

Dr Chantal Odile Cypriani*, Dr Jacques Yguel**

* Praticien hospitalier, Addictologue, Hôpital d'Hautmont, Avesnes-sur-Helpe, France

** Addictologue, Chef de service, Département d'alcoologie et de conduites addictives, Centre hospitalier du Pays d'Avesnes, BP 10209, F-59363 Avesnes-sur-Helpe Cedex. Courriel : jacques.yguel@ch-pays-avesnes-59.fr

Reçu août 2007, accepté avril 2008

Médecin interface santé-justice

Description et évaluation d'un dispositif expérimental en alcoologie

Résumé

La rareté des échanges entre le "monde médical" et le "monde judiciaire" est une source de difficultés pour la prise en charge de condamnés ayant un problème avec l'alcool. Dans le but de mieux coordonner la "complémentarité" de la prise en charge, un dispositif expérimental a été mis en place pour les personnes ayant commis une infraction en étant alcoolisées et soumises à une obligation de soin. Les objectifs principaux étaient, du point de vue judiciaire, de diminuer les délits ultérieurs liés à l'alcool et, du point de vue thérapeutique, de modifier la relation du condamné à l'alcool. Le protocole du dispositif comprenait sept étapes dont la réquisition d'un médecin interface (MI) et l'implication du juge de l'application des peines (JAP) et des agents du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). Après validation par les instances judiciaires et "ordinales", une évaluation du dispositif a été réalisée en incluant aléatoirement les condamnés dans deux groupes : un groupe témoin (91 condamnés) et un groupe MI (89 condamnés). Les données sur l'évolution du condamné et la survenue de délits après prise en charge ont été collectées et analysées par une société indépendante. La faisabilité du dispositif a été établie. Il a été toutefois observé que le premier rendez-vous avec le MI était tardif (12 mois après la condamnation dans 42 % des cas). Tous les condamnés avaient commis un délit en état d'ivresse. Pour 56 % d'entre eux, le bilan biologique était normal. Tous les condamnés ont été orientés vers un dispositif de soins spécialisés. L'obligation de suivi du dispositif a été respectée dans 73 % des cas. L'attitude globale des condamnés pendant leur prise en charge est moins positive dans le groupe MI que dans le groupe témoin, mais elle évolue favorablement au cours du temps, avec des motivations au changement accrues. Dans le groupe MI, la consommation d'alcool hebdomadaire déclarée est divisée par trois au terme de la prise en charge (la mesure n'a pas été faite dans le groupe témoin). Pour les condamnés ayant respecté l'obligation de soin le taux de récidive à deux ans est supérieur dans le groupe MI (22,2 %) par rapport au

Summary

Health-justice interface physician. Description and evaluation of an experimental system in addiction medicine

The limited exchanges between the "medical world" and the "judicial world" is a source of difficulties for the management of offenders with alcohol problems. In order to more effectively coordinate complementary management, an experimental system was set up for people who had committed an offence under the influence of alcohol and who were sentenced to mandatory treatment. The primary objectives from the judicial point of view were to decrease subsequent alcohol-related offences and, from the therapeutic point of view, to modify the offender's relationship to alcohol. The protocol comprised seven steps including requisition of an interface physician (IP) and intervention by a sentencing judge (SJ) and agents of the penitentiary rehabilitation and probation (PRP) department. After validation by judicial and "ordinal" authorities, an evaluation of the system was performed by randomly including offenders in two groups: a control group (91 offenders) and an IP group (89 offenders). Data on the course of the offender and subsequent offences after management were collected and analysed by an independent company. The feasibility of the system was confirmed. However, the first appointment with IP was delayed (12 months after the sentence in 42 % of cases). All offenders had committed an offence in a state of drunkenness. The laboratory assessment was normal in 56 % of cases. All offenders were referred to a specialized treatment centre. Compliance with the mandatory system was observed in 73 % of cases. The overall attitude of offenders during their management was less positive in the IP group than in the control group, but evolved favourably over time with increased motivation to change. In the IP group, the declared weekly alcohol consumption was divided by three at the end of management (not measured in the control group). For offenders complying with the mandatory treatment order, the recurrence rate at two years was higher in the IP group (22.2 %) compared to the control group (9.4 %). This result was

groupe témoin (9,4 %). Ce résultat n'était pas attendu. Si une évolution positive a été enregistrée sur le plan médical, le dispositif MI n'a donc pas permis de diminuer les récurrences, qui restent cependant globalement faibles. Cette constatation amène à se poser la question de l'intérêt "d'un médecin relais".

Mots-clés

Alcool – Santé – Justice – Médecin – Obligation de soin – Récidive – Interface.

Le secret médical et la délivrance de certificats à l'occasion des consultations ont toujours rendu complexes les relations entre le milieu médical et l'institution judiciaire. Cette difficulté s'accroît quand le condamné devient patient, lors d'une obligation de soin ou dans l'application de sa peine. Le champ de l'addictologie est confronté quotidiennement à cette problématique puisque 21 % des consultations de cette activité correspondent à ce type de demande (1). De plus, dans notre "patientèle", environ 50 % des consultants ayant des enfants de moins de 15 ans sont sous la menace d'un placement des enfants ou ont un enfant placé par le Juge pour enfants, avec une obligation de soin (2).

Si le soignant est censé être rompu à la dynamique de changement à travers des entretiens motivationnels pour un patient "volontaire", il est beaucoup moins à l'aise avec ce patient condamné. Celui-ci considère la démarche comme étant celle du juge (et non la sienne) et exige un certificat attestant soit sa présence (et/ou son implication dans le soin), soit le constat qu'il n'a pas de besoin de soin. Dans cette situation, chaque intervenant construit sa propre pratique. Pour rester le plus proche possible des textes législatifs, il bâtit des stratégies en essayant de tenir compte des textes sur le secret professionnel (3, 4). Il en résulte qu'il ne délivre parfois "aucun document" ou se contente de lister les absences et présences du condamné aux rendez-vous fixés. Certains certificats distinguent la venue de la personne du fait qu'elle ait ou pas été vue par un soignant. Très souvent, c'est à l'intervenant judiciaire de décrypter le sens qu'il doit donner aux certificats ou à leur absence (5, 6).

Ces difficultés sont liées, à notre avis, à l'absence de contact entre le "monde médical" et le "monde judiciaire". Dès lors, les malentendus s'installent :

- le monde médical soupçonne son pendant judiciaire d'être capable d'"embastiller" ses patients (voire eux-mêmes) sur la base de la révélation d'un secret médical (qui

unexpected. Although a favourable medical course was observed, the IP system therefore did not decrease the recurrence rate, which nevertheless remained globally low. This finding raises the question of the value of interface physicians.

Key words

Alcohol – Health – Justice – Doctor – Mandatory treatment order – Recurrence – Interface.

reste l'élément fondamental de l'acte médical) et défend le rôle des soignants ;

- le monde judiciaire est lassé de voir son pendant médical se dédouaner de son rôle citoyen et perpétuer des fantasmes sur les "foudres judiciaires".

Malgré cela, de nombreuses conventions ont été signées entre des dispositifs alcoolologiques (ou addictologiques) et des dispositifs juridiques, aussi bien en présentiel qu'en postsentenciel ; ceci à travers les Conventions départementales d'objectifs (CDO) (7). Par exemple, des budgets ont été dégagés pour que des contrevenants conduisant en état d'alcoolisation puissent rencontrer un intervenant du monde médical et bénéficier d'informations ou de soins (8).

Le dispositif addictologique de l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe (Nord) n'a pas échappé à de tels questionnements. Grâce à une attitude volontariste des intervenants médicaux et judiciaires pour dépasser ces clivages, des rencontres ont été organisées et des modalités de collaboration recherchées. Plus d'un an de travail a permis la mise en place localement d'une "Conférence santé-justice" dont les travaux ont abouti à la création de deux dispositifs : le premier concerne l'accueil des victimes d'agressions sexuelles et le second, considéré comme expérimental, concerne la prise en charge des condamnés après infraction en état d'alcoolisation. C'est ce dernier dispositif, appelé médecin interface (MI), qui est présenté ici.

Historique de la création du dispositif

En 1999 et en 2000, à la demande du procureur du Tribunal de grande instance (TGI) d'Avesnes-sur-Helpe, un premier groupe de travail, associant l'ensemble des acteurs judiciaires et médicaux intéressés par les relations santé-justice, a réfléchi à la possibilité d'actions concertées. La prévalence des délits locaux liés à une consommation d'alcool étant très élevée, cette thématique a été retenue par le groupe (avec celle des agressions sexuelles, égale-

ment très fréquentes). Dans une première phase, chacun des acteurs a explicité sa terminologie, ses modalités de travail et ses limites. La mise en place d'un dispositif MI a ensuite été décidée car celui-ci semblait le mieux répondre aux besoins détectés. Le groupe de travail s'est attaché à résoudre les problèmes liés à l'aspect légal du dispositif (partie judiciaire), au respect de l'éthique médicale (partie médicale) et à la mise en place de son évaluation (partie scientifique). Sur le plan légal, tenant compte du dispositif de la loi dite de 1970 sur les injonctions thérapeutiques (9) et de la loi sur les suivis socio-judiciaires de 1998 (10), le dispositif a été structuré autour d'un médecin coordinateur (MI). Sur le plan de l'éthique médicale, un représentant du Conseil de l'ordre des médecins a été invité aux réunions du Groupe de travail et le projet finalisé a été soumis officiellement à l'Ordre qui a donné un avis favorable. Sur le plan scientifique, l'amorce d'un Réseau local de recherche clinique en addictologie a favorisé l'initiation d'une démarche scientifique (11) et il a été fait appel à une société spécialisée dans l'évaluation médicale (TEREO) pour une assistance méthodologique et le traitement des données recueillies.

La mise en place effective du dispositif a nécessité deux ans de travail (2000-2001). Un budget a été obtenu auprès de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) via la CDO du Nord-Pas-de-Calais. Une phase de faisabilité a débuté en 2001. Au terme de cette phase de cinq mois, un certain nombre d'ajustements a été effectué. Les inclusions dans le dispositif définitif ont commencé en juin 2002 pour s'arrêter en janvier 2004.

Descriptif du dispositif MI

Le dispositif MI comprend sept étapes.

- Déclenchement (inclusion dans le dispositif)

Le fait déclenchant est le jugement avec obligation de soin pour un délit avec mise en évidence d'une alcoolémie au-delà de 0,80 g d'alcool par litre de sang (soit 0,40 g d'alcool par litre d'air) ou d'un état d'alcoolisation, lors du délit, attesté par les témoins ou les forces de l'ordre.

- Réquisition du MI

La peine (ou le jugement) est notifiée au condamné. Le juge de l'application des peines (JAP) réquisitionne le MI, dans les termes prévus par l'article 740 du Code de procédure pénale pour qu'il s'assure de l'exécution de l'obligation de soin. Parallèlement, il "saisit" le Service pénitentiaire de probation et d'insertion (SPIP).

- Rencontre avec le référent du SPIP

Cette rencontre a pour objectif, entre autres :

- de demander au condamné de prendre rendez-vous avec le MI ;
- de remettre au condamné, sous pli cacheté, une demande d'analyse de sang prescrite par le MI ;
- d'énoncer la procédure pour garantir que le prélèvement sanguin est bien effectué sur le condamné. Cette garantie est assurée par la remise d'un document spécifique au laboratoire d'analyse médicale que fera remplir le condamné au moment du prélèvement ;
- de rappeler au condamné les garanties de confidentialité concernant l'utilisation des résultats biologiques qui ne seront lus que par le MI dont le rôle est expliqué.

- Rencontre avec le MI

Le MI, lors de la première rencontre avec le condamné-patient, précise une nouvelle fois les obligations de secret professionnel et les rôles des différents "partenaires judiciaires". Il commente les résultats de l'examen sanguin et les situe dans les conduites de consommation d'alcool (12). Il définit le type de conduite de consommation et le type de prise en charge préconisés pour répondre aux questions du JAP (qui souhaite s'assurer de l'exécution de l'obligation de soin). Le MI contractualise avec le condamné les modalités de prise en charge et le choix d'un médecin traitant chargé de mettre en œuvre les soins. Le condamné garde son libre arbitre quant à la désignation de son médecin traitant sachant que ce dernier est également garant du secret professionnel. Une information est donnée sur le dispositif alcoologique local. Le compte rendu de cette première rencontre est envoyé au JAP, au SPIP et au médecin traitant sollicité. Ce compte rendu atteste essentiellement de l'accord du condamné-patient et de la mise en place de l'obligation de soin. Un nouveau rendez-vous est fixé au condamné-patient.

- Prise en charge par le médecin traitant

Le condamné-patient rencontre le médecin traitant qui accepte ou non la prise en charge. En cas de refus, un autre médecin traitant est recherché.

- Premier bilan

Un premier bilan est effectué six mois après le début de la prise en charge, lors d'une rencontre entre le MI et le condamné-patient. Le bilan porte sur la réalité de la mise en place de l'obligation de soin, notamment sur le respect des consultations auprès du médecin traitant, via une "fiche de suivi". Pour le MI, il s'agit aussi d'analyser le processus de changement engagé par le condamné patient et d'évaluer la nécessité ou non de la poursuite de l'orienta-

tion médicale, c'est-à-dire la pertinence de l'obligation de soin. Un document type reprenant ces trois points (et uniquement ceux-là) est adressé au JAP. Ce document, comme les autres évoqués ci-dessus, a été mis au point et validé lors du travail préparatoire à l'étude.

- Suivi de la prise en charge

Le suivi de la prise en charge est réalisé lors de rencontres semestrielles entre le MI et le condamné-patient pendant toute la durée du sursis/mise à l'épreuve (SME). À chacune de ces rencontres, le MI consigne ses remarques et ses décisions dans un rapport qui est transmis au JAP et au SPIP. Une copie du document est systématiquement remise au condamné-patient.

Méthode d'évaluation du dispositif

Objectifs principaux

Les deux objectifs principaux sont l'évaluation du nombre de délits après la prise en charge dans le dispositif (comparaison du nombre de délits entre les deux groupes) et l'évaluation du bénéfice pour le condamné sur le plan de sa relation à l'alcool (évolution du nombre de consommations standard dans le groupe pris en charge par le MI).

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont l'évaluation du comportement du condamné et celle de la perception du dispositif par ses différents acteurs.

Méthodologie

L'évaluation n'avait de sens que si les résultats obtenus avec le dispositif MI étaient comparés à des données de référence. Le principe est de comparer les résultats de deux groupes de condamnés, un groupe dans lequel les condamnés sont astreints à la peine et à l'obligation de soin selon les modalités habituelles et un groupe dans lequel les condamnés sont pris en charge par le dispositif MI. Le but étant d'obtenir des groupes ne différant que par le type de prise en charge, un tirage au sort (selon la méthode dite de "randomisation par bloc") a été effectué pour chaque condamné afin de l'orienter dans l'un des deux groupes. Les comparaisons statistiques de résultats entre les deux groupes ont été effectuées par le test de Student pour les

données continues ou par le test Z de comparaison des pourcentages. Les tests avec appariement ont été utilisés pour les données chez les mêmes sujets

Réalisation pratique

Un protocole d'évaluation a été rédigé et diffusé à tous les acteurs du dispositif. Le dénombrement des condamnations postérieures à la prise en charge, objectif principal, a été réalisé par le JAP. Les autres données nécessaires ont été recueillies grâce à des fiches d'évaluation spécifiques à chaque type d'intervenant : JAP, SPIP, MI. Les fiches ont été remplies pour chaque condamné sans que l'intervenant remplissant la fiche n'ait connaissance des informations fournies par les autres intervenants.

Remarque sur la date d'arrêt de l'évaluation

L'arrêt de l'évaluation a été décidé sur la base d'un critère pratique : la nécessité de prendre, dans un délai raisonnable, une décision sur l'intérêt de poursuivre le dispositif. Le recul pour obtenir des résultats significatifs sur l'incidence des récidives a été jugé suffisant en 2007.

Résultats de l'évaluation du dispositif

Caractéristiques générales des populations étudiées

Comme l'indique le tableau I, 130 condamnés ont été inclus dans le dispositif MI dont 89 évalués. 91 condamnés ont constitué le groupe témoin. L'âge moyen est de 38 ans (écart type : 9,3 ans) dans le groupe MI, et de 38,2 ans (écart type : 10,6 ans) dans le groupe témoin. La différence est statistiquement non significative (NS). Dans le groupe MI, 72 % des condamnés avaient un casier judiciaire antérieur, 73 % dans le groupe témoin (NS).

Tableau I : Inclusions dans le dispositif

Groupe	Type d'inclusion	N
Médecin interface	Préévaluation*	35
	Hors protocole**	6
	Sujets évalués	89
Témoin		91

* Condamnés ayant bénéficié du dispositif pendant la période de mise en place, avant le début de l'évaluation.

** Condamnés ayant été inclus par erreur ou n'ayant pas bénéficié du dispositif.

Les types d'infraction, analysés dans le groupe MI, sont principalement la conduite en état d'ivresse (aggravée ou pas) (51 %) et la violence (23,8 %). Les autres délits sont le vol (6,3 %), l'outrage aux autorités (5,6 %), les délits sexuels (4,9 %), la dégradation (4,9 %). Avec une fréquence inférieure à 2 %, sont cités l'homicide, l'usage des stupéfiants et des délits divers. 61 % des condamnés avaient un SME de plus de 24 mois et 38 % un SME entre 12 et 24 mois. Il n'a pas été possible d'obtenir des données complètes sur le type d'infraction dans le groupe témoin car celles-ci ne sont pas collectées dans la pratique habituelle par le SPIP qui a de plus un turnover important de son personnel. Il en a été de même, toujours dans le groupe témoin, pour certaines données concernant les modalités du suivi de l'obligation de soin, pour lequel il n'y a pas de "standardisation" du recueil de données, habituellement.

Caractéristiques du groupe MI

Le groupe MI comprenait 94 % d'hommes, le groupe témoin 96 % (NS). Sur le plan de la consommation d'alcool, 90 % des condamnés du groupe MI étaient des consommateurs dépendants, les autres étant des consommateurs à "usage nocif". Au moment du délit, seulement 38 % avaient déjà bénéficié d'une consultation alcoologique.

Déroulement du dispositif

25 % des condamnés ont eu leur premier rendez-vous avec le MI dans un délai de six mois après leur condamnation, 33 % entre six mois et un an, 42 % après plus d'un an. La durée effective de la prise en charge dans le dispositif a donc été inférieure à celle du SME, avec une moyenne de l'ordre d'un an. Un bilan sanguin initial a été effectué par 82 % des condamnés. Le tableau II indique les résultats de ces bilans. On constate que plus de la moitié des bilans étaient normaux. Quand le bilan était perturbé, on notait l'augmentation de la gamma-glutamyl-transpeptidase (GGT) et du volume globulaire moyen (VGM) et/ou des triglycérides dans seulement 35 % des cas.

Tous les condamnés ont été orientés vers un suivi médical spécialisé et pratiquement tous ont également été orientés vers un dispositif de "sensibilisation". Celle-ci était réalisée lors de sessions d'information sur l'alcool, sur ses dangers, sur les textes en vigueur et sur le dispositif d'accompagnement local. Des sessions de sensibilisation ont été incluses dans le suivi de personnes non dépendantes pour

Tableau II : Bilan sanguin initial dans le groupe MI

Bilan sanguin initial	N	% (sur les données renseignées)
État		
Non perturbé	35	55,6
Perturbé	28	44,4
Non renseigné	3	
Total	66	
Perturbation		
Augmentation de la GGT et du VGM	9	32,1
Augmentation de la GGT	8	28,6
Augmentation du VGM	7	25
Augmentation de la GGT, du VGM et des TG	2	7,1
Augmentation des TG	1	3,6
Autres	1	3,6
Total	28	

lesquelles il y aurait eu moins de légitimité à leur proposer des soins. Dans 91 % des cas, le médecin désigné initialement a donné son accord pour suivre le patient pendant la durée de son obligation de soin. Enfin, seulement deux arrêts d'obligation de soin ont été prononcés dans le groupe MI.

Attitude des condamnés pendant le déroulement du dispositif

Les trois quarts des condamnés ont respecté leur obligation de suivi, ce qui correspond à ce qui est habituellement constaté dans la population tout-venant (13). Ils ont bénéficié de trois consultations, en moyenne, chez le médecin traitant. Le MI et le SPIP disposaient d'une grille d'évaluation comportant trois niveaux : attitude positive, attitude passive et attitude négative. Le MI a constaté une nette évolution de l'attitude des condamnés pris en charge, lors de ses différents entretiens. Entre le premier et le dernier entretien, le pourcentage de condamnés ayant une attitude positive est passé de 53,5 % à 88,5 % ($p < 10^{-3}$). Pendant la même période, les attitudes négatives passaient de 31 % à 3,8 % ($p < 10^{-3}$).

Seuls les agents du SPIP ont reçu les condamnés des deux groupes. Au départ, 21,9 % des condamnés avaient une attitude négative dans le groupe MI contre 2,7 % dans le groupe témoin ($p = 0,01$). Au dernier entretien, le pourcentage d'attitudes négatives était identique dans les deux groupes (5,9 % dans le groupe MI et 5,3 % dans le groupe témoin). Dans les deux groupes, l'évolution de l'attitude positive est très semblable. Elle passe de 78,4 % à 89,4 % dans le groupe témoin et de 62,5 % à 70,6 % dans le

Tableau III : Évolution de la consommation déclarée dans le groupe médecin interface

	Consommation déclarée hebdomadaire (UCS)				Significativité
	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	
À l'entretien initial (N = 59)	22,1	14	0	84	p < 10 ⁻³
Au dernier entretien (N = 26)	8,4	4,5	0	30	

UCS : Unités de consommation standardisée (contenant dix grammes d'alcool pur).

groupe MI (différences NS). L'interprétation de ces résultats doit être prudente car les jugements ont été portés par des personnes différentes (les condamnés ayant été suivis par différents agents de probation), contrairement aux évaluations par le MI.

Le MI a évalué la dynamique de changement chez les condamnés. Il a constaté une évolution positive avec, notamment, un pourcentage de condamnés en phase d'action (stade de motivation) passant de 18,3 % à 40,8 % entre le début et la fin de la prise en charge (p < 0,05).

Appréciation de l'efficacité par les acteurs du dispositif

L'avis, recueilli par questionnaire, des différents acteurs du groupe MI sur le résultat du dispositif est majoritairement positif. Le jugement le plus favorable est porté par le MI (86,2 % d'appréciations positives), le jugement le moins favorable est porté par le SPIP (63,2 % d'appréciations positives). Il est intéressant de constater que le jugement du condamné se situe entre les deux (70 % d'appréciations positives). Les discordances d'appréciation entre le MI et le SPIP ne portent que sur 15 % des dossiers et essentiellement sur l'authenticité du discours du patient-condamné. Le MI regarde un patient-condamné, le SPIP un condamné, sans donner une connotation péjorative à cette attitude.

Comparaison des appréciations entre le groupe MI et le groupe témoin

La comparaison de l'appréciation des résultats entre le groupe témoin et le groupe MI ne peut se faire que sur les données recueillies auprès des condamnés et du SPIP. Les condamnés et le SPIP fournissent des appréciations plus positives dans le groupe témoin : 93,7 % des appréciations sont positives pour les condamnés contre 70 % dans le groupe MI et 94,1 % des appréciations sont positives pour le SPIP contre 63,2 % dans le groupe MI. Les différences entre groupes sont statistiquement significatives (p < 0,05).

Résultats sur la consommation d'alcool dans le groupe MI

Le tableau III montre une diminution importante de la consommation déclarée d'alcool, en unités de consommation standardisées (UCS), entre le début et la fin de la prise en charge. La consommation déclarée baisse d'environ deux tiers (p < 10⁻³). On peut émettre des réserves sur la fiabilité des déclarations, mais la différence est suffisamment importante pour être le reflet d'un réel changement. Il n'a pas été possible d'obtenir les données pour le groupe témoin.

Résultats sur la récidive après prise en charge

Au terme de l'étude, il n'a pas été possible de collecter la totalité des informations sur les récidives. L'absence de données est due à des difficultés pratiques de recueil qui ne sont pas spécifiques à l'un des groupes étudiés. Devant le risque de biais introduit par les données manquantes, il a été vérifié que les caractéristiques des populations évaluées pour la récidive étaient comparables à celles des populations évaluées pour les autres critères. De plus, il a été vérifié qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative sur l'âge et l'existence d'un délit antérieur entre les deux groupes évalués pour la récidive.

Dans les deux ans qui ont suivi la fin de la prise en charge, le taux de récidive dans le groupe témoin a été nettement moins important que dans le groupe MI (tableau IV). La différence de 13 % entre les deux groupes est à la limite de la significativité (p = 0,055). On peut donc affirmer, avec un faible risque d'erreur, que le dispositif MI ne permet pas de limiter les récidives. Celles-ci semblent davantage liées à l'existence ou non d'un casier judiciaire

Tableau IV : Récidives après prise en charge

Groupe	Condamnés évaluables N	Récidives		Significativité
		N	%	
Médecin interface	81	18	22,2	p = 0,05
Témoin	53	5	9,4	

antérieur (91 % de récidivistes, pour les deux groupes confondus, en ont un !).

Discussion

Le dispositif évalué émane d'une phase préliminaire de contacts entre intervenants du monde judiciaire et du monde de la santé. Ce dispositif se voulait expérimental pour s'inscrire dans une démarche de recherche-action éventuellement reproductible. Le temps important consacré au travail méthodologique préparatoire a été la meilleure preuve de l'intérêt de chacun des acteurs pour la dynamique initiée et a témoigné du souhait de tous de mettre en place un dispositif pérenne qui puisse être évalué et diffusé si ce dernier se révélait efficace.

Les partenaires étaient peu habitués aux exigences de l'évaluation scientifique et la première étape – attribution aléatoire des condamnés dans un groupe expérimental ou dans un groupe témoin – a donné lieu à des débats aussi bien juridiques que médicaux. Un consensus a pu être obtenu et la méthodologie retenue a été validée par les instances judiciaires (pour l'aspect légal) et ordinales (pour l'aspect médical).

La réalisation s'est heurtée à plusieurs difficultés. Comme pour toute évaluation, il était indispensable de perturber le moins possible le fonctionnement des institutions. De ce fait, le recueil des données ne pouvait être imposé comme prioritaire. Trois procureurs au TGI d'Avesnes-sur-Helpe, trois JAP et trois directeurs du SPIP, acteurs-clés pour le recueil des données, se sont succédés pendant la période de l'évaluation. Ils ont tous accepté de collaborer, mais ces changements ont entraîné des retards importants dans le déroulement de l'étude.

Au terme du délai de suivi prévu, il manquait, de ce fait, un certain nombre de données, notamment sur les récidives. Le temps évalué pour récupérer ces données et les contraintes que cela imposait nous ont amenés à privilégier l'arrêt de l'étude et l'analyse des données en l'état.

Nous avons vérifié l'absence de biais en comparant statistiquement les caractéristiques sociodémographiques habituelles des sujets effectivement évaluables. Nous n'avons pas mis en évidence de différence entre les deux groupes. Les résultats exposés ne présentent donc pas toutes les caractéristiques requises par les exigences statistiques, mais ont fait l'objet d'une analyse qui minimise les risques d'erreur.

L'étude présentée montre que la mise en place d'un dispositif concerté santé-justice comportant une évaluation scientifique est faisable. La condition est un dialogue continu entre les intervenants. Le dispositif a permis de clarifier la place et les rôles de chacun des intervenants et leur chronologie d'intervention. Très concrètement, le dispositif a aussi permis de soulager le médecin traitant du "poids" des certificats médicaux puisqu'il n'en exigeait plus. Le problème délicat du secret médical vis-à-vis de la justice a été résolu par la contractualisation prévue dans le protocole et par la réquisition du MI. Pour la justice, le dispositif n'a pas entraîné une diminution du nombre des obligations de soin.

L'évaluation a fourni des résultats attendus et d'autres qui le sont beaucoup moins. Une fois de plus, le constat d'une prise en charge alcoologique (antérieure) insuffisante a été fait, puisque les trois quarts des condamnés étaient des récidivistes et que seule la moitié d'entre eux déclarait avoir déjà consulté un médecin spécialisé.

Le peu d'intérêt des résultats biologiques pour la classification de l'alcoolisme a été confirmé, alors que le critère biologique est habituellement retenu comme élément d'évaluation clinique et de répercussion "somatique" des consommations d'alcool. On a relevé 44 % de bilans biologiques perturbés pour 90 % de dépendants de l'alcool ! Le dispositif était destiné à fournir une aide à des consommateurs excessifs. Contrairement à notre attente, la population concernée était majoritairement dépendante. L'intérêt de l'étude n'en est qu'accru.

Les différents intervenants jugent majoritairement le dispositif efficace, mais les jugements sont plus favorables pour la procédure habituelle (groupe témoin). L'aspect contraignant du dispositif ne doit pas être étranger à cette constatation. Les jugements du MI et du SPIP concordent généralement sur l'attitude des condamnés pendant le déroulement du dispositif. Il y a plus de différence sur son efficacité subjective. Le MI donne de l'importance à l'évolution médicale dont n'a pas toujours connaissance le SPIP. De ce fait, son jugement est plus positif.

Pour le condamné-patient, le dispositif permet, au décours de la prise en charge, un accroissement des motivations au changement et une baisse très significative des consommations d'alcool. Nous n'avons malheureusement pas d'élément de comparaison avec le groupe témoin.

À long terme, la mise en place du dispositif MI n'a pas permis de diminuer les récidives à deux ans des délits

comparativement à un groupe témoin. Au contraire, le nombre de récidives a été plus important dans le groupe pris en charge par le dispositif, ce qui n'était pas le résultat attendu. Le SPIP avait d'ailleurs jugé subjectivement plus efficace la prise en charge classique, par rapport au dispositif. Les récidives constatées ne concernent cependant qu'une minorité dans les deux groupes. À noter qu'elles sont globalement inférieures au groupe contrôle et groupe "stratégies individuelles" (respectivement 15 et 11 %) dans l'étude de Gache et al. (8), portant cependant sur trois ans après le délit, alors que dans notre étude le recueil de l'information sur la récidive s'est fait deux ans après la fin du SME, donc une durée moyenne plus longue d'action et de suivi et pour une population plus "lourde" au plan pénal (délits plus graves pour 50 % de la population) et médical (très majoritairement alcoolodépendante).

De même, ces chiffres sont à mettre en perspective avec ceux, globaux, du Ministère de la justice (14). En effet, en 2004, la moyenne nationale des condamnés récidivistes était de 31 %, contre 70 % dans notre étude. Nous avons donc évalué une population plus récidiviste que la moyenne nationale des condamnés. Il faut également noter que le pourcentage de récidivistes varie de façon importante en fonction du délit. Dans le cas d'un délit pour vol, 30 % des condamnés sont récidivistes contre 16 % dans le cas de conduite en état d'alcoolisation. Nous aurions "dû" constater un pourcentage de récidives plus important car notre échantillon a un passé "lourd".

Conclusion

Si les objectifs, d'un point de vue judiciaire, n'ont pas été atteints, le dispositif MI a permis de mesurer qu'une médiation lors d'une obligation de soin a un impact pour le condamné au niveau de sa motivation au changement et de sa consommation d'alcool. Son obligation est devenue aussi l'occasion d'un soin. Après discussion avec les médecins traitants, on peut dire que ce dispositif a permis de les dégager des contraintes juridiques en leur permettant de clarifier leur relation avec celui qui est devenu un réel patient et non un condamné.

Les résultats de l'étude posent néanmoins des questions sur l'intérêt du médecin relais préconisé dans le plan "addictologie" par le Ministère de la santé quant aux objectifs fixés. Peut-être serait-il judicieux de réfléchir à un dispositif spécifique de prise en charge judiciaire et alcoologique pour la population dépendante et récidivante qui est celle que nous avons étudiée ? Enfin, l'impact de l'obliga-

tion de soin sur les consommations est évident pendant la durée du SME. Il serait intéressant d'étudier l'évolution de la consommation d'alcool au-delà de cette période. De ce fait, d'un point de vue judiciaire, l'intérêt d'avoir des durées prolongées de SME est posé.

Ce travail suggère l'intérêt de travaux à long terme concernant des cohortes "avec et sans suivi" et aussi l'intérêt de mesures d'intervention auprès des consommateurs "à risque" et "à usage nocif" et surtout auprès des multi-récidivistes. ■

C. O. Cypriani, J. Yguel
Médecin interface santé-justice. Description et évaluation d'un dispositif expérimental en alcoologie

Alcoologie et Addictologie 2008 ; 30 (3) : 293-300

Références bibliographiques

- 1 - Palle C, Bernard C, Lemieux C. Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme 2003. Paris : OFDT/DGS, 2005.
- 2 - Yguel J, Boyer D, Galliot G. Quels liens entre les intervenants sanitaires et judiciaires quand le retrait de l'enfant est posé ? "Alcool et Plaisir", Agora de la Société Française d'Alcoologie, Paris, 21-22 novembre 1997.
- 3 - Ordre National des Médecins. Article 4 du Code de déontologie médicale.
- 4 - République Française. Article 226-13 du Nouveau Code pénal.
- 5 - Collectif Santé-Justice. Peut-on soigner sous contrainte ? *Acta* 2006 ; (décembre, 1).
- 6 - F3A. Actes du Colloque "Peut-on soigner sous contrainte ?", Paris, 22-23 mars 2007. Paris : F3A, 2007
- 7 - Fontaine C. Alcool, soins, justice. Évaluation des Conventions départementales d'objectifs. *Alcoologie et Addictologie* 2006 ; 28 (4 Suppl.) : 495-535.
- 8 - Gache P, Acinas MJ, Otthoffer F et al. Prévenir la récidive de la conduite automobile sous l'influence de l'alcool. *Alcoologie et Addictologie* 2006 ; 28 (4 Suppl.) : 545-615.
- 9 - République Française. Loi 70-1320 du 31 décembre 1970. *JO* 1971 ; (2 janvier).
- 10 - République Française. Loi 98-468 du 17 juin 1998. *JO* 1998 ; (18 juin).
- 11 - Réseau de recherche clinique en addictologie. Actes des Assises de l'addictologie, Lille, 20 mars 2006. *Contact Santé* 2006 ; (213) : 7-19.
- 12 - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction Générale de la santé. Usage nocif de substances psycho-actives. Paris : La Documentation Française, 2002.
- 13 - Cypriani CO, Yguel J, Blanchard MJ et al. Premier contact téléphonique à une structure de soins en addictologie. Analyse et mesure d'impact. *Alcoologie et Addictologie* 2004 ; 26 (2) : 111-119.
- 14 - Razafindranovora T. Les condamnés de 2004 en état de récidives. *Infostat Justice* 2006 ; (juin, 88).