreprises de transport.

- D'autres infractions de droit commun sont aggravées lorsqu'elles sont commises «sous l'empire manifeste de stupéfiants ou d'alcool».

- Le législateur, enfin, a souhaité améliorer l'effectivité de la réponse judiciaire à l'égard des usagers de stupéfiants : la notion de «réponse judiciaire» a en effet récemment évolué pour intégrer, outre le classement sans suite et les poursuites, la « troisième voie », c'est-à-dire les alternatives aux poursuites. Et dans ce cadre la loi nouvelle permet donc par exemple de recourir à la procédure rapide de l'ordonnance pénale pour sanctionner l'usage simple de stupéfiants. Il pourra également être fait recours à la procédure de composition pénale (créée par le législateur au cours des dix dernières années) vis-à-vis des prévenus mineurs âgés d'au moins 13 ans.

... MAIS D'AUTRES DISPOSITIONS SONT MANIFESTEMENT A VISÉE SANITAIRE :

- La loi crée un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage des stupéfiants, qui vient compléter la panoplie des mesures alternatives ou des peines complémentaires pouvant être prononcées par les magistrats.

- Le nouveau texte réorganise aussi le système de soins créé par la loi du 31 décembre 1970, en instituant un dispositif de médecin relais destiné à servir d'interface entre les professionnels de santé d'une part, l'autorité judiciaire d'autre part.

- Enfin, il étend le bénéfice de ce dispositif, dans le cadre de l'injonction thérapeutique, aux personnes abusant manifestement de l'alcool.

2. Les dispositions qui tendent au renforcement des sanctions pénales

Les articles 48 et 54 de la loi de prévention de la délinquance instituent des circonstances aggravantes dans quatre séries d'hypothèses :

- les provocations à l'usage de stupéfiants ;
- les violences physiques (viols, agressions sexuelles et atteintes sexuelles), lorsqu'elles sont commises sous l'emprise manifeste de l'alcool ou de stupéfiants ;
- l'usage de stupéfiants, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, par des personnes dépositaires de l'autorité publique (policiers...) ou chargées d'une mission de service public (enseignants...) ;
- le cas des personnes appartenant à une entreprise de transport terrestre, maritime ou aérien de voyageurs ou de marchandises exerçant des fonctions mettant en cause la sécurité du transport et faisant usage de drogue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

A titre d'exemple, en modifiant les articles L 3421-1 et L. 3421-4 du Code de la Santé publique, l'article 48 aggrave la répression de l'usage de stupéfiants par les personnes dépositaires de l'autorité publique ou exerçant une mission de service public. Celles-ci encourent désormais cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende si elles consomment des stupéfiants dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Si cette peine est sévère, il convient de rappeler :

- que le fait d'édicter, pour une infraction donnée, une peine d'emprisonnement dans l'absolu très lourde n'est pas propre au droit des stupéfiants (exemple : le vol à l'étalage est théoriquement puni de 3 ans d'emprisonnement) mais que le juge dispose, à la faveur de la constatation de circonstances atténuantes, de la possibilité de prononcer des peines sensiblement inférieures à la peine maximale prévue ;

- qu'en outre, les fonctionnaires ont un devoir d'exemplarité : on peut, dès lors, considérer qu'un fonctionnaire qui ferait ostensiblement usage de stupéfiants dans le cadre de l'exercice de ses fonctions se rendrait coupable d'une provocation à l'usage de stupéfiants, laquelle est punie de cinq ans d'emprisonnement également.

L'article 54 aggrave, quant à lui la répression de diverses atteintes aux personnes (violences, viols, agressions sexuelles et atteintes sexuelles sur mineurs de 15 ans), lorsqu'elles sont commises en état d'ivresse ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants.

Si les Tribunaux reconnaissent déjà de telles circonstances comme aggravantes, l'aggravation légale autorisera le jugement de tels actes par un Tribunal correctionnel et non plus par le simple Tribunal de police. De plus, la mention, sur le casier judiciaire, de telles circonstances aggravantes faciliteront la traçabilité d'un parcours addictif, ce qui n'est pas sans importance, notamment dans une logique de soins.

3. Les dispositions visant à systématiser et diversifier la réponse pénale en matière d'usage de stupéfiants :

La loi étend au délit d'usage simple de stupéfiants le recours à la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale. Celle-ci n'était applicable, jusqu'à présent, qu'en matière de sécurité routière. Il s'agit d'une procédure rapide, permettant de confier à un magistrat du Siège, sur demande du Parquet, le pouvoir de décider, sans débat contradictoire, de la sanction à appliquer au mis en cause. Aucune peine d'emprisonnement n'est possible et une fois l'amende notifiée, la décision est possible de recours. Cette disposition évite de prononcer une peine d'emprisonnement pour un usage simple. Le recours à la procédure d'ordonnance pénale permettra aussi d'accélérer la réponse judiciaire. Le Parquet conservera cependant toute latitude d'ordonner une injonction thérapeutique pour l'usager réellement dépendant ou de recourir aux poursuites classiques en cas d'usage aggravé ou réitéré.

La composition pénale ne constitue pas une innovation. Il s'agit d'une mesure applicable aux infractions punies d'une peine ne dépassant pas cinq ans d'emprisonnement. Elle consiste, pour le Procureur, tant que les poursuites n'ont pas été engagées à l'encontre d'un mis en cause qui reconnaît les faits, à lui proposer plusieurs mesures astreignantes (verser une amende, réparer les dommages, suivre un stage, etc.). L'une des nouveautés de la loi de prévention de la délinquance tient à la possibilité d'appliquer cette mesure aux mineurs âgés d'au moins 13 ans, dès lors qu'elle apparaîtra adaptée à la personnalité des intéressés et que l'accord du mineur et de ses représentants légaux aura été recueilli en présence d'un avocat.

Les articles 48 et 53 élargissent le registre des peines complémentaires ou des alternatives

aux poursuites à l'usage simple ou aggravé de stupéfiants, à la provocation simple ou aggravée à l'usage ou au trafic de stupéfiants, aux infractions communément qualifiées de trafic et enfin à diverses infractions routières (conduite après usage de stupéfiants, mise en danger délibérée de la vie d'autrui...). Dorénavant, les stages de sensibilisation et les autres alternatives aux poursuites font partie des mesures pouvant être proposées dans le cadre de la composition pénale.

4. Les dispositions renforçant le dispositif de l'injonction thérapeutique

Les articles 47 et 49 du texte créent le dispositif des médecins-relais, qui sont chargés de procéder à l'examen des personnes soumises à l'injonction et de contrôler la mise en œuvre effective de celle-ci. Le médecin-relais fait connaître à l'autorité judiciaire son avis motivé sur l'opportunité médicale de l'injonction thérapeutique. Il lui signale notamment s'il estime qu'une prise en charge n'est pas adaptée. Si l'examen médical confirme un état de dépendance physique ou psychique du mis en cause, le médecin-relais invite l'intéressé à se rendre dans un CSST ou chez un médecin de son choix, afin de suivre un traitement ou de faire l'objet d'une surveillance médicale adaptée. Dès la mise en place de la mesure, l'intéressé adresse au médecin-relais un certificat médical indiquant la date de début des soins, leur durée probable et les coordonnées du médecin ou du centre spécialisé qui l'a pris en charge. Le médecin-relais est chargé de la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique, d'en proposer les modalités et d'en contrôler le suivi sur le plan sanitaire. Il informe l'autorité judiciaire de l'évolution de la situation médicale de l'intéressé et de tout incident dans son suivi. Ces dispositions sont incluses dans le Code de la santé publique, sous la rubrique «injonction thérapeutique». Les modalités de désignation du médecin-traitant doivent être définies par un décret d'application, qui n'est pas encore paru.

Le nouveau texte étend les possibilités de recours au dispositif des médecins-relais car il étend les recours à l'injonction thérapeutique, à divers stades de la procédure pénale. Par le biais de renvois d'un texte à l'autre, le projet fusionne plus ou moins les statuts juridiques de l'injonction thérapeutique et de l'obligation de soins, en regroupant dans certains cas, sous le terme d'injonction thérapeutique, les mesures pré ou post-sentencielles que constituent l'injonction thérapeutique stricto sensu et les obligations de soins pouvant, à titre de mesure de sûreté, être ordonnées par le magistrat du Siège dans le cadre d'une peine d'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve (ou dans le cas d'une composition pénale). Par ailleurs, l'injonction thérapeutique est désormais ouverte à certains délinquants faisant une consommation «habituelle et excessive de boissons alcooliques».

III. Conclusion

Le principe consistant à offrir aux auteurs d'infractions liées à l'alcool, à divers stades de la procédure, la possibilité de bénéficier d'une prise en charge médicale renforcée paraît tout à fait intéressant. Elle a cependant pu susciter des interrogations quant à sa faisabilité, en termes de coût et de démographie médicale.

Echanges entre les participants

Patrick FOUILLAND

Nous rappelons qu'il est hors de question de cumuler, sur un même territoire, les fonctions d'expert et de soignant. Les médecins-relais devront disposer au moins de connaissances toxicologiques. Nous sommes donc là face à ce qui ressemble fort à une impasse, dans le cadre d'une loi très politique dont l'application dépend largement de textes à paraître.

Alain CUGNO

Je me demande si l'on ne constate pas un glissement du droit assez comparable à ce qui a été évoqué à propos de la notion de dangerosité. La vérité judiciaire a force de loi mais, comme cela a été rappelé, l'individu condamné peut ne pas être d'accord. Je me demande si ces principes ne sont pas en train de se déliter. J'en veux pour preuve la disparition de la notion d'évasion non punissable. Les mesures d'obligation qui ont été évoquées me semblent aller dans ce sens d'une présupposition de l'approbation, par la personne condamnée, de la peine qui est prononcée.

Karine GONNET

Je précise que la décision judiciaire a force de jurisprudence et non force de loi, en vertu d'un principe fondamental tiré de séparation des pouvoirs. La décision judiciaire constitue l'application d'un texte de loi à un cas d'espèce. Il importe ici de préciser qu'elle ne constitue pas la vérité, mais une appréciation des faits au regard de la loi par un tribunal. C'est à ce titre que toute condamnation doit être contestée et ainsi faire l'objet d'un recours judiciaire donnant lieu à une nouvelle appréciation de la situation par une autre juridiction.

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE « OFFRE DE SOINS EN ALCOOLOGIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES DE FRANCE »

Philippe MICHAUD

Médecin addictologue (Gennevilliers, Hauts-de-Seine)

I. Principes et méthode

Dans le cadre de l'Association pour la prévention et l'étude des conduites d'alcoolisations des populations pénales, APECAPP (qui a fusionné en 2002 avec la F3A pour donner naissance à ce qui est devenu la commission «Santé-Justice» de la Fédération) avait été conduite en 1994-95 une étude sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les entrants dans les maisons d'arrêt. Il était apparu que 18 % des hommes et environ 10 % des femmes étaient physiquement dépendants de l'alcool. En regroupant dans une même catégorie les personnes dépendantes, celles ayant des pathologies liées à l'alcool et celles ayant des consommations très élevées d'alcool, on aboutissait à une prévalence de 23 % des problèmes d'alcool chez les hommes. Ce chiffre atteignait même 40 %, pour les hommes, en ajoutant à cette catégorie les personnes condamnées pour conduite en état d'alcoolisation et celles présentant une consommation à risque.

L'étude «offre de soins en alcoologie dans les établissements pénitentiaires de France» conduite par Agnès Dumas et moi-même en 2003-2004 a pour objet de mesurer l'offre de soins, en fournissant une description détaillée des interventions alcoologiques présentes dans les établissements pénitentiaires (à l'exclusion des centres de semi-liberté). Ses résultats peuvent être comparés à ceux d'une enquête menée en 1993 dans le cadre de l'APECAPP, étude qui avait mis en évidence une grande carence de l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

L'un des objectifs de l'enquête présentée aujourd'hui consistait à recueillir des données auprès de tous les établissements, ce qui explique la méthode d'investigation retenue : l'utilisation du téléphone. Deux interlocuteurs successifs ont à chaque fois été sollicités : le responsable du service médical de l'établissement et la personne la plus qualifiée pour répondre, selon le premier interlocuteur (généralement le responsable de l'intervention alcoologique). Les enquêtrices étaient Agnès Dumas et une autre sociologue. Nous avons cherché à décrire quatre types d'interventions en croisant deux critères :

- les interventions menées par des intervenants bénévoles et celles menées par des intervenants salariés ;
- les interventions visant un individu et celles visant un groupe.

II. Principaux résultats

266 interventions alcoologiques, réparties dans 155 établissements, ont été identifiées, ce qui montre l'absence totale d'intervention dans 30 établissements (soit environ 16 % du total).

Seuls six établissements (3 % du total) offrent les quatre types d'interventions.

Les interventions les plus fréquentes sont des interventions individuelles menées par un professionnel, présentes dans 60 % des établissements, devant les interventions groupales professionnelles (31 % des établissements) puis les réunions d'associations d'entraide (25 %), notamment les Alcooliques Anonymes et Vie libre. Le plus souvent, l'intervention individuelle professionnelle a lieu selon un rythme hebdomadaire mais dans 30 % des cas, la périodicité est inférieure.

En 2003, 4 000 détenus environ ont été vus dans le cadre d'une intervention individuelle, sur un total de 15 500 détenus entrés en prison, la même année, avec un problème d'alcool. En moyenne, ces détenus ont été rencontrés à deux reprises au cours de l'incarcération. Dans 70 % des établissements, moins de 50 détenus étaient vus en une année et 49% des répondants ont indiqué que dans leur établissement d'intervention l'offre n'était pas à la hauteur de la demande.

257 intervenants professionnels ont été recensés soit 1,39 intervenants par prison française en moyenne. Cependant, le temps de travail par établissement était au maximum de 136 heures par mois (réparties entre plusieurs intervenants). La somme du temps de travail de tous les intervenants représente 13 ETP (équivalent temps plein) sur le territoire national, ce qui porte à 3 minutes la durée hebdomadaire moyenne d'intervention pour chaque personne alcoolodépendante incarcérée en France.

Dans 71 % des établissements, même si des professionnels interviennent régulièrement, il n'existe pas de référent «alcool» identifié. Dans 58 % des établissements, aucun protocole de sevrage n'a été établi et, pour avoir visité un certain nombre d'établissements, j'estime qu'il existe des raisons de penser que certains sevrages se produisent «à la dure» au moment de l'incarcération. On s'aperçoit que la préparation à la sortie consiste essentiellement à fournir des adresses de centres de soins ou de cure ambulatoire accueillant des personnes sortant de prison. Par ailleurs, 38 % des établissements déclaraient accueillir une intervention sur le tabagisme et 82 % d'entre eux proposent des substituts nicotiques (essentiellement des patches).

La comparaison des résultats de l'étude de 2004 et des données recueillies lors de l'étude qui avait été menée en 1993 met en évidence une extension assez importante du nombre d'établissements recevant des interventions (155 contre 112 en 1993). Le nombre d'intervenants professionnels a été quasiment multiplié par deux (257 contre 133 en 1993). Le nombre moyen par établissement de détenus reçus pour une intervention individuelle est passé de 28 à 53. Parallèlement, le nombre moyen d'actes effectués chaque année est quasiment resté identique (146 en 2004 contre 130 en 1993). On peut en déduire qu'une modification du modèle de prise en charge est intervenu entretemps, au bénéfice d'une prise en charge plus extensive consistant à voir un plus grand nombre de détenus, quitte à les rencontrer moins longtemps et moins souvent.

III. Conclusion

L'étude met en lumière une profonde transformation de l'offre de soins entre 1993 et 2004, que l'on peut résumer par un vocable : celui de professionnalisation. En 1993, la plupart des interventions est menée par des bénévoles, issus par exemple des associations d'anciens buveurs. En 2004, une majeure partie des interventions est conduite par des professionnels, provenant notamment de dispositifs ambulatoires spécialisés.

Si le nombre d'interventions est en hausse incontestable, l'offre demeure très inférieure aux besoins de soins, puisqu'un détenu alcoolodépendant n'a qu'une chance sur quatre environ de rencontrer un alcoologue. Enfin, l'intervention émane le plus souvent encore d'un intervenant isolé, dont la place est mal établie dans le fonctionnement de la prison.

L'objectif d'une intervention par établissement n'est plus hors de portée. Il semble néanmoins légitime de permettre à tout alcoolodépendant incarcéré de pouvoir faire le point sur sa situation vis-à-vis de l'alcool pendant son incarcération. L'atteinte d'un tel objectif supposerait de multiplier par cinq le temps de travail des intervenants.

Echanges entre les participants

Patrick FOUILLAND

Un tel objectif semble légitime. Il serait également souhaitable qu'aucun passage en établissement public hospitalier ne soit effectué sans que la personne prise en charge ne soit invitée à parler de sa relation avec l'alcool, même si elle n'est pas identifiée comme alcoolodépendante.

La salle

Je pense que l'amélioration de la prise en charge des personnes alcoolodépendantes en prison ne relève pas uniquement d'une question de moyens : la motivation des équipes, la formation continue et la mise en œuvre de logiques de service me semblent tout aussi importantes.

Par ailleurs, si l'incarcération est toujours pénible pour les détenus, sans doute s'agit-il du seul moment pendant lequel la contrainte de l'alcool ne pèse plus. On peut donc considérer qu'il s'agit d'un moment propice pour engager un travail ayant pour objectif le sevrage alcoolique.

Philippe MICHAUD

Je ne peux qu'aller dans le même sens : les rencontres que nous effectuons s'avèrent très productives, en termes de changement de comportement.

La salle

Y aurait-il un moyen de susciter les mêmes débats dans l'ensemble des services en milieu ouvert, tant pour alimenter des échanges dans le système tripartite évoqué ce matin qu'en raison de la part très élevée (75 %) des personnes ayant un problème d'alcool qui s'y trouvent ?

Echanges entre les participants

Philippe MICHAUD

Je ne saurais trop vous engager à vous rapprocher du SPIP de Nanterre, avec lequel une collaboration ancienne s'est établie. Elle montre que l'on peut aller très loin dans la congruence entre la perspective de l'intervention judiciaire et celle du soin, sans confusion des rôles. Plusieurs projets écrits ont été élaborés en ce sens mais nous n'avons pas, jusqu'à présent, pu obtenir les crédits pour les mettre en œuvre. L'intérêt d'un travail en milieu ouvert résiderait notamment dans la possibilité d'écarter l'idée selon laquelle le statut de détenu offrirait un cadre préférentiel pour la délivrance de soins.

Plus largement, il existe tant de malades en prisons que la priorité consisterait, à mes yeux, à mettre en place des interventions individuelles en nombre suffisamment important pour qu'ait lieu au moins une rencontre (et si possible trois) pendant la durée de la détention.

PRÉSENTATION DU GROUPE D'ÉCHANGE ET DE RÉFLEXIONS SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE LA F3A

Dominique FOULADOUX

Médecin à l'ANPAA 33

Comme cela a déjà été indiqué, le groupe d'échange et de réflexions sur les pratiques professionnelles de la F3A est né de la fusion de l'APECAPP dans la F3A. L'APECAPP, créée en 1991, avait pour objectifs de faire émerger les constats mis en évidence par les cliniciens dans les lieux de détention et à évaluer les besoins de soins, de façon à peser sur les politiques de santé publique. De nombreux travaux ont été menés au cours des dix années d'existence de l'APECAPP, sur le repérage des alcoolo-dépendances ou encore l'offre de soins en alcoologie.

La commission Santé-Justice de la F3A a prolongé les travaux de l'APECAPP et a décidé de poursuivre cette réflexion sur l'accueil des publics sous main de justice, qu'ils relèvent d'une obligation de soins ou non. Le second objectif de cette commission consistait à renforcer les relations entre les professionnels intervenant en milieu pénitentiaire (UCSA, SMPR, SPIP, associations de visiteurs de prison...).

Brigitte MAGGIA

Psychologue clinicienne à l'ANPAA 30

Le groupe est composé de quinze professionnels de terrain (infirmiers, travailleurs sociaux, médecins et psychologues) qui se sont rencontrés au cours de quatre journées afin de réfléchir sur leurs pratiques auprès des personnes rencontrées en milieu carcéral et dans le cadre de l'obligation de soins.

Le groupe avait pour objectif de réfléchir au cadre dans lequel les interventions « Santé-Justice » ont lieu, pour instituer les contraintes et les obligations des acteurs, définir des objectifs partagés et approfondir les attentes en termes de coopération. Il s'agissait aussi d'être force de proposition nationale, vis-à-vis des institutions de santé, judiciaires et pénales, par l'intermédiaire de la F3A.

Il ressort de l'état des lieux qui a été dressé un manque de temps, de moyens, de liens et de reconnaissance. Il est indispensable de préserver des espaces de parole pour les personnes que l'on rencontre et de les développer.

Tous les participants du groupe interviennent en milieu carcéral volontairement. Ils opèrent généralement au sein des UCSA et des SMPR mais il existe une grande disparité dans les espaces attribués, allant d'un bureau fixe repéré à des lieux non identifiés comme des lieux de soins (parloirs...).

Les offres de soins et d'accompagnement sont diverses (consultations individuelles ou de groupe). Elles sont centrées sur l'information, l'évaluation, le soutien, le travail personnel, toujours en vue de la sortie. Travailler en prison suppose aussi de tenir compte

de moments inattendus (transferts, sorties...) qui viennent rompre une relation thérapeutique difficile à tisser. Une autre difficulté est liée à la nécessité de répondre à des demandes toujours plus nombreuses de justificatifs de rencontres, d'attestations et à l'exercice de pressions de plus en plus grandes de la part de la justice et des avocats.

Dominique FOULADOUX

Des interrogations sont apparues sur les éléments que les soignants peuvent communiquer à la justice. Comme cela a été rappelé, l'obligation de soins n'est ni une obligation de résultat ni une interdiction de boire. La durée du suivi ne peut être prescrite par la justice et elle diffère de la durée de l'obligation de soins. Ces contraintes ont en tout cas pour intérêt de permettre une rencontre entre le soignant et le patient, de façon à établir une prise en charge pertinente pour chaque personne.

Le travail du groupe d'échange a eu des effets, y compris en termes de modification des pratiques au sein de certaines équipes. L'obligation de soins a été envisagée comme une opportunité pour la personne : elle lui permet de s'approprier un désir de changement, même si l'entrée se fait généralement sous diverses pressions (famille, employeur...).

Le groupe souhaite proposer à d'autres équipes de poursuivre ces échanges, notamment en vue de la définition d'un cadre susceptible d'être validé par la F3A, dont les équipes pourraient ensuite se saisir. Il s'agira aussi de favoriser les échanges avec les partenaires (SPIP, justice...) et d'apporter des regards extérieurs (par exemple le point de vue de la philosophie) afin de mettre en perspective les enjeux des relations entre santé et justice.

LE MÉDECIN INTERFACE : ENTRE JUSTICE ET SOIN

Jacques YGUEL

Praticien hospitalier, addictologue, chef de service, coordinateur de recherche au centre hospitalier d'Avesnes/Helpes (59)

I. Historique

Praticien hospitalier, responsable d'un service d'addictologie, j'ai été conduit à coordonner le dispositif du médecin interface, lancé en 1999 ; le Dr Cypriani en était l'actrice. Le Procureur du Tribunal de Grande Instance d'Avesnes-sur-Helpes nous avait d'abord alertés sur les difficultés posées par la loi de 1998 en matière de suivi socio-judiciaire. Parallèlement se posaient le problème récurrent des certificats médicaux et de leur contenu, en terme de secret médical. Enfin, il existait la volonté, de la part des différents acteurs, de faire avancer les choses.

Des rencontres ont ainsi eu lieu pendant deux ans entre le dispositif sanitaire et le dispositif judiciaire. Dans un premier temps, une conférence locale «Santé-Justice» a été mise en place, autour de rencontres régulières entre acteurs judiciaires et sanitaires, en vue de former les acteurs de la justice à l'alcoologie. Un protocole d'accueil des victimes d'agressions sexuelles a également été mis en place, à travers un entretien filmé dans des locaux sanitaires, afin d'éviter des répétitions devant différentes instances (police, assistante sociale, médecin...) toujours douloureuses pour la victime. Enfin a été créé le dispositif expérimental du médecin interface, mis en place dans le cadre des infractions liées à l'alcool dans l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpes (59).

II. Principes et objectifs

Pour la justice, l'objectif consistait à faire diminuer le nombre de délits liés à l'alcool, notamment par la diminution de la récidive, implicitement il s'agissait aussi de diminuer les obligations de soins. Pour le justiciable ou le condamné, deux objectifs étaient poursuivis : la prise de conscience de sa relation à l'alcool, d'une part ; la mise à disposition de moyens susceptibles de favoriser un changement, d'autre part. Après la préparation du protocole en 2000 et 2001, les inclusions ont commencé en juin 2002. Les médecins intervenants dans le dispositif n'ont pas varié au fil des années de son fonctionnement. En revanche, trois Procureurs, trois Juges d'Application des Peines et trois directeurs de SPIP se sont succédés.

Le dispositif est mis en œuvre à compter de la prononciation d'une peine assortie d'une obligation de soins, avec mise en évidence, lors du constat : d'une alcoolémie égale à au moins 0,80 g/l de sang ou d'un délit où l'alcoolisation est avérée par les forces de l'ordre. Dans une deuxième étape intervient la réquisition, par le Juge d'Application des Peines, du «médecin interface» et la saisie, par le JAP, du Service pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP). Le référent SPIP demande alors au condamné de prendre rendez-vous avec le médecin interface (alcoologue de profession), qui lui remet un pli cacheté contenant une demande d'analyse de sang.

La rencontre avec le médecin interface doit notamment permettre de définir, pour le condamné, le type de consommateur et de prise en charge préconisée pour répondre aux questions du Juge d'Application des Peines. Une contractualisation est alors proposée au condamné, prévoyant des modalités de prise en charge et le choix d'un médecin «traitant» chargé de mettre en œuvre les soins.

Le médecin peut alors accepter ou refuser la prise en charge du condamné ; dans 91% des cas, les médecins préconisés (qui étaient tous, ou presque, des médecins alcoologues hospitaliers) ont accepté la prise en charge.

Le médecin Interface devait réaliser, avec le condamné, un bilan semestriel. Les informations transmises au référent SPIP devaient porter sur le respect des soins préconisés, le processus de changement engagé par le condamné et l'opportunité d'une poursuite de l'obligation de soins.

L'évaluation du dispositif visait à :

- apprécier son fonctionnement ;
- mesurer la cohérence de son appréciation par les différents acteurs ;
- apprécier son efficacité pour la société ;
- mesurer son intérêt du point de vue du condamné.

III. Principaux résultats

Le groupe témoin regroupait 91 patients, 89 personnes dans le groupe médecin interface. 72 % des justiciables avaient déjà un casier judiciaire lié à une infraction liée à l'alcool. Les conduites en état d'ivresse, aggravées ou pas, représentaient 51 % des infractions commises. 24% pour violence, 6% pour vol et 5% pour outrage, autant pour agression sexuelle et idem pour dégradation

Dans 42 % des cas, le délai écoulé entre la condamnation et le premier rendez-vous était supérieur à douze mois. Dans 82 % des cas, le condamné a apporté son bilan sanguin et dans 55 % des cas, celui-ci n'était pas perturbé. Dans le cas des bilans perturbés, une augmentation des Gamma GT et du VGM n'a été constatée que dans 29 % des cas !

Nous nous sommes aussi rendu compte que 90% des condamnés étaient des buveurs dépendants, ce qui constitue un taux particulièrement élevé. 62 % n'avait jamais eu de suivi alcoologique.

Un suivi médical a été proposé à tous les condamnés. Le pourcentage de respect de la démarche par les condamnés avoisine 75 %, ce qui constitue un taux conforme aux constats habituels des praticiens, avec 3 consultations spécialisées entre chaque rendez vous avec le Médecin Interface, rencontrant le condamné 3 fois sur une durée de un an (en moyenne pour l'ensemble de ces chiffres). L'on note également une baisse de la consommation déclarée d'alcool hebdomadaire des 2/3 entre le 1er et le 3ème entretien (22 à 8 consommations standards/semaine). L'appréciation, par le médecin interface, de l'attitude du condamné, fut positive dans 53,5 % des cas lors du premier entretien ; ce taux atteint 88,5 % lors du dernier entretien.

La comparaison de l'attitude des condamnés dans les deux groupes met en évidence une appréciation un peu plus faible de l'adhésion des condamnés dans le groupe suivi par le médecin interface (62,5 %, contre 78,4 % pour le groupe témoin, lors du premier entretien).

Dans 75 % des cas, le condamné a considéré que la démarche était positive. Ce taux atteint 88 % lorsque la question est posée au médecin interface, ce qui ne peut surprendre compte tenu de son implication dans le dispositif. On constate une convergence globale des appréciations portées par les différents partenaires : l'appréciation portée n'était sensiblement différente que pour 14 % des condamnés.

Cependant il convient aussi de préciser que le taux de récidive (mesuré par le document B1, pour différents délits liés à l'alcool), après deux ans, atteint 22,2 % dans le groupe « médecin interface », contre 9,4 % pour le groupe témoin. On constate enfin que 91 % des récidivistes post-condamnation avaient un casier judiciaire antérieur (89 % dans le groupe Médecin Interface et 100 % chez les témoins).

IV. Conclusion

Le dispositif a permis de clarifier la place et le rôle de chacun des intervenants tout en créant des habitudes de collaboration. Il a permis d'améliorer leur efficacité et leur lisibilité pour les intervenants, avec des acquis encore perceptibles trois ans après la fin des inclusions. On peut aussi relever l'absence d'intérêt des bilans biologiques dans ce type de prise en charge. Plus généralement, sans doute le ciblage plus précis de différents types de délits permettrait-il d'affiner la démarche. Par contre la mise en place d'un tel dispositif n'a pas d'impact au plan judiciaire (plus de récidive et quasiment aucun arrêt d'obligation de soin) – quel intérêt dès lors du médecin relais préconisé dans le plan addiction ? Le bénéfice est donc pour le justiciable qui diminue sa consommation et s'implique dans un processus de changement, du moins pendant la durée du sursis mise à l'épreuve - faudrait-il donc les prolonger ? Il y a également un bénéfice pour le médecin traitant qui est déchargé de toutes ces interrogations sur le secret médical et le sens donné aux certificats délivrés.

Echanges entre les participants

La salle

Je ne peux laisser dire que la biologie ne sert à rien. Celle dont vous avez parlé ne sert peut-être pas à grand-chose. Cependant, il existe des tests beaucoup plus spécifiques. Les Carbohydate Deficient Transferring, par exemple, sont instructifs quant à la pratique récente en termes de consommation. Ensuite, des croisements doivent aussi être effectués avec des tests d'évaluation.

Par ailleurs, chacun sait qu'il existe une forte co-morbidité avec la psychiatrie et avec d'autres consommations. Il serait donc intéressant de savoir si la part des patients relevant de la psychiatrie était plus élevée parmi les récidivistes.

Jacques YGUEL

Les délinquants sexuels étaient également suivis en psychiatrie. Pour les autres, aucune co-morbidité suffisante n'a été repérée pour orienter le condamné vers le dispositif psychiatrique.

La salle

Je rejoins votre analyse quant à l'absence d'intérêt de la biologie, car nous n'intervenons pas dans une logique de contrôle. C'est pourquoi les CDT n'ont pas d'intérêt à mes yeux.

La salle

Il existe un médecin coordinateur qui donne à voir un investissement de la part du patient. Est-il affranchi du secret professionnel ?

Jacques YGUEL

Tout à fait. Nous avons envoyé le protocole au Conseil de l'Ordre et à la CNIL (Commission nationale Informatique et Liberté). Nous avons donc respecté toutes les obligations de ce point de vue.

Patrick FOUILLAND

Il existe à mes yeux une incompatibilité entre la fonction de thérapeute et celle d'expert pour la justice. Cela signifie que le médecin interface ne pouvait assurer de fonction thérapeutique, au moins sur un territoire donné. Ceci a-t-il bien été précisé ?

Jacques YGUEL

Bien évidemment. D'ailleurs, en l'occurrence, le médecin interface a par la suite exercé en gériatrie et n'a pas assuré de suivi du dispositif.

LE STAFF D'ADDICTOLOGIE

Romain LEMARECHAL

Psychologue, ANPAA 14

Travailler en maison d'arrêt suppose de composer avec différents types de contraintes : un temps d'incarcération court (trois à quatre mois), un arrêt du suivi à l'extérieur et une substitution (légale ou non) ou un sevrage de fait. Nous avons décidé de centrer nos actions sur la personne, afin de lui proposer de mettre à profit l'incarcération pour amorcer un changement. Il s'agissait aussi d'établir une articulation avec l'extérieur afin de lui permettre de poursuivre ce travail.

Compte tenu des spécificités des deux intervenants de la démarche, notamment en terme de rattachements institutionnels, il était permis de se demander si celle-ci relevait de la prévention ou du soin. Nous proposons de l'envisager comme un continuum, c'est-à-dire comme une « prévention avancée » ou comme une approche « pré-thérapeutique », liée à un objectif de prévention de la récidive et à une obligation de prévention de la rechute. Notre objectif consistait à favoriser un changement, pour lequel plusieurs étapes ont été distinguées :

- la « pré-intention » (absence de prise de conscience, déni) ;
- l'intention (prise de conscience) ;
- la préparation (avec prise de décision et définition d'un plan d'action) ;
- l'action (consistant à se diriger vers un changement de vie) ;
- le maintien ;
- l'accomplissement.

On peut considérer qu'il existe un continuum entre la prévention et le soin dès lors que la personne adhère, s'engage et poursuit sa démarche.

Mélanie LEROY

Psychologue, SMPR de Rouen

Le SMPR assurait des interventions au sein de la Maison d'arrêt depuis 1995, dans une logique de coordination des soins et d'établissement de passerelles avec le CSST. En 2004, le principe de réunions de coordination s'est dessiné, après le départ du chef de service. Des rencontres ont eu lieu avec le CSST, le SMPR et l'UCSA afin de réfléchir à la façon dont nous pourrions travailler ensemble.

Nous avons alors créé le staff d'addictologie, en prenant le parti de centrer notre démarche sur la personne addictive, afin :

- d'amener de la cohérence dans les prises en charge cliniques ;
- d'apprendre à mieux nous connaître pour dépasser les clivages et créer une plus grande interactivité entre les partenaires ;
- d'aménager des espaces de parole au sein de la Maison d'arrêt, dans un objectif de continuité des soins.

Il s'agissait d'unifier des suivis fragmentés ou fragmentaires ; le staff d'addictologie permettait de nous rencontrer et de discuter de nos points de détachement. Des règles ont été définies pour l'organisation du staff :

- la présence systématique des acteurs intéressés et concernés, en tentant d'équilibrer la représentation de chacun des services ;
- la présentation de situations par un des acteurs présents au staff, après échange avec le patient et accord de celui-ci sur les objectifs d'une telle concertation ;
- la prise de décisions commune et signifiée dans le dossier du patient.

Plusieurs thématiques récurrentes ont été abordées : l'indication d'un traitement de substitution, les sevrages, le mésusage, les orientations, les «incitations» aux soins, les attestations ou encore la préparation à la sortie. Dans ce cadre, le staff rencontre régulièrement le SPIP, pour les préparations à la sortie, avec accord de la personne, en respectant les mêmes règles d'organisation.

L'animation du staff est assurée sur le modèle du groupe de prévention des rechutes, avec une approche à la fois participative, informative et éducative. Nous visons le renforcement de la capacité des individus et du groupe à agir, en instaurant ou en restaurant des liens, des solidarités et des initiatives. Il s'agit aussi de transmettre des informations afin de créer de nouvelles représentations ou d'en modifier d'anciennes et ainsi favoriser la mise en place de nouvelles pratiques. Enfin, la logique éducative est présente en s'intéressant aux motivations intimes ou aux préjugés, ce qui permet parfois d'identifier les freins ou les blocages personnels générant l'incompréhension.

Un tel groupe peut fonctionner sous certaines conditions à nos yeux :

- se placer en retrait de la question des moyens, qui dépasse la compétence des intervenants ;
- créer un temps clinique qui permette de repérer les situations posant problème, de mieux appréhender l'offre de soins et de créer du lien autour des situations sans entrer dans une psychologisation stigmatisante ;
- définir un espace entre le dedans et le dehors, en accord avec l'administration pénitentiaire.

Romain LEMARECHAL

Le groupe fournit l'occasion de reformuler le cadre d'obligation et son contenu. Une cohérence se fait jour dans nos interventions et une tentative de modélisation pourrait sans doute conduire à renégocier avec la justice les principes et les modalités de l'intervention.

Echanges entre les participants

La salle

Je trouve terrible que vous entériniez le principe d'une collaboration du soin avec le SPIP. Il est possible d'engager un travail sur vos positionnements vis-à-vis du patient. Mais, à mes yeux, vous ne vous situez pas du tout dans le même champ. Une telle démarche ne permet sans doute pas de gagner la confiance du patient et les intervenants du SPIP sont suffisamment formés pour assurer, de leur côté, un travail avec le patient.

Romain LEMARECHAL

La personne est suivie par plusieurs intervenants. Elle constitue donc le centre du dispositif. Nous avons essayé différents modes de collaboration avec le SPIP avant d'en arriver là, notamment un travail sur des cas fictifs. Ces tentatives, sans doute du fait de leur caractère théorique, n'ont pas abouti.

La salle

Il ne faut pas exagérer : le secret médical est institué pour protéger les individus. Les intervenants du SPIP sont des travailleurs sociaux et ont un rôle différent, au sein de l'administration pénitentiaire : ils ont un rôle d'insertion. Ces méfiances me semblent donc relever d'un procès en sorcellerie d'un autre âge. Le partage de points de vue avec des intervenants d'autres horizons peut être enrichissant. Je suis la première à dénoncer les rigidités de la magistrature, qui n'en est pas dépourvue, mais il serait temps que le monde du soin reconnaisse aussi les siennes.

La salle

Je suis consterné par ce que j'ai entendu. Cela témoigne d'une incompréhension de la règle même du secret médical. Celui-ci n'est pas seulement l'affaire du médecin. Il ne s'agit pas d'une cachotterie ou d'une protection de territoire mais d'une mesure d'ordre public. De nombreux juristes s'inquiètent des coups portés au secret médical, notamment dans les Maisons d'arrêt. Il ne s'agit pas de protéger les médecins mais de protéger l'exercice de la médecine. Ouvrir ses dossiers vis-à-vis du SPIP constitue donc, de ce point de vue, une grave erreur – et même une infraction, punie par un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende. Chaque patient doit être certain que l'information médicale le concernant ne sera pas communiquée à un magistrat ou à quiconque.

Mélanie LEROY

A quel niveau le secret médical serait-il trahi ?

La salle

Le secret médical est défini de façon extensive : il inclut tout ce que le médecin a vu, entendu ou compris dans l'exercice de ses fonctions. Le patient lui-même ne peut pas vous délivrer du secret médical, sauf lorsqu'il désigne un confident au préalable.

Echanges entre les participants

La salle

Nous sommes dans un colloque auquel participent des travailleurs sociaux, des magistrats, etc. Je pensais que nous pouvions réfléchir ensemble à la façon dont nous pouvons améliorer les prises en charge. Il n'est aucunement question de trahir le secret médical. Nous avons un intérêt commun et je ne comprends pas pourquoi nous rencontrons, à chaque fois, des résistances et des rigidités. J'ai travaillé pendant trois ans à la maison d'arrêt de Rennes. Le SPIP et le SMPR se rencontrent tous les deux mois environ, pour évoquer des questions qui nous posent problèmes, face à des prises en charge de plus en plus difficiles. Nous échangeons ainsi dans le respect de chacun et bien évidemment dans le respect du secret médical.

Mélanie LEROY

Je crois que nous avons intérêt à repérer et institutionnaliser ces passerelles, afin d'éviter que de tels échanges aient lieu dans un cadre moins bien repéré ou, par exemple, à travers l'usage du téléphone, dans le secret d'un bureau.

Patrick FOUILLAND

Le but d'un colloque est de confronter les points de vue. Il s'agit de faire apparaître les réticences pour que nous trouvions les passerelles à créer. Certains ont pris des risques en expérimentant des champs inhabituels. Peut-être pourrions-nous, lorsqu'on innove, nous doter d'une sorte de comité d'éthique qui serait composé de personnalités extérieures. Il est vrai que la volonté de coopérer se heurte à des résistances et parfois même à la loi. C'est avec ces difficultés que nous travaillons.

L'EXPÉRIENCE D'ACCOMPAGNEMENT DE DÉLINQUANTS ROUTIERS

Ghislaine PREVOST

Conseillère technique, SPIP (92)

En juin 2001, une stagiaire, dans le cadre de sa formation à la fonction de Conseillère d'Insertion et de Probation, a mis en place, dans le cadre de son projet d'action collective, une formation pédagogique aux délits routiers. Cette action a été pérennisée à compter de 2003 à travers un module qui s'adresse à des personnes condamnées à un travail d'intérêt général. La participation au module (qui dure une semaine) permet de valider quarante heures de travail d'intérêt général.

Financé par l'administration pénitentiaire (et parfois, en complément, par le Plan local de sécurité routière), le module présente un coût de 3 000 euros par session. Il regroupe 12 à 15 participants à raison de trois sessions par an.

Les objectifs généraux du module sont les suivants :

- favoriser la prise de conscience, par les condamnés, des conséquences de leurs actes délictueux ;
- permettre une appropriation du sens de la loi ;
- induire un comportement de citoyen responsable ;
- prévenir la récidive.

Le contenu du module a sensiblement évolué depuis sa création, en tenant compte des bilans qui sont établis à la fin de chaque session. Il s'articule aujourd'hui autour des éléments suivants :

- un moment d'accueil ;
- un jeu (par exemple autour des prénoms), animé par deux comédiens de la compagnie Arc-en-Ciel Théâtre, le lundi matin : leur rôle est de faire en sorte de «briser la glace» aussi rapidement que possible entre participants (les hommes, jeunes ou moins jeunes, constituant 95% des participants) ; plusieurs jeux sont proposés dont un autour des prénoms ;
- l'intervention d'un magistrat du Parquet de Nanterre qui effectue un rappel à la loi ;
- l'intervention d'un professionnel de la sécurité routière qui introduit, à partir des délits pour lesquels les participants ont été condamnés, de notions de sécurité routière ;
- l'intervention, plus longue que les autres composantes du module, de l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie ; la participation des stagiaires est activement recherchée au cours de cette intervention ;
- un échange avec les victimes, représentés par l'association «Victimes et citoyens» qui décrit notamment le combat à mener pour se reconstruire après un grave accident de la route ; il s'agit souvent d'un moment particulièrement émouvant au cours du stage ;
- l'intervention d'un professionnel de la MACIF (inspecteur corporel), qui vise à faire prendre conscience des dégâts causés par les accidents de la route, en termes de mortalité

mais aussi en termes de handicaps, parfois lourds ;

- l'intervention d'une salariée de la Croix-Rouge, qui permet d'assurer une initiation aux gestes de premier secours ; en fin d'après-midi, les participants reçoivent une attestation de participation à une initiation aux gestes de premier secours, ce qui constitue souvent pour eux un motif de fierté ;
- une animation, en fin de semaine, assurée par les deux comédiens déjà intervenus au début du module, pour un travail centré sur le stress et la violence, à partir d'une scène vécue qui constitue le point de départ d'un échange avec les participants.

Le stage se conclut par une évaluation demandée aux participants, qui nous sert à construire les sessions suivantes mais qui n'est pas transmise au juge. Les stagiaires tirent un bilan très positif de leur participation au stage, de même que les intervenants. Enfin, le SPIP constate, en fin de stage, une évolution dans le comportement des personnes condamnées au TIG.

Nous envisageons aujourd'hui de demander la communication du casier judiciaire un an ou deux ans après le suivi du stage, afin de confirmer l'impression très favorable que donne son évaluation «à chaud».

Echanges entre les participants

La salle

Cet exposé illustre bien ce que nous, soignants, attendons d'intervenants mandatés par le ministère de la Justice. On pourrait y ajouter la « guidance », notion qui existe très par exemple en Belgique mais qui semble curieusement ne pas encore avoir imprégné les esprits en France.

La salle

Je trouve cette expérience très intéressante. Le seul défaut de ce type d'initiative réside dans son coût (en termes financiers et en termes de moyens humains), qui ne permet pas de la multiplier à l'infini. Il est à signaler que la participation à des audiences correctionnelles traitant de cas de conduite sous l'état alcoolique se traduit toujours par un impact très fort sur le public y assistant, auquel peuvent être mêlés des jeunes ou un public scolaire. Ceci peut être très responsabilisant.

La salle

Un coût de 200 euros par personne et par semaine me paraît, pour ma part, très modique.

QUAND LA CONTRAINTE PÈSE SUR LE SOIGNANT

Evry ARCHER

Chef de service au Centre hospitalier régional de Lille et responsable de secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire du Nord Pas-de-Calais (59)

Mon propos sera avant tout clinique. La contrainte, qui désigne la mise en œuvre de soins sans le consentement du sujet, ne constitue que l'une des catégories de soins obligés – parmi lesquels certains sont non contraints. La question des soins obligés doit aussi prendre sa place dans la clinique et dans la psychopathologie, car même lorsqu'elle reste en deçà de la contrainte, elle peut modifier la compliance et l'alliance thérapeutiques. Surtout, elle peut altérer les éléments les plus essentiels de la relation de soins, voire le contenu même des entretiens thérapeutiques.

La règle du consentement au soin ne s'inscrit pas seulement dans la déontologie médicale : elle est l'un des principes essentiels d'une société démocratique. Les magistrats aussi nous aident – ou devraient nous aider – à la préserver. Dans la hiérarchie des textes juridiques, la règle du nécessaire consentement au soin se situe au même niveau que le principe de l'intangibilité de la personne et de l'inviolabilité du corps humain. Elle ne relève pas seulement du code de déontologie médicale - lequel n'est pas un texte corporatiste élaboré par les médecins, mais un décret adopté en Conseil d'Etat, supérieur aux circulaires et aux avis du Comité d'Ethique.

L'acte médical lui-même constitue une dérogation majeure au principe de l'intangibilité de la personne et de l'inviolabilité du corps humain. Cette dérogation n'est légitime et licite qu'à deux conditions cumulatives :

- la présence d'une nécessité thérapeutique ;
- le recueil du consentement libre et éclairé de la personne.

Si les soins contraints découlent de l'hospitalisation sans consentement, c'est bien la loi du 15 avril 1954 qui avait institué en France les premiers soins pénalement obligés (non contraints), pour les alcooliques dangereux – loi peu appliquée et abrogée dans l'indifférence générale.

Apparaissent en 1970 l'injonction thérapeutique et en 1998 l'injonction de soins pouvant faire l'objet du suivi socio-judiciaire. Cependant, les effets directs et indirects de cette disposition légale sur le psychisme et le discours des personnes concernées ont été, tout compte fait, relativement peu étudiés. On est tenté d'affirmer que les demandes spontanées de soins sont, en matière d'addictologie, l'exception, et l'obligation la règle : malgré les souffrances, les complications somatiques des conduites de consommation et malgré les accidents, les demandes les plus libres du sujet expriment rarement un désir spontané de sortir de l'addiction ou de la consommation excessive. Il est le plus souvent poussé par des tiers. En ce sens, il n'est pas exagéré de dire que les soins addictologiques sont le plus souvent obligés.

Toutes ces formes d'obligations n'ont pas les mêmes tenants et aboutissants que l'obligation judiciaire. Même fortement proposée ou subtilement imposée par l'employeur, par l'entourage familial ou par l'autorité judiciaire, la demande de soins, si elle ne doit pas forcément donner lieu au déclenchement d'un programme de soins ou à la mise en œuvre d'une psychothérapie, doit à mes yeux entraîner une réponse immédiate et actuelle.

L'injonction thérapeutique est mal nommée : l'injonction n'est jamais thérapeutique en soi, et elle ne vaut que par la qualité réelle de la prise en charge qu'elle favorise. Elle ne se mesure pas à sa capacité de créer un cadre thérapeutique, lequel est trop souvent vide, illusoire, voire contre-productif. Son efficacité se mesure à son aptitude à créer les conditions de sa propre inutilité, lorsque la véritable relation thérapeutique aura pris le relais. Ceux des magistrats soucieux à la fois de respecter le secret médical et de contrôler le respect de l'obligation de soins affirment souvent se désintéresser du contenu des entretiens thérapeutiques, pour s'en tenir à l'existence et au maintien du cadre.

Souvent, lors de la première rencontre, le discours du sujet nous confronte à une difficulté majeure : « c'est le juge qui m'envoie », proclame-t-il, comme s'il lui semblait important d'afficher l'absence d'engagement personnel. Le médecin, devant cette affirmation péremptoire, sent le besoin de mettre les choses au point, en redéfinissant le cadre de la rencontre. Le simple rappel du contexte et des textes met à mal l'illusion de toute-puissance si fréquente chez ces patients. Prenant acte de l'immixion d'un tiers dans la relation thérapeutique, il postule d'entrée l'illusion de la « triple entente » (magistrat-médecin, médecin-patient, patient-magistrat). Le contenu de l'entretien thérapeutique risque alors de se réduire à des messages indirects adressés à l'autorité judiciaire.

La psychothérapie devient ainsi un faux-semblant, d'autant plus qu'il manque souvent, chez ce type de patient, la volonté de se réapproprier son passé pour mieux s'intégrer dans le présent et pour vivre le plaisir (déjà thérapeutique) de découvrir son propre fonctionnement psychique. Ces deux formes d'appétence psychique sont trop souvent remplacées ici par un schéma explicatif beaucoup moins opérant et tellement simpliste : libre volonté, au début, de consommer le produit, suivie par la classique prise au piège, dépourvue de toute référence à la singularité de la personne et au déterminisme individuel. Regretter avec le patient la décision judiciaire de l'obligation de soins et critiquer devant lui la personne qui a pris cette décision seraient une faute professionnelle. Le risque d'une fraternisation entre thérapeute et patient, victimes impuissantes unies contre l'autorité judiciaire, est d'entraîner la disqualification de tous les acteurs du système et de renforcer les positions afflictives du patient, au lieu de favoriser sa motivation au changement.

Plutôt que de se lamenter contre l'obligation de soins, il importe plutôt de préserver cette rencontre comme une opportunité créant les conditions d'une décision de suivre une voie indiquée. Il importe de faciliter la découverte, par le sujet, du caractère masochique du bénéfice qu'il tire de ses habitudes addictologiques, que la condamnation peut l'aider

à comprendre. Il importe d'inviter le sujet à penser qu'il y a des raisons – parfois profondes – à trouver dans son histoire pour vouloir ainsi se détruire lentement. Il importe enfin d'aménager un cadre susceptible de favoriser la mise en place ultérieure de mécanismes identificatoires de style narcissique, à défaut d'un vrai transfert.

Dans la justification théorique et dans la réalisation pratique des obligations de soins en addictologie, le mésusage des notions bien connues de volonté, de prise de conscience, de mauvaise foi, est encore trop fréquent – souvent inconscient. Concernant le judiciaire, ce mésusage exprime beaucoup plus l'inconfortable contradiction entre, d'une part, le postulat du libre arbitre qui fonde le droit de punir, et d'autre part le constat que la perte de liberté du sujet induit les comportements transgressifs, du fait de l'altération évidente de son discernement liée à la consommation de substances psychoactives. Nous savons que chez toute personne souffrant de dépendance à une substance psycho-active, l'expression sincère d'une volonté ferme de se passer du produit coexiste avec la volonté tout aussi sincère de ne pas en être privé.

Echanges entre les participants

La salle

Vous n'abordez pas le terrain de l'analyse, au sens psychanalytique du terme, des buveurs excessifs non dépendants, pour lesquels le regard clinique que l'on peut porter n'est pas opérant.

Evry ARCHER

Chez ces sujets aussi, le regard clinique est et doit rester opérant. Sinon l'implicite de votre question constitue une remise en question de l'addictologie elle-même. Si une personne, chez qui on ne décèle aucun trouble relevant de la psychiatrie, a une consommation nocive de substances psycho-actives, elle entre, au moins, précisément dans le champ de l'addictologie clinique. Celle-ci, empruntant des connaissances et des compétences provenant de nombreuses disciplines, permet une prise en charge centrée sur la conduite pathologique. Cela n'empêche pas qu'il puisse exister une prise en charge non psychiatrique pour aider cette personne. J'ai toujours considéré la richesse de l'addictologie dans la diversité de formation des personnes qui y interviennent et dans la possibilité d'y mobiliser différentes techniques (psychanalyse, thérapies cognitivo-comportementales, etc.). C'est pourquoi l'addictologie ne peut être ramenée à une sous-spécialisation psychiatrique ou à une prise en charge de l'alcool ou des drogues.

Patrick FOUILLAND

Lorsque des comportements problématiques avec l'alcool ou un autre produit entraînent des dysfonctionnements sociaux mais sont aussi des modes de vie plus que des pathologies, les réticences sont particulièrement grandes. Comment traiter cette difficulté ?

Evry ARCHER

La psychiatrie ne se résume pas au traitement d'états pathologiques – c'est ce qui explique, notamment, l'apparition du concept de santé mentale. Il existe par exemple, chez les consommateurs de drogues ou excessifs d'alcool, des épisodes de décompensation et des épisodes d'euphorie ou de tristesse qui peuvent eux-mêmes être pathologiques. Il n'y a pas de frontière nette entre l'état de malade et celui de personne saine. On ne peut raisonner en termes dichotomiques, que ce soit pour le soin ou en termes de réaction sociale.

RETOUR DES ATELIERS

Deux temps de travail en ateliers co-animés par deux professionnels ont été proposés aux participants. La répartition dans les différents ateliers s'est faite en fonction des choix individuels. Faute de volontaires, l'atelier «Comment faire avec les personnes hyper-actives» a été supprimé. À l'inverse celui sur les personnes dans le déni a été dédoublé.

L'observance par le justiciable de l'obligation de soins

Frédéric VOIZE, coordinateur de structure à Bourg la Reine et Ghislaine PREVOST, conseillère technique en travail social au SPIP de Nanterre

L'atelier a regroupé 11 professionnels, dont 7 de la santé, 4 de la justice.

Un certain nombre d'obstacles à l'observance ont été repérés, parmi lesquels des délais de prise en charge trop longs pour l'entrée en soins, l'hétérogénéité (ou la diversité) des pratiques. Le principe d'une obligation de moyens – et non de résultats – a été affirmé. Au chapitre des solutions envisageables, des rencontres ont été préconisées pour pallier le manque de connaissance mutuelle des institutions.

L'élaboration conjointe, par les acteurs de la justice et du soin, à l'échelon local, d'outils de communication et d'évaluation, a aussi été suggérée. La question du partage du secret médical n'a pu être résolue.

L'atelier a également cherché à se placer du point de vue du justiciable, en estimant que celui-ci pouvait confondre l'injonction et l'obligation. C'est peut-être le manque de sens qui entraîne un défaut d'observance, ont fait observer plusieurs participants. Enfin, la difficulté à donner un sens à l'obligation de soins, dans le cas d'un acte isolé, a été mise en évidence.

RETOUR DES ATELIERS

La question du secret médical

Claude ROCHE DESBORDES, médecin à Dax et Marie Noëlle BALLAY, directrice du SPIP 93

L'atelier a regroupé 21 professionnels, dont 10 de la santé, 8 de la justice et 3 classés dans la catégorie «autre» (enseignant, étudiant...)

Certains des participants avaient déjà travaillé ensemble. Les arguments ont été nombreux, tant en faveur du «dire» que pour le respect du secret médical.

Pourquoi refuser de dire si le sujet vient, s'il s'investit ?, a fait par exemple observer un participant. «On pense que c'est bon pour cette personne qu'on puisse échanger des informations sur lui», a estimé un autre participant. Inversement, certains ont indiqué qu'ils «bottaient en touche» en n'établissant que des justificatifs de venue. Le secret n'est pas négociable, à leurs yeux. Il a même été affirmé que la demande de bilan par la justice constituait un viol de la personne et un exercice illégal de la médecine.

Il apparaît que vis-à-vis du secret, le problème se pose plus crûment en milieu ouvert qu'en milieu carcéral, et les avis partagent parfois les équipes en leur sein. Il a aussi été rappelé que le choix, par le patient, de son thérapeute, constituait un droit immémorial. L'atelier a mis en évidence ces faits : rares sont les soignants qui refusent des attestations écrites de venue en soins, au moins la moitié d'entre eux exclut totalement tout échange téléphonique sur les patients et la discussion de cas avec le SPIP.

C'est finalement la question de l'opportunité d'un protocole entre soignants et SPIP qui a émergé. Comme l'a rappelé un participant, les JAP et SPIP changent, les conventions et protocoles demeurent.

RETOUR DES ATELIERS

Comment s'articulent aujourd'hui «soigner ou punir», «punir et soigner», «prévenir et/ou sanctionner» ?

Mireille LEYNAUD, psychologue à Gap et Pierre LORENTZ, directeur de structure à Strasbourg

L'atelier a regroupé 20 professionnels, dont 10 de la santé, 6 de la justice et 4 classés dans la catégorie «autre» (enseignant, étudiant...)

Une discussion s'y est rapidement engagée sur la terminologie, notamment pour distinguer l'injonction de rencontre, l'injonction thérapeutique et l'obligation de soins. L'atelier s'est demandé si le juge, en ordonnant une obligation de soins, posait une sorte de diagnostic médical, auquel cas le produit utilisé et le comportement pourraient être considérés comme le symptôme d'une maladie. Le soignant serait alors placé dans un rôle impossible visant l'abstinence et l'absence certaine de récidive.

S'agissant de la prévention, l'atelier a évoqué une tendance actuelle de la société marquée par le jeunisme, l'impératif de minceur, de forme, de performance et la prohibition de tout produit nocif comme la cigarette ou les substances psycho-actives. Parallèlement à l'emprise croissante de ces dogmes, les sanctions contre les abus éventuels se renforcent.

Les dispositions prises en faveur de la sécurité routière en fournissent un exemple extrêmement parlant. La prison nous menace tous, ont finalement constaté plusieurs participants. Si la demande de soins émanant des personnes alcoolo-dépendantes a été reconnue comme faible, elle existe, y compris en prison, alors que les équipes de soins disposent de moyens fortement limités, ce qui accrédite l'hypothèse de nombreuses «rencontres manquées» entre personnes détenues et soignants.

RETOUR DES ATELIERS

Qu'entend par «soigner» un magistrat, un travailleur social, un soignant ?

Isabelle GUYOT, travailleur social au SPIP de Nanterre et Patrick FASSEUR, psychiatre à La Rochelle

L'atelier a regroupé 23 professionnels, dont 14 de la santé, 6 de la justice, 2 classés dans la catégorie «autre» (enseignant, étudiant...) et 1 représentant une institution.

L'atelier a d'abord rappelé la définition du soin, qui est, selon le Robert, «une préoccupation relative à un objet auquel on s'intéresse».

Les soins, au pluriel, désignent «les actions par lesquelles on conserve ou on rétablit la santé». Plusieurs participants, notamment les travailleurs sociaux, ont toutefois souligné que le soin dépassait le champ médical stricto sensu et pouvait consister en un accompagnement prenant d'autres formes. «Le soin, c'est l'accompagnement dans une prise de conscience», a-t-il été dit.

Plusieurs temps ont aussi été distingués : celui du soin, celui de la mesure. Le temps du soin n'est pas celui du contrôle et de l'observance de l'obligation de soins. L'importance du lieu de la rencontre a enfin été soulignée.

RETOUR DES ATELIERS

Question de magistrat : « nos orientations judiciaires sont-elles judicieuses ? »

Chantal FONTAINE, chargée de mission Justice à la Mildt et Michel BURGER, psychiatre à Strasbourg

L'atelier a regroupé 16 professionnels, dont 10 de la santé, 3 de la justice, 2 classés dans la catégorie «autre» (enseignant, étudiant...) et 1 représentant une institution.

L'atelier a d'abord été sous le choc de l'annonce de l'instauration du dispositif du médecin-relais, dont il a débattu un moment.

Des doutes ont été émis quant aux modalités de mise en œuvre du dispositif, même si le principe même du médecin-relais semble, sur le papier, de nature à permettre à chacun de rester dans son domaine. Par ailleurs, les magistrats, loin de considérer que leurs décisions étaient marquées par une trop grande parcimonie vis-à-vis du soin, ont aussi semblé considérer que les équipes soignantes formulaient parfois une demande de soins excessive.

RETOUR DES ATELIERS

«COMMENT FAIRE AVEC ...»

... Les primo délinquants

Mélanie LEROY, psychologue à Caen et Chantal FONTAINE, chargée de mission Justice à la Mildt

L'atelier a regroupé 16 professionnels, dont 9 de la santé, 5 classés dans la catégorie «autre» (enseignant, étudiant...) 1 de la justice, et 1 représentant une institution.

L'atelier est d'abord revenu sur le cadre judiciaire dans lequel peut s'inscrire l'orientation vers le soin pour les primo-infracteurs (notion plus large que celle de primo délinquants) : en tant qu'alternative aux poursuites, en pré-sentenciel ou en post-sentenciel. Plusieurs expériences positives ont été mentionnées, par exemple celle – menée à Chambéry – consistant à proposer à l'auteur d'un délit routier la délivrance, une heure avant l'audience, dans la salle du Tribunal, d'une information sanitaire fournie par des professionnels compétents dans ce domaine.

La justice a été envisagée comme un levier d'accès aux soins. L'atelier a relevé la nécessité de travailler les classements (orientation sous condition, donc en amont). Il a aussi plaidé pour le renforcement des moyens et surtout de la qualité du soin, tant du côté du soignant que de celui du magistrat, afin de créer les conditions du déclic.

«COMMENT FAIRE AVEC ...»

... Les (multi) récidivistes

Sylvie AULIAC, infirmière à Boulogne et Benoist NOWOMINSKI, médecin à Paris

L'atelier a regroupé 15 professionnels, dont 12 de la santé, 2 de la justice, 1 représentant une institution.

L'atelier a d'abord évoqué la question des moyens et leur caractère insuffisant, en temps comme en personnel. Plusieurs participants ont évoqué le caractère rassurant que peut avoir la prison, en tant que cadre, pour des individus multi-récidivistes.

En lien avec la nécessité de mieux se connaître, entre professionnels, un besoin de formation réciproque et d'organisation de rencontres a été évoqué. Le besoin de créativité a également été souligné pour trouver des alternatives à la consultation duelle, parfois perçue comme un enfermement pour les deux protagonistes.

Face à des individus multi-récidivistes, il peut sembler plus facile d'aborder le problème d'alcool, compte tenu de la plus grande difficulté, pour l'individu, à se réfugier dans le déni. Pour les soignants, la récidive peut être assimilée à la rechute, qui va aider à la compréhension de la dépendance.

RETOUR DES ATELIERS

«COMMENT FAIRE AVEC ...»

... Les personnes dans le déni

Romain LEMARECHAL, psychologue à Caen et Sylvain BALESTER MOURET, médecin à Clichy

L'atelier a regroupé 18 professionnels, dont 9 de la santé, 8 de la justice et 1 classé dans la catégorie «autre» (enseignant, étudiant...)

L'atelier s'est demandé comment faire tomber le déni. Celui-ci constitue un mécanisme de défense qu'il est nécessaire de respecter, en se décalant, pour privilégier l'alliance plutôt que la contrainte. Il faut également savoir s'appuyer sur les compétences professionnelles. Si le déni fait partie de la problématique addictive pour les soignants, il a été analysé comme un obstacle à l'orientation pour les autres participants.

... Les personnes dans le déni

Delphine JARRAUD, chargée de mission à l'Anpaa et Brigitte MAGGIA, psychologue clinicienne à Nîmes

L'atelier a regroupé 18 professionnels, dont 15 de la santé, 2 classés dans la catégorie «autre» (enseignant, étudiant...) et 1 de la justice.

Le groupe a d'abord cherché à définir le déni. Ce terme peut désigner le déni de la conduite addictive ou un déni en rapport avec le crime ou le délit commis. Des différences se font jour selon les champs professionnels d'origine (soignants, SPIP...). Le déni varie en fonction du produit, de son statut, de la représentation sociale qui y est attachée (par exemple du fait de la honte attachée à la consommation alcoolique).

«COMMENT FAIRE AVEC ...»

... Les auteurs de violences (conjugales, sexuelles ...)

Gwenaële DUVAL, psychologue à l'A.N.P.A.A 77 et Sylvie MOUCHEL, magistrat au Ministère de la Justice

L'atelier a regroupé 23 professionnels, dont 10 de la justice, 10 de la santé, 2 classés dans la catégorie «autre» (enseignant, étudiant...) et 1 représentant une institution.

L'atelier a fait le constat du faible nombre de structures spécifiques pour l'accueil d'auteurs de violences. De ce fait, les magistrats tendent à les orienter vers les structures spécialisées en alcoologie. Certains participants ont considéré qu'il s'agissait d'une erreur, d'autres estimant qu'il s'agissait aussi d'un moyen permettant une rencontre avec les soignants.

S'il peut s'avérer rassurant, dans certains cas, pour l'auteur d'être considéré comme un malade alcoolique plutôt que comme un homme violent, plusieurs participants ont estimé que la responsabilité d'une réorientation incombait à la structure d'alcoologie.

Le vrai problème : la parole de la victime à prendre en compte (aller-retour plainte et retrait de plainte) et la parole de l'auteur qui met à distance les faits et la victime («c'est arrivé qu'une fois, c'est sa fête») et qui se pose lui aussi comme victime («c'est moi qui suis incarcéré, c'est moi qui ai l'obligation de soins»).

Il est important de réfléchir en équipe à comment gérer l'accueil des personnes violentes. La notion de violence institutionnelle existe aussi.

TABLE RONDE

La table ronde est animée par Laurent Lemaire, journaliste, Europe 2

Laurent LEMAIRE

Deux notions ambivalentes se dégagent, à mes yeux, des ateliers : la volonté de travailler ensemble et une incompréhension entre des champs professionnels qui, souvent, se connaissent mal. Cette table ronde aura notamment pour objectif de faire émerger des pistes susceptibles de favoriser une meilleure compréhension entre les acteurs concernés.

Evry ARCHER

Je pense que l'objectif est l'efficacité du soin. La recherche d'une plus grande fraternité et d'une meilleure compréhension, qui a jalonné ces deux journées, est touchante. Cependant, nous exerçons des missions de service public distinctes et il ne faut pas que nous ayons à choisir entre un travail de bonne qualité assorti de relations de mauvaise qualité avec ses confrères, d'une part, et un travail de moins bonne qualité réalisé dans d'excellentes conditions relationnelles, d'autre part. Si la diversité des compétences et des approches est synonyme de richesse, le respect de la déontologie constitue un impératif incontournable à mes yeux. Rappelons que le secret médical n'est pas conçu pour protéger le patient qu'on prend en charge, mais pour protéger l'exercice de la médecine, ainsi que la qualité et l'efficacité du soin c'est-à-dire tous les patients. C'est parce qu'il s'agit aussi d'une règle d'ordre public que des médecins peuvent être condamnés pour divulgation du secret médical, même lorsque la victime de l'infraction est décédée et quand bien même ils parviendraient à montrer que la violation incriminée allait dans le sens de l'intérêt du patient dont il s'agit.

Laurent LEMAIRE

J'ai également cru remarquer que les regards étaient parfois chargés d'a priori, avec les magistrats d'un côté, les soignants de l'autre – les travailleurs sociaux semblant souvent coincés dans une position inconfortable d'entre-deux. Le monde médical prête-t-il au monde judiciaire des intentions qui ne sont pas les siennes ?

Chantal FONTAINE

Il existe des rigidités professionnelles de part et d'autre. Il existe aussi des rigidités liées à des personnes : certains acteurs ont plus envie que d'autres de coopérer avec des intervenants d'autres champs professionnels. Je crois, pour ma part, que cette coopération est indispensable. Les représentations ont déjà évolué mais il reste évidemment du chemin à parcourir.

Le Docteur Archer vient de souligner l'importance primordiale de la qualité des soins, qui serait « l'objectif » à atteindre. Je serais tentée d'apporter un bémol à cette affirmation : que l'on soit médecin ou magistrat, nous sommes aussi et peut-être avant tout des citoyens. Si je condamne un justiciable à une obligation de soins, une telle décision vise à servir à la fois l'intérêt de la société et celui de la personne concernée. On ne peut nier la fonction sociale du partenaire.

Laurent LEMAIRE

La formation initiale n'a pas du tout été évoquée. L'enrichissement des parcours ne constitue-t-il pas une piste à explorer ?

Chantal FONTAINE

Cette piste me semble intéressante. Force est de constater, cependant, que les apports en formation initiale sont souvent théoriques ; bien souvent, c'est dans sa pratique professionnelle que l'on prend réellement la mesure des enjeux et des réalités en présence. Par ailleurs, j'observe que l'addiction elle-même constitue le parent pauvre de l'enseignement de la médecine, puisque seules quatre heures y sont consacrées sur l'ensemble du cursus.

Jacques YGUEL

Nous sommes contraints de travailler ensemble, comme l'a souligné Chantal Fontaine. Nous sommes également animés par le souci de la personne dont nous nous occupons. Dès lors qu'il existe un bénéfice à travailler sur ces deux réalités, rien n'empêche la rencontre. Je crois aussi que le respect du secret médical ne constitue pas un obstacle insurmontable à la mise en place de protocoles, pourvu que l'on prenne les précautions nécessaires. Le regard humaniste que nous portons ne peut s'assimiler à un regard scientifique. Le secret médical peut, de ce point de vue, constituer aussi un « parapluie » utile face à certains types « d'incompétences ». Par ailleurs le monde judiciaire n'a pas une « culture » de la démarche de recherche et donc de protocole. La notion d'expertise tient lieu souvent de valeur et de parole scientifique. L'expérimentation pourrait-être le terrain d'une dynamique de médiation : c'est un des champs de la « criminologie » (au sens anglosaxon).

Laurent LEMAIRE

Comment les travailleurs sociaux se situent-ils entre les champs de la santé et de la justice ?

Ghislaine PREVOST

Il est vrai que nous nous trouvons souvent entre le marteau et l'enclume. Nous avons notamment des comptes à rendre au Juge d'Application des Peines, qui souhaite connaître la fréquentation des consultations chez le soignant et leur impact, en termes d'évolution du patient. A force d'échanges et de travail avec les structures, cependant, nous finissons par trouver un terrain d'entente, dans le respect des pratiques et des missions de chacun.

Patrick FASSEUR

Pour ma part, j'ai été frappé par le besoin de reconnaissance qui anime chacun des acteurs travaillant dans ce domaine. L'ambiance est souvent lourde dans nos lieux de travail ; une majorité d'intervenants évolue dans des lieux de violence et l'angoisse n'a pourtant guère exprimée au cours de ces deux journées.

Laurent LEMAIRE

Un point m'a séduit dans la démarche des médecins alcoologues : la justice leur adresse, dans des conditions parfois difficiles, des personnes condamnées soumises à une obligation de soins. Vous saisissez cette occasion pour considérer qu'il peut s'agir d'un déclic pour entamer un parcours de soin. Ce pragmatisme est à souligner.

Patrick FOUILLAND

Lorsqu'un patient franchit la porte de mon cabinet, peu importe d'où il vient : il s'agit d'abord d'une personne. Ma première interrogation consiste à savoir si la rencontre pourra avoir lieu pour qu'il se passe quelque chose. De plus en plus, d'ailleurs, dans ma pratique, je suis d'abord intéressé par ce qui vient du patient lui-même : ce qu'il cache, ce qu'il oublie de dire a au moins autant d'importance que ce qu'il dit.

Frédéric VOIZE

Un clivage augmente dans la société entre l'image de la victime, d'une part, celle d'exclus, d'autre part, que nous tendons collectivement, de plus en plus, à juger comme responsable de ce qui leur arrive. L'addictologie est une discipline transversale et le décloisonnement des disciplines va devenir une exigence de plus en plus forte. Sans doute faudrait-il travailler à la définition de nos propres indicateurs, avant qu'on ne nous les impose «d'en haut».

CONCLUSION

Patrick FOUILLAND

Docteur en Médecine, Président de la F3A - Fédération des Acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie (Paris), Directeur du Centre havrais d'alcoologie ambulatoire

Un débat vif a eu lieu autour de la notion du secret, de l'ambivalence, des différents cadres de référence et des représentations de chacun, de l'efficacité du soin, de l'intérêt même de l'obligation de soins ... Tous ces sujets ouvrent sur d'autres échanges, d'autres débats.

Parmi les perspectives les plus saillantes se dessinent, à mes yeux :

- des recherches croisées «justice-santé», domaine dans lequel la volonté de faire compte au moins autant que les moyens, qui découleront des projets ;
- l'apport de regards neufs, à l'image de celui qu'a porté hier Alain Cugno sur la notion de contrainte, de façon extrêmement éclairante ;
- la mise en œuvre de formations de terrain, dans le monde du soin et dans celui de la justice ainsi que la mise en œuvre de formations conjointes – sans oublier que la meilleure formation est sans doute celle basée sur le sujet réel.

Le groupe d'échange et de réflexions de la F3A compte 15 professionnels. Il s'agit d'un groupe fermé mais nous pourrions envisager de créer un autre groupe qui pourrait inclure des philosophes, des sociologues ...

La Commission Santé-Justice pourrait contribuer à l'élaboration d'un guide pratique à l'usage des équipes intervenant auprès des publics.

Nous avons également évoqué l'organisation d'une conférence de consensus. Des propositions d'élargissement de la Commission ont été faites en direction de l'ANPAA ès qualité, en direction de l'Administration pénitentiaire et en direction des SPIP.

Il s'agira aussi de renouveler ce colloque à l'échelle nationale, par exemple dans deux ans. Nous pourrions alors proposer l'approfondissement de certains des thèmes abordés aujourd'hui.

REMERCIEMENTS

Nous remercions :

- la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (Mildt), ses représentants Didier Jayle, Chantal Fontaine, Marie France Chedru, Ruth Gozlan, pour son soutien financier,
- le Ministère de la Santé - la Direction Générale de la Santé, et ses représentants Véronique Bony, Cécile Anglade,
- le Ministère de la Justice et ses représentants, Karine Gonnet, Sylvie Mouchel, Agnès Robin,
- l'ensemble des intervenants : Evry Archer, Alain Cugno, Patrick Fasseur, Chantal Fontaine, Patrick Fouilland, Dominique Fouladoux, Karine Gonnet, Didier Jayle, Romain Lemaréchal, Mélanie Leroy, Brigitte Maggia, Philippe Michaud, Ghislaine Prévost, Frédéric Voize, Jacques Yguel,
- l'ensemble des animateurs des ateliers : Sylvie Auliac, Sylvain Balester Mouret, Marie Noëlle Ballay, Michel Burger, Gwénaële Duval, Patrick Fasseur, Chantal Fontaine, Isabelle Guyot, Delphine Jarraud, Romain Lemaréchal, Mireille Leynaud, Pierre Lorentz, Mélanie Leroy, Brigitte Maggia, Sylvie Mouchel, Benoist Nowominski, Ghislaine Prévost, Claude Roché Desbordes, Frédéric Voize,
- les membres du comité d'organisation : Sylvie Auliac, Sylvain Balester Mouret, Michel Burger, Sylvie Catto, Chantal Fontaine, Patrick Fouilland, Delphine Jarraud, Sabine Joffre, Jacques Laurans, Romain Lemaréchal, Philippe Michaud, Anne Renaerd, Marie Stéphane Vittrant, Frédéric Voize,
- les membres de la commission «Santé-Justice» et du groupe d'échange et de réflexions sur les pratiques professionnelles de la F3A : Sylvie Auliac, Martine Bachellerie, Annie Boisyyon, Michel Burger, Sylvie Catto, Gwénaële Duval, Patrick Fasseur, Patrick Fouilland, Dominique Fouladoux, Delphine Jarraud, Mireille Leynaud, Brigitte Maggia, Hélène Ollier, Sophie Nataf, Anne Renaerd, Claude Roché Desbordes, Frédéric Voize,
- le laboratoire Merck, pour la prise en charge financière des pauses,
- Laurent Lemaire, journaliste,
- Jean Pierre Védieu de l'agence Savoir Pour Agir,
- la paroisse Saint Hippolyte, qui nous a accueillis dans ses locaux,
- la Table de Cana, chargée de l'organisation des pauses,
- la société Ubiquus chargée de la rédaction des actes du colloque,
- l'équipe de la F3A, Patrick Fouilland, Marie Musquet, Anne Renaerd,
- l'ensemble des participants.

Nous tenons ici à rendre hommage à Madame Chantal Fontaine,
disparue brutalement cet été.
Elle avait participé activement à l'organisation et à la tenue de ce colloque
et était à la MILDT l'une de nos interlocutrices privilégiées
sur les questions de santé / justice.
Nos pensées émues vont vers sa famille, sa fille et ses collaborateurs
de la MILDT.

LES ACTES

COMITÉ D'ORGANISATION :

Sylvie Auliac
Sylvain Balester Mouret
Michel Burger
Sylvie Catto
Chantal Fontaine
Patrick Fouillard
Delphine Jarraud
Sabine Joffre
Jacques Laurans
Romain Lemaréchal
Philippe Michaud
Anne Renaerd
Marie Stéphane Vittrant
Frédéric Voize

Avec le soutien financier
de la **M**ission **I**nterministérielle
de **L**utte contre la **D**rogue
et la **T**oxicomanie



Contact

Anne RENAERD - F3A - 154 rue Legendre 75017 Paris
Tél : 01 42 28 65 02 - sante-justice@alcoologie.org