

PROJET DE LOI POUR AMOINDRIR LE RISQUE DE RECIDIVE

CONTRIBUTION ASPMP JANVIER 2010

Article 5 bis 4 et 5

L'article 5 bis alinéa 4 cite le répertoire qui collecte des données obtenues dans le cadre des procédures judiciaires.

L'article 5 bis 5 prévoit la collecte d'expertises etc.....

Strictement, on peut penser en reliant 4 et 5 qu'il s'agit de documents acquis dans le cadre d'une procédure judiciaire. Et de fait, les données médicales dont il s'agit sont clairement de nature expertale. Toutefois, l'imprécision d'un texte peut ouvrir à des interprétations multiples.

Les données médicales obtenues dans le cadre d'une démarche thérapeutique (des UCSA et des SMPR) ne devraient pas être concernées, sauf dans le cadre d'une **saisie** par un magistrat selon la procédure classique. De plus, la **loi du 4 mars 2002** prévoit déjà qu'un patient peut avoir accès à son dossier médical s'il le souhaite directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix.

Aussi vaudrait-il mieux préciser que les **données médicales se limitent aux expertises** et donc supprimer les termes « examens et évaluations » ou les qualifier : « examens et évaluations expertaux ».

Les débats parlementaires ont largement débattu du **secret partagé** (notamment JP Garraud). Le secret partagé n'est concevable que dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique comme précisé par la loi du 4 mars 2002 et l'art L1110-4 CSP.

Le secret partagé ne concerne que des professionnels de santé en charge du patient et ne peut en aucun cas concerner des professionnels de santé et d'autres professionnels non sanitaires (justice, pénitentiaire etc.).

Il est **paradoxal** que d'un côté nous ayons des textes qui renforcent le secret médical, et de l'autre, des textes qui tentent de l'amoindrir, notamment en ce qui concerne les données psychiatriques.

Ainsi dans le projet de loi : l'interrogation est de nature expertale

- 4 « Art. 706-56-2. – *Le répertoire des données à caractère personnel collectées dans le cadre des procédures judiciaires, tenu par le service du casier judiciaire sous l'autorité du ministre de la justice et placé sous le contrôle d'un magistrat, est destiné à faciliter et à fiabiliser la connaissance de la personnalité et l'évaluation de la dangerosité des personnes poursuivies ou condamnées pour l'une des infractions pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, et à prévenir le renouvellement de ces infractions.*
- 5 « *Le répertoire centralise les expertises, examens et évaluations psychiatriques, médico-psychologiques, psychologiques et pluridisciplinaires des personnes*

mentionnées à l'alinéa précédent, réalisés au cours de l'enquête, de l'instruction, du jugement, de l'exécution de la peine, préalablement au prononcé ou durant le déroulement d'une mesure de surveillance ou de rétention de sûreté, ou durant le déroulement d'une mesure de sûreté ordonnée à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou d'un classement sans suite motivé par l'article 122-1 du code pénal ou en application des articles 706-135 et 706-136 du présent code ou L. 3213-7 du code de la santé publique.

Mais aussi : et là encore, l'interrogation est de nature expertale :

Article 763-10 CPP

Créé par la loi du 12 décembre 2005 : Un an au moins avant la date prévue de sa libération, la personne condamnée au placement sous surveillance électronique mobile en application des articles 131-36-9 à 131-36-12 du code pénal fait l'objet d'un examen destiné à évaluer sa dangerosité et à mesurer le risque de commission d'une nouvelle infraction.

Cet examen est mis en oeuvre par le juge de l'application des peines, après avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté composée selon des modalités déterminées par le décret prévu à l'article 763-14. Les dispositions de l'article 712-16 sont applicables.

Au vu de cet examen, le juge de l'application des peines détermine, selon les modalités prévues par l'article 712-6, la durée pendant laquelle le condamné sera effectivement placé sous surveillance électronique mobile. Cette durée ne peut excéder deux ans, renouvelable une fois en matière délictuelle et deux fois en matière criminelle.

Le juge de l'application des peines rappelle au condamné que le placement sous surveillance électronique mobile ne pourra être mis en oeuvre sans son consentement, mais que, à défaut ou s'il manque à ses obligations, l'emprisonnement prononcé en application du troisième alinéa de l'article

131-36-1 du code pénal pourra être mis à exécution.

Six mois avant l'expiration du délai fixé, le juge de l'application des peines statue, selon les mêmes modalités, sur la prolongation du placement sous surveillance électronique mobile dans la limite prévue au troisième alinéa.

A défaut de prolongation, il est mis fin au placement sous surveillance électronique mobile.

D'autre part : on insiste sur d'une part la confidentialité due au citoyen-patient et d'autre part, on fait du citoyen-patient le porteur des informations qui le concernent :

« Art. L. 1110-4 CSP - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

« Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la

personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

« Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

« Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende

« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que le famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Article 5 ter

Alinéa 4 et par extension 9, 13, 24 et 27.

A dire vrai, le mieux serait la suppression de cet article. On peut même penser que cette loi de circonstance est inutile et que les dispositifs législatifs existants sont suffisants.

Qu'un jugement « prescrive » les modalités précises de tel ou tel traitement est une curieuse innovation juridique et une absolue hérésie médicale.

De plus, pourquoi ce « choix » d'un traitement médicamenteux hormonal ? Pourquoi n'avoir pas opté pour un traitement psychothérapeutique ou encore un traitement neuroleptique ou anti-dépresseur ou une thérapie systémique ?

Toutes les conférences de consensus sur le sujet soulignent la diversité des occurrences cliniques et des méthodes thérapeutiques à employer et l'importance de les adapter au cas par cas.

Le législateur se permet ainsi, de manière incompréhensible et déraisonnable, de considérer explicitement qu'une modalité thérapeutique est plus importante ou efficace qu'une autre, sans pouvoir l'argumenter sur des assertions scientifiques.

L'argumentation est identique à l'article 5 quater pour l'alinéa 49 et l'ajout à l'article L. 3711-3 CSP qui prévoit de déroger au secret professionnel pour le refus de suivre le traitement médicamenteux..

Il s'agit là d'une pensée opératoire qui renvoie à la méconnaissance de ce qu'est un traitement dans toutes ses composantes bio-psycho-sociales et qui trouve un confort psychologique en la croyance d'un médicament miracle.

Le traitement et a fortiori l'injonction de soin (qui est l'opportunité donnée à la personne condamnée, avec son consentement, de se saisir du soin) est un tout.

Il appartient au médecin traitant dans sa relation avec son patient, et non au juge ni à l'expert psychiatre, de définir les modalités du soin, y compris un traitement hormonal s'il est indiqué (ce qui est rare et non dénué de contre indications et d'effets secondaires sérieux).

Last but not least, faire pression sur les médecins pour les contraindre implicitement à prescrire tel ou tel traitement heurtera à n'en pas douter, leur indépendance professionnelle et leur déontologie. Le remède sera pire que le mal. Du reste, les quelques collègues sollicités à ce sujet ont clairement dit qu'ils se déclareraient désormais incompetents et refuseraient de soigner de tels patients.