



Réflexions sur l'obligation de soins des personnes

en difficulté avec l'alcool

S. Limousin*, L. Cunin**

Communication orale à l'Association Nationale de Recherche et d'Étude en (ANREP) "Les rapports Médecine, Psychiatrie et Justice" du 20 octobre 2002

L'articulation médico-judiciaire apparaît comme une exigence de vérité. Si incompréhension entre juge et thérapeute existe encore, elle n'est désormais ni adaptée aux préoccupations et attentes de notre société désireuse de plus grande cohérence des pénalités et des soins, ni à l'essor des mesures d'aménage-

ment et d'individualisation de peine. Récemment, la loi du 17 juin 1998 a relancé le débat cyclique sur l'obligation de soins, mesure concernant aussi les personnes en difficulté avec l'alcool. S'interroger légitimement sur une telle obligation s'articule autour du pourquoi de cette mesure, donc sa légitimité, et du com-

ment la mettre en œuvre, donc ses modalités. S'est alors dégagée une réflexion sur cette démarche de soins au niveau médical et juridique. Sont aussi évoqués au travers d'organisations locales nouvelles, l'évolution nationale des mentalités dans ce domaine, et ses rapports entretenus avec la loi de 54.

lités au travers d'organisations locales nouvelles, ainsi que ses rapports avec la loi du 15 avril 1954.

Une application ambivalente

■ Ni loi, ni décrets ou règlements n'ont défini précisément les conditions dans lesquelles l'obligation de soins serait mise en œuvre. Imposée par le juge, elle rencontre ainsi de multiples résistances et limites facilement identifiables dans sa mise en place, faisant intervenir des dimensions juridique (concernant la nature même de la mesure) et médicale (concernant les difficultés diagnostiques et de prise en charge).



S. Limousin

Dimension juridique : un cadre juridique flou

Une définition légale imprécise au contenu vague et non satisfaisant

"Se soumettre aux mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation."

Apparaissant comme non spécifique du soin psychiatrique ou médico-psychologique, le thérapeute cerne avec difficulté le contenu et les règles de déroulement de cette mesure. Le législateur différencie certains termes tels "traitement" et "soins" sans apporter de précision juridique complémentaire, tout comme "hospitalisation", introduit comme choix possible accentué par l'adjectif "même" ce qui renforce l'embarras à définir l'obligation de soins et accentue la confusion des termes fréquemment employés dans la littérature (peine de soins, de prison, traitement thérapeutique, social, judiciaire, etc.).

L'indication de la mesure

De compétence judiciaire exclusive, la décision peut ainsi être prise en dehors de tout

U ne récente évolution des mentalités favorisée par une campagne médiatique sans précédent sur les infractions sexuelles, relance de nos jours, une nouvelle fois, le débat cyclique sur l'obligation de soins. Cette mesure n'est pourtant pas nouvelle et existe depuis de nombreuses années notamment dans les domaines de la prise en charge des patients hospitalisés sous contrainte (loi du 27 juin 1990), de l'alcoolisme (loi du 15 avril 1954) ou de la toxicomanie (loi du 31 décembre 1970). Si les cliniciens ont durant de nombreuses années insisté sur les complications psychiatriques et somatiques de l'alcoolisme, l'on insiste tout autant aujourd'hui sur ses conséquences sociales (comportement délinquant, violences plus spécifiquement intrafamiliales, conduite en état alcoolique, etc.) qui constituent un problème de santé publique mais aussi une des facettes d'un problème actuel grave de notre société aboutissant à la marginalisation et à la désocialisation. Les personnes en difficulté avec l'alcool peuvent dès lors être concernées par ce type de mesure. Il n'en reste pas moins vrai qu'elle n'est pas sans poser de nombreux problèmes... Dans cet article, nous nous attacherons à dégager une réflexion sur cette démarche de soins, son application ambivalente, tant au niveau médical que juridique. Seront également abordés les différentes orientations nationales, témoignant d'une évolution des menta-

*Médecin psychiatre, assistant spécialiste, service du Dr Julien, CH Valvert, boulevard des libérateurs, 13391 Marseille

**Assistant généraliste, Centre psychothérapique les Oliviers, secteur G 08, 95 260 Beaumont-sur-Oise

avis médical. Le juge en définit indication et durée. La priorité accordée à l'intérêt de la collectivité sur les libertés individuelles amène souvent le juge à penser à la nécessité du soin. L'altération de santé d'un individu révélée par un "trouble du comportement" constitue ainsi un danger potentiel pour autrui qui peut selon lui, être supprimé ou diminué (ou supposé l'être) par des soins appropriés. La simple présence de l'alcool au cours d'un "trouble du comportement", qu'elle intervienne directement dans la nature de l'infraction ou qu'elle s'inscrive dans la trajectoire de vie du sujet, semble être suffisante pour prononcer la mesure. Identifié comme "alcoolique", ceci ne laisse présager alors d'aucun caractère de dépendance mais simplement d'une conduite, ou d'un mode d'usage à définir.

Le choix de la structure de soins

La nature du produit consommé semble déterminer pratiquement seule cette orientation. S'il n'est pas du ressort de la justice de faire un diagnostic concernant la santé mentale du délinquant, c'est bien à elle qu'incombe un tel choix, le thérapeute restant le plus souvent en dehors de la mise en place d'un processus qui va pourtant l'impliquer directement. Comment alors déterminer une telle structure, structure où le condamné aura le plus de chance de se reconnaître pour, peut-être, s'y investir d'une manière plus personnelle et véritable ?

L'évaluation des soins et la circulation des informations durant la mesure

En l'absence d'échange d'information, nul ne s'étonnera, de ce que la probation soit considérée, au titre de cette mesure de soins et par beaucoup, comme une "enveloppe vide", le "patient-condamné" évoluant en "électron libre" entre les sphères médicale et judiciaire. Secrets professionnels et mesures de contrôle peu formalisées concourent au morcellement des informations. Il en est ainsi de la production de certificats médicaux (reflets fréquents de l'illusion d'un soin), et du contrôle régulier des valeurs biologiques sanguines (parfois non spécifiques et d'interprétation strictement médicale)... Le corps médical et le corps judiciaire ont alors une relation en "V" dont le condamné est la pointe et les professionnels les extrémités supérieures.

Dimension médicale

Aspects déontologiques (Cordier, 1998 ; Hénin et al., 1994 ; Jouandou-Cayron, 2000)

L'obligation de soins est souvent médico-psychologique ou psychiatrique car les infractions concernées correspondent souvent à des "troubles du comportement" auxquels est fréquemment associée l'anomalie mentale. Plusieurs articles du nouveau code de déontologie peuvent être concernés et doivent être pris en compte, notamment :

- l'indépendance professionnelle (article 5) : l'obligation de se soigner n'est pas l'obligation de soigner (Bonneteau et al., 1996) ;
- le libre choix de son médecin (article 6) : le

juge n'impose pas tel ou tel thérapeute mais émet le choix d'une institution ou d'un organisme offrant les garanties "nécessaires" (... à la non-récidive judiciaire ?) ;

- le consentement (article 36) : il s'agit alors de savoir si le principe du consentement aux soins peut être modifié au motif que le patient s'est rendu coupable d'une infraction ;

- le secret médical (article 4) : il n'y a pas de soin sans secret médical.

Réflexion éthique. Quelle finalité des soins ?

Cette réflexion aborde notamment les possibilités de soins d'une classe nosographique principalement définie par un comportement transgressif en rapport à un produit et divise en leur sein les corps médical et judiciaire. Quelle peut être la légitimité de cette procédure qui situe le sujet dans ce paradoxe de la liberté d'être aliéné à un objet ou d'être contraint, via le soin, d'en devenir libre (Jovet, 1997, 1998) ? Obligation juridique, de moyen et non de résultat, se pose alors la question de l'accès aux soins pour des sujets qui n'en demandent pas. Deux logiques se profilent, celle de la sanction (la peine) et celle du soin. Deux discours, l'un judiciaire (pénal), et l'autre psychiatrique.

La prise en charge thérapeutique spécialisée

Orienté par la justice vers des structures essentiellement sur la nature du produit consommé et non sur le diagnostic psychiatrique, le praticien se confronte d'autant plus inexorablement au dispositif sanitaire de soins qui apparaît peu efficace au regard de l'ensemble hétérogène des conduites d'alcoolisations qui ne facilite ni le diagnostic précoce, ni la prise en charge des consommateurs à problème relevant de l'usage nocif et ne soigne qu'imparfaitement les alcoolodépendants (Reynaud et al., 1998 ; Rigaud, 1996). Que dire, alors, de la distinction récente d'un nouveau type d'usage, l'usage à risque ? D'autre part, l'existence d'un trouble de personnalité de type dysosiale ou émotionnellement labile souvent représenté (Ades, 1992 ; Lansier et al., 1993 ; Limousin, 2001), n'est pas sans poser de sérieuses difficultés de prise en charge. Dans ce contexte, lié à l'évolution du concept de dépendance et notamment à l'extension de ses limites nosographiques, le concept d'addiction (Parquet, 1995 ; Reynaud, 1994 ; Reynaud et al., 2000 ; Valleur, 1998) s'impose dès lors comme abord actuel incontournable qui propose une approche plus large de la dépendance commune à l'ensemble des dépendances aux substances psychoactives.

De nouvelles structures

■ Dans l'objectif de promouvoir un meilleur partenariat entre systèmes judiciaire, sanitaire et social, et de poursuivre l'amélioration du dispositif de soins donnés aux personnes en difficulté avec l'alcool, un nouveau type de structure voit progressivement le jour sous l'impulsion de la Mission intermi-

nistérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), par l'intermédiaire de son plan triennal de lutte contre la drogue et la prévention des dépendances 1999-2001 et de la circulaire du 17 juin 1999 du Garde des sceaux telles que la "Permanence d'orientation sanitaire et sociale" (POSS), en cours d'élaboration dans la Marne et la "Cellule-Toxicomanie-Santé-Justice" (CTS), située dans le Var à Toulon, effective depuis décembre 2000 (Limousin, 2001). Mises en application par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), ses articulations s'inscrivent dans une approche globale des addictions et individuelle de l'usage. De compétence strictement médicale, leur apport essentiel réside en une meilleure coordination de la mesure avec une orientation plus adéquate, une possible réévaluation de l'indication de soins, une incitation au travail multipartenarial dans le cadre du développement d'un réseau propre au produit ainsi qu'une circulation de l'information facilitée entre différents partenaires au préalable identifiés. Néanmoins, certaines difficultés persistent principalement relatives au secret médical et quelques-uns y voient réapparaître des questions non résolues des lois du 17 juin 1998 et 15 avril 1954 (Leclere, 1999). Au nombre de celles-ci, figurent ainsi le rôle du médecin coordonnateur ou celui des commissions médicales départementales. Dès lors, pourrait-on effectivement y voir des similitudes de fonctionnement avec la loi de 1998, à savoir d'une part et au même niveau, le médecin coordonnateur et les structures qui nous intéressent, et d'autre part les structures de soins en analogie au médecin traitant de 1998 ?

La loi du 15 avril 1954

■ Au vu de ces éléments, que reste-t-il donc de cette loi ? Peut-on voir en l'obligation de soins un substitut à celle-ci actuellement inapplicable ? Existe-t-il des similitudes entre les commissions départementales médicales et certaines structures telles que la POSS ou la CSTJ ?

De la loi de 54, l'on peut à peu près dire qu'il ne reste pratiquement rien et d'autres voies se créent pour soumettre à des soins des patients qui auraient pu être concernés par cette loi. Ainsi, le plus souvent même si danger avéré ou imminent il y a, l'alcoolique dangereux tombera sous le coup de la loi du 27 juin 1990 (Alj, 1992 ; Barbier, 1998 ; Day-Caraby, 1996 ; Tyrode et al., 1994). Envisageant le versant pré-sentenciel des mesures pénales, on peut s'autoriser à penser que l'application correcte de cette loi permettrait d'agir en amont de certains actes délictuels et de commission d'infractions plus généralement. Ceci permettrait ainsi de prendre en charge comme il est prévu dans le cadre strict de son application, l'aspect si judiciaire *ante delictum*. D'après la littérature somme réduite en la matière et notamment une étude statistique récente (Limousin, 2001), la principale infraction relevée dans cette population concerne la conduite en état alcoo-

lique (expression pour le moins mal appropriée d'ailleurs...). N'est-ce pas ici la preuve évidente d'une carence de soins rendue encore plus compréhensible par l'inapplication de cette loi et que, pour le coup, le dispositif actuel des soins ne permet pas aux médecins d'agir en amont ? La fréquence des ordonnances de placement sous contrôle judiciaire (OPCJ) utilisées par les magistrats pour prononcer une obligation de soins, lorsqu'ils pensent que le méfait d'un prévenu procède en partie d'un comportement pathologique ne se substituent-elles pas à l'inapplication de la loi de 54. "L'ordonnance", puisque c'est le terme consacré, est alors celle du juge (Rigaud, 1994). Ce dernier pourrait pourtant être à l'origine du signalement à l'autorité sanitaire le médecin consulté se substitue ainsi à celui qui serait chargé d'assurer l'examen initial. Enfin, le rapport social et familial est évincé. D'une manière plus générale, l'obligation de soins sous ordonnance de placement sous contrôle judiciaire apparaît comme une mesure judiciaire qui permet de faire l'économie d'une saisie de l'autorité sanitaire et de ses prérogatives. Cette articulation soigneusement précisée dans la loi de 1954 se trouve ainsi court-circuitée au profit d'autres modalités qui ne sont plus clairement référées à la loi (nous pensons ici par exemple au versant administratif des procédures de retrait de permis de conduire dans le cadre des alcoolémies routières et aux rôles dévolus aux commissions médicales de suspension du permis de conduire). La loi de 1954 aurait-elle donc encore aujourd'hui une légitimité dans le dispositif de soins des personnes en difficulté avec l'alcool ? Autrement dit, et en dehors de toute considération éthique, la question est de savoir si tout acte commis sous l'empire d'un état "alcoolique" témoigne d'un alcoolisme au sens d'une alcoolodépendance, et dans ce cas l'articulation médico-juridique est prévue par la loi de 1954, ou si au contraire, ces méfaits ne relèvent pas de celle-ci et appellent donc à d'autres modalités de réponses judiciaires (Rigaud, 1994) où la mesure d'obligation de soins peut prendre place. Au regard du versant post-sentenciel, les avis sont encore plus confus. Doit-on considérer comme relevant du même registre les obligations de soins accordées lors, par exemple, de libertés conditionnelles et soumises dans ce cadre au suivi médico-éducatif ? Une fois de plus, la loi de 1954 n'aurait-elle pu entrer en action à ce niveau ? La réflexion des juristes est visiblement toute différente considérant que ces applications relèvent de registres différents : l'un, du domaine sanitaire et social, avec un risque d'hospitalisation, l'autre plutôt pénal avec possible (ré)incarcération.

Pour finir, certains trouveraient au travers des modalités de fonctionnement du POSS et de la CTSJ, des similitudes avec les rôles des commissions médicales départementales, en tout cas dans leur compétence d'évaluation, leur contrôle du soin et de l'éventuelle sanction pénale qui peut en découler. Mais l'aspect principal de cette discussion n'est-il pas de s'interroger sur la signification même

d'un acte commis sous l'empire d'un état alcoolique ? Celui-ci témoigne-t-il d'une "dangerosité conjoncturelle" ou d'une alcoolodépendance relevant de l'articulation médico-juridique prévue par la loi de 1954 ?

Conclusion

■ Domaine encore mal connu et très regardé, l'obligation de soins présente une multi-dimensionnalité de par ses aspects judiciaire, institutionnel et thérapeutique. Cette obligation est l'une des plus prononcées par le juge et l'une des plus difficiles à manipuler. Son application ambivalente laisse toute la complexité du sujet, autant dans le domaine juridique que du soin médico-psychologique. Si de principe une obligation de soins est concevable au regard de l'intérêt général, on lui objecte souvent dans le domaine psychothérapeutique, le risque d'inefficacité qu'il peut générer. Il s'agit, sans nul doute, d'un travail singulier que de créer un climat de confidentialité propre à susciter la confiance tout en restant vigilant à chaque instant, savoir débusquer les faux-semblants sans arrêter trop tôt les élaborations laborieuses ou improductives (Du Mesnil du Buisson, 1996). De toute évidence, l'articulation médico-juridique apparaît de nos jours être une exigence de vérité. Le soin, dont seul le médecin peut définir la nature en fonction des critères diagnostiques et des dispositifs de soins en place, s'intègre véritablement au sein du suivi socio-éducatif au même titre que d'autres obligations, pour que le juge puisse faire au mieux la synthèse entre intérêt commun et devenir de la personne, synthèse qui conditionne qualité et efficacité de l'action judiciaire.

Les données sur le fonctionnement psychique de ces sujets sont parcellaires, les enquêtes épidémiologiques encore trop rares. Privilégiant un abord plus comportemental de consommation de substances psychoactives, c'est dans cet esprit que se mettent en place de nouvelles structures départementales s'inscrivant dans le cadre d'une politique nationale... Mais bien que séduisantes, ces structures seront-elles suffisamment efficaces pour rendre la cohérence au système de soins et améliorer l'indispensable synergie "santé-justice" dans le respect déontologique de chacun ?

Pour en savoir plus,
www.medspe.com :
PSY-SNC > **Connaissances**
 > **Approches diagnostiques**
 > **Addictions**



Références

- Adès J. *Les Relations entre alcoolisme et pathologie mentale*. Nervure, 1992 ; 5 : 64.
- Alj K., Massé G. *Réflexions sur la loi du 15 avril 1954*. Nervure, 1992 ; 5 (1) : 60-2.
- Barbier D. *La Dangerosité alcoolique*. 1^{re} éd. Paris, PUF, 1998.
- Bonneteau J.-P., Coutanceau R., Guillaume N., Du Mesnil du Buisson G., Perro Wolfrom G. *Justice et thérapie dans les procédures post-sentencielles*. Forensic, Rev. de Psychiatr. leg., 1996 ; 3 : 33-5.
- Bornstein S.J., Raymond G. *État dangereux*. Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 1996 ; Fasc. 37-145-A-10 ; 12-1987.
- Cordier B. *Obligation de soins et déontologie*. Forensic, 1996 ; 13 : 21-2.
- Day-Caraby I. *De l'obsolescence de la loi du 15 avril 1954 : à propos de neuf cas signalés à la DDASS de la Marne*. Mém. de DES Psych., Reims, 1996. Pas déposée à la BU, (CHRU Service Hôpital Maison Blanche Psychiatrie).
- Hénin M., Vernet A. *Certificat, secret médical, secret professionnel*. Inform. Psychiatr., 1994 ; 7 : 635-8.
- Jouandou Cayron I. *De l'obligation de soin au consentement éclairé*. Th. Méd. Tours, 2000.
- Jovelet G. *L'obligation de soins comme paradoxe au regard de l'histoire des institutions, de la question de la liberté et du soin*. In : 25^{es} Journées de l'Inform. Psychiatr., Strasbourg, 1998.
- Jovelet G. *L'injonction thérapeutique : une modalité de soins paradoxale équivoque ou logique ?* Inform. Psychiatr., 1997 ; 73 : 2.
- Leclère F., Paquaux C. *De l'obligation de soins : entre mode et pérennité...* Droit de la Santé, Gazette du palais, 1999 : 40-6.
- Limousin S. *Conduites d'alcoolisation-justice. Étude d'une population en obligation de soins post-sentencielles au centre d'alcoolologie médico-psychologique de Reims*. Th : Méd : Reims 2001.
- Parquet P.-J. *Alcool, autres drogues et dépendances*. Santé homme, 1995 ; 320 : 33-5.
- Reynaud M. *Du plaisir dans les addictions*. Ann. Psychiatr., 1994 ; 9 (3) : 163-4.
- Reynaud M., Parquet P.-J. *Les personnes en difficulté avec l'alcool : usage, usage nocif, dépendance : propositions*. Rapport de mission, Paris, CFES, 1998.
- Reynaud M., Parquet P.-J., Lagrue G. *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris, Odile Jacob, 2000.
- Rigaud A. *Les Réseaux de soins en alcoolologie*. Dépendances, 1996 ; 8 : 28-31.
- Rigaud A. *Alcool et Violences familiales*. Alcoolologie, 1994 ; 3 (16) : 181-7.
- Tyrode Y., Alberne T. *Obligation de soins aux alcooliques : loi de 1954*. Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 1994 ; Fasc. 37 901-A-30.
- Valleur M. *Au-delà des produits, les conduites addictives*. Actual dossier santé publi, 1998 ; 22 : 40-3.