

Le médecin coordonnateur dans l'injonction de soins... réflexions et partage d'expériences

P.-M. DANG-VU¹, V. DANG-VU², C. COTTIN³,
J.-Y. GUIROY⁴, F. NOUHET⁵, P. CEZERA⁶

RÉSUMÉ

L'injonction de soins fait partie des possibilités de soins obligés auxquels peuvent être contraints nombre de probationnaires. Par la loi du 17 juin 1998, l'injonction de soins fait intervenir le médecin coordonnateur dont le rôle n'est pas toujours compréhensible facilement par les conseillers d'insertion et de probation et par les médecins traitants, surtout quand le dispositif n'est proposé que depuis quelques mois dans certains départements. Une rapide précision du rôle de médecin coordonnateur devenait alors intéressante à proposer, afin que la lutte contre la récidive, dont tout praticien peut un jour être acteur, n'en soit que plus efficace.

Mots-clés : Suivi socio-judiciaire, injonction de soins, loi du 17 juin 1998, médecin coordonnateur, soins psychothérapeutiques, traitements pharmacologiques.

1. Dr. Pierre-Mathieu DANG-VU, psychiatre, médecin coordonnateur, praticien hospitalier, Centre Hospitalier de Niort (79000), service de psychiatrie et psychologie médicale. Courriel : pierre-mathieu.dang-vu@ch-niort.fr, Tél. : 05 49 78 39 70, Fax : 05 49 78 39 69.
2. Dr. Vincent DANG-VU, rhumatologue, radiologie osseuse, électromyographie, réparation du dommage corporel (Lognes 77 185), ancien interne des Hôpitaux de Nancy, ancien assistant chef de clinique.
3. Mme Cassandre COTTIN, juriste, Niort (79000).
4. Dr. Jean-Yves GUIROY, psychiatre, médecin coordonnateur, praticien attaché, Centre Hospitalier de Niort (79000), service de psychiatrie et psychologie médicale.
5. Dr. François NOUHET, praticien hospitalier, Centre Hospitalier de Niort (79000), service de psychiatrie et psychologie médicale.
6. M. Philippe CEZERA, cadre supérieur de santé, Centre Hospitalier de Niort (79000), centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles.

SUMMARY

CO ORDINATING PHYSICIAN IN CARE INJUNCTION : CONSIDERATIONS AND SHARED-EXPERIENCES

The care injunction is part of the mandatory care options which many probationers may have to abide by. The role of the coordinating physician who is involved, according to the Act of 17th June, 1998, is not always easily understandable by probational officers, insertion officers and general practitioner. This role is even more unclear in some departments of France where the system has only been in place for a few months. It has become important to redifine the coordinating physician's role so that overcoming recidivism can be achieved more efficiently, as any practitioner may one day have a part to play.

Keywords: Socio legal follow-up, care injunction, Act of June 17th, 1998, co ordinating physician, psychotherapy care, pharmacological treatment.

I. INTRODUCTION

L'injonction de soins (IS) est une des facettes des soins obligés, avec notamment l'obligation de soins (OS).

L'OS prévue par l'article 132-45 du Code pénal (CP) peut être mise en œuvre sans procédure particulière (ajoutée ou supprimée par ordonnance du juge de l'application des peines [JAP]). Les soins s'y rapportant, prévus par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du Code de la santé publique (CSP), concernent les condamnés faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle excessive de boissons alcooliques. Les soins sont jugés effectifs par la production de justificatifs de suivi par l'intéressé. *La concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé est à la discrétion des intéressés.*

L'IS a été créée par la loi du 17 juin 1998 [1] relative au suivi socio-judiciaire (SSJ) lorsque ce dernier est encouru et qu'une expertise médicale conclut à la possibilité de soins, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté [2].

L'article L. 3711-1 du CSP précise la mise en œuvre de l'injonction de soins prévue par l'article 131-36-4 du CP : « le juge de l'application des peines désigne, sur une liste de psychiatres ou de médecins ayant suivi une formation appropriée établie par le procureur de la République, un médecin coordonnateur [...] ».

L'article 131-36-4 du CP précise : « Sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique, s'il

est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale [...] ».

L'IS se distingue donc de l'OS notamment par la présence du médecin coordonnateur (MC) et la nécessité d'une expertise préalable.

Le MC se situe à l'interface entre justice et soins. Il intervient dans la mise en œuvre de l'injonction de soins : il est un intermédiaire entre le JAP et le médecin traitant (MT) et est donc un rouage à part entière de la lutte contre la récidive comme le dispose l'article L. 3711-1 du CSP. Le dispositif de l'IS se veut donc plus contenant pour le probationnaire et plus exigeant pour les soignants dont l'action est évaluée par le MC, ce dernier étant en lien avec les instances judiciaires.

Que son rôle soit présenté par la direction des affaires criminelles et des grâces [3], par le ministère de la santé et des sports [4, 5], les missions attribuées sont suffisamment claires ou floues – pour quelqu'un n'ayant pas reçu de formation juridique – pour permettre une latitude dans la pensée des soins du probationnaire. Le revers de la médaille est sans aucun doute le sentiment de solitude face à une répartition des responsabilités qui reste à être clarifiée.

Ces responsabilités, on peut l'imaginer, seront examinées en cas de rechute – récidives graves de ces patients – probationnaires pour le moins singuliers. Cet écrit est donc un condensé de l'expérience clinique d'un MC mais aussi une tentative de clarification du rôle de ce dernier.

C'est pourquoi l'objet de ce document renvoie à quelques certitudes mais aussi à beaucoup d'interrogations légitimement survenues dans le cadre d'une pratique forcément interpellée par la multiplicité des tableaux cliniques et judiciaires rencontrés.

II. LES QUELQUES CERTITUDES

Le médecin coordonnateur, ayant reçu une formation adéquate et inscrit sur la liste ad hoc du procureur, est nommé par ordonnance du JAP. Sa mission est de garantir un équilibre satisfaisant entre les préoccupations de la justice et les exigences du secret médical [3]. Il n'a pas pour mission de traiter le condamné. Il est donc amené à voir le patient une fois par trimestre selon les documents sus cités, ou « au moins une fois par an » comme précisé dans certaines ordonnances

afin de réaliser un bilan de la situation du probationnaire. Il rend son rapport au moins une fois par an. Il y transmet au JAP et/ou au travailleur social les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins.

III. LES INTERROGATIONS, L'EXPÉRIENCE DE L'AUTEUR

Bien que la loi (Cf. supra) ait prévu l'injonction de soins dans le cadre d'un SSJ depuis 1998, la mise en œuvre du dispositif à Niort remonte seulement à mai 2011.

Le MC doit conseiller le MT *si celui-ci en fait la demande* [3]. Sur les vingt-et-un probationnaires que nous prenons actuellement en charge, aucun de leurs médecins traitants ne nous a demandé conseil (nous prenons donc les devants) et deux ont refusé d'avoir accès au dossier judiciaire (et notamment les expertises) de leurs patients, que la loi nous oblige à leur proposer.

A savoir que le MT doit fournir son accord écrit par lettre recommandée avec avis de réception au MC pour la prise en charge du probationnaire, ce qui n'a jamais été fait en l'occurrence dans notre expérience.

Si tant est que notre rapport est accompagné de « propositions » sur les modalités de poursuite de la mesure (art. R. 3711-21 du CSP), le JAP ne peut intervenir dans le déroulement des soins décidés par le médecin traitant (art. R. 3711-18 du CSP). La limite est à notre sens ténue quand la non observation du SSJ entraîne un emprisonnement supplémentaire.

Qu'est ce que le suivi socio-judiciaire opposable au probationnaire ? Nous dirions une prise en charge holistique (« globale ») intégrant le suivi par le conseiller d'insertion et de probation (CIP), MT, JAP, MC... mais parfois aussi la prise en charge médicalemente et la surveillance biologique (ex : bilan hépatique, volume globulaire moyen, transferrine désyalisée, surveillance urinaire de prises de toxiques, testostéronémie, etc.).

Dans l'expérience menée à Niort, un hiatus peut parfois survenir quand MT et MC ne sont pas d'accord sur l'indication d'un traitement médicamenteux, et plus précisément quand le MT, même appuyé par une ou plusieurs expertises, se refuse à prescrire un traitement médicamenteux. Sans savoir si tout était fait dans les règles de l'art, nous avons pris le parti, quand aucun traitement médicamenteux ou surveillance biologique

n'avaient été prescrits – ces derniers ayant été jugés utiles si ce n'est obligatoirement préalables à une prise en charge cohérente – de les faire ordonner par un confrère « consentant ». Ceci surajoute une lourdeur au dispositif, et peut faire comprendre au probationnaire que son état ne justifie pas pleinement l'ensemble des mesures préconisées.

Pour les médecins traitants timides ou impressionnés par l'étendue de leurs missions, il est bon de leur (re)préciser que la loi les autorise à prescrire tous genres de médicaments (y compris les médicaments inhibant la libido et donc également les neuroleptiques retard) comme le précise l'article L. 3711-3 du CSP.

Sur les vingt-et-un probationnaires cités plus haut, deux ont été réincarcérés. Un pour des faits antérieurs à la condamnation accompagnée du SSJ et découverts récemment, et un pour une authentique récidive dans un contexte de précarisation sociale et affective brutale.

IV. LE RAPPORT DU MC

Ce rapport doit être transmis une fois par an et deux fois par an pour certains criminels dont le crime est mentionné à l'article 706-53-13 du Code de procédure pénale.

L'option que nous avons choisie est de transmettre un premier jet dès la fin de la première rencontre, ce qui permet par un support écrit d'entrer en contact avec les différents intervenants et de confronter les points de vue. Dans ce rapport, un résumé des différentes expertises et jalons (relevés SPIP [service pénitentiaire d'insertion et de probation], comptes rendus d'audition, etc.) de la prise en charge déjà existants est réalisé, ce qui permet sur un seul document d'évaluer le parcours du probationnaire : évolutions d'un éventuel déni, prises en compte de la victime et des répercussions des actes dans le discours du probationnaire, etc.

Se suivent ensuite des rapports annuels obligatoires ou d'autres exceptionnels quand la situation l'exige : non observation du suivi, évolutions notables, mises au point nécessaires, etc.

Ce rapport, plus qu'une obligation parfois fastidieuse dont il faut s'acquitter, peut alors devenir une pièce maîtresse du dossier du condamné. Il est adressé à tous ceux qui prennent le condamné en charge, il est l'objet de débat, est partagé avec le condamné lors des consultations avec le MC ou de réunions triangulaires

(rassemblant soignant, probationnaire, conseiller d'insertion et de probation) et trouve donc son utilité dans sa publication pluri annuelle, tenant alors compte de l'évolution – et de l'évolutivité – de la situation des condamnés.

V. CONCLUSION

Sans vouloir être à tout prix consensuel, c'est la cohérence de pensée du soin entre tous les intervenants (MC, MT, JAP, SPIP, infirmière libérale parfois) qui permettra au patient – probationnaire d'intégrer la nécessité d'une prise en charge globale de sa problématique d'agresseur ou ex-agresseur. L'interface que représente le MC ne peut être utile et efficace que si un lien ici matérialisé par le(s) rapport(s) pluri annuels, rend synergique l'action des différents intervenants du monde de la Santé et de celui de la Justice.

Le souci principal du MC est de donner, si besoin était, cette cohérence à la prise en charge de ces patients condamnés, d'en assurer le maintien, et de pouvoir grâce à sa position extérieure aux soins et à sa formation de médecin avoir une fonction de conseil ou d'orientation quant aux soins administrés.

Les trois principales questions auxquelles il doit répondre pourraient donc être les suivantes : « les soins sont-ils adaptés, faut-il les modifier, quel type de traitement médicamenteux faut-il éventuellement mettre en place en plus du suivi psychothérapique ? ».

Pour ceux qui sont parfois face à leurs propres limites et impuissances : quand trop de probationnaires considèrent leur peine exécutée, disant souffrir d'un SSJ supplémentaire et contraignant, c'est à nous de remettre en exergue la gravité des actes posés et la nécessaire inquiétude sociétale à leur sujet. Ne soyons pas entraînés dans leur propre banalisation d'actes parfois anciens. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, version consolidée du 26 juillet 2009, paru au JO n° 139 du 18/06/1998 (rectificatif paru au JO n° 151 du 02/07/1998).
- [2] Guide de l'injonction de soins, chap. 2, p13-15, ministère de la santé et des sports, août 2009.

- [3] Le médecin coordonnateur, présentation du dispositif, circulaire du 20 septembre 2010, direction des affaires criminelles et des grâces, sous direction de la justice pénale générale.
- [4] Arrêté du 24 mars 2009 relatif à la formation des médecins autres que psychiatres pouvant être inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs prévue à l'article L. 3711-1 du code de la santé publique, ministère de la Santé et des Sports.
- [5] Prévention de la délinquance sexuelle, injonction de soins et suivi socio-judiciaire, livre VII, lutte contre les maladies et dépendances, Code de la Santé Publique. Articles L. 3711-1 et suivants.