

ASPECTS LEGAUX

JEAN-LUC BAIERLE¹, GEORGES CONNE²,
Revue médicale de la Suisse Romande 118 ; 761 - 766 ; 1998

RESUME

Une rencontre originale, interdisciplinaire et interdisciplines (alcool et drogue enfin sur un même programme), a permis des échanges entre divers intervenants du réseau (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, responsables administratifs...) concernés par les problèmes de dépendances et quelques médecins praticiens. Deux vignettes cliniques ont présenté des situations aussi banales et courantes que complexes: comment aborder l'angoisse du praticien devant la situation d'un patient chauffeur professionnel et héroïnomanie occasionnel, comment réagir au fait qu'une jeune mère de famille confrontée à la justice pour une infraction mineure pouvant remettre en cause son projet thérapeutique annonce sa consommation occasionnelle d'héroïne alors qu'elle est officiellement stabilisée dans sa cure à la méthadone? Comment gérer le secret médical? Riches débats! Quelques principes légaux furent rappelés, dans une discussion qui s'intéressait d'abord à l'art et la manière, pour les professionnels, de concilier des exigences parfois contradictoires entre la demande du patient, le projet thérapeutique du médecin et les règles administratives ou légales auxquelles nous sommes soumis en tant que citoyens, patients ou thérapeutes. Le présent article évoque les situations discutées et tente de faire le point, avec quelques rappels de bases légales jugées utiles, sur les éléments à ne pas oublier lorsque l'on est confronté à des situations cliniques difficiles où l'impressionnisme clinique et la compassion ne sont pas toujours des outils suffisants. A propos de quelques limites! Prescription de stupéfiants et de benzodiazépines, attitude dans l'évaluation de la capacité à conduire, secret médical, droit de signaler, devoir de témoigner: quelques points de repères que nous espérons utiles pour le praticien.

INTRODUCTION

Il faisait grand beau ce jour-là, et les bourgeons d'interdisciplinarité ne demandaient qu'à éclore dans les jardins de Saint-Loup. Concept à la mode, qui fait fureur dans tous les colloques modernistes, l'interdisciplinarité était au rendez-vous. Les animateurs avaient envisagé un public de médecins praticiens, confrontés à des situations difficiles de patients toxico-dépendants ou alcooliques, posant des problèmes légaux et médico-sociaux complexes, en particulier dans le cadre des cures de substitution à la méthadone; autant de situations, autant de problèmes dont la réponse ne figure bien évidemment ni dans les manuels, ni dans les directives et autres recommandations. Or, nous avons constaté avec intérêt que la majorité des participants à ces ateliers étaient des intervenants du réseau (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, ...) voire des responsables administratifs d'institutions ou d'offices concernés par les problèmes de dépendances, et quelques médecins praticiens, bien sûr.

Les deux vignettes présentées par le praticien évoquaient, l'une l'angoisse du médecin devant la situation d'un patient chauffeur professionnel et héroïnomanie occasionnel, l'autre celle d'une jeune mère de famille confrontée à la justice pour une infraction mineure pouvant remettre en cause son projet thérapeutique. La question du secret médical était aussi à l'ordre du jour. Ce fut l'occasion de rappeler

1 Médecin cantonal, Delémont, médecin associé à l'Institut de médecine sociale et préventive, Lausanne (dans le rôle de l'expert).

2 Médecin généraliste, Bussigny (dans le rôle du praticien)

quelques principes légaux, mais surtout de débattre de la manière, pour les praticiens et toutes les personnes concernées, d'essayer de concilier les exigences parfois contradictoires entre la demande du patient, le projet thérapeutique du médecin et les règles administratives ou légales auxquelles nous sommes soumis en tant que citoyens, patients ou thérapeutes. Le présent article ne peut, à l'évidence, pas rendre compte de la diversité des avis exprimés et des solutions proposées, tant certaines d'entre elles relèvent de l'interprétation personnelle, voire de l'ingéniosité du professionnel qui doit les gérer. Nous rappelons ci-après quelques textes légaux ou réglementaires, ainsi que leur signification, voire leur interprétation. Quelques références permettront d'assouvir une curiosité plus pointue. Sans être exhaustifs, ces quelques éléments légaux se veulent un aide-mémoire utile pour les professionnels concernés.

PRESENTATION DE SITUATIONS

Deux situations ont servi de prétexte à la discussion avec les participants.

Vignette clinique N° 1

Olivier, 35 ans. Héroïnomane de très longue date, casier judiciaire vierge, sans formation, ni emploi. La cure de méthadone permet de le stabiliser. Il passe son permis de conduire les poids lourds sans déclarer sa toxicomanie dans le questionnaire de santé. Trouve ensuite du travail comme chauffeur. Eponge petit à petit ses dettes et loue un appartement. Sous petites doses de méthadone, il continue à consommer de l'héroïne 1-2 fois par semaine.

Que doit faire le médecin? Cette situation met en évidence le malaise du médecin, tiraillé entre sa loyauté vis-à-vis de son patient et sa responsabilité quant au danger potentiel que celui-ci peut représenter, pour lui-même et bien sûr pour autrui, dans le cadre de son travail de chauffeur routier. Que faire? Dénoncer? Ne pas dénoncer Olivier à l'autorité de la circulation routière? Pesée d'intérêts difficile entre la sécurité publique et le succès de la prise en charge de la personne! La discussion fut riche.

Vignette clinique N° 2

Madame M. 33 ans. Héroïnomane de longue date. Passé judiciaire chargé, plusieurs incarcérations. Débute une nouvelle cure de méthadone il y a 1 an 1/2. Très bonne évolution. Paie ses dettes, s'occupe de son fils adolescent. Cinq consommations d'héroïne au cours des six derniers mois, avouées spontanément au médecin. A son dernier procès, elle est libérée de toute peine pour excellente reconversion. Il y a deux semaines, elle dérobe un porte-monnaie dans un grand magasin. Interpellée, elle déclare ses cinq consommations. Elle se retrouve inculpée pour infraction à la Lstup! Le juge demande: «Quelles mesures concrètes a-t-elle entreprises pour se sortir de sa toxicomanie?»

Ici, le comportement de M. nous met dans l'embarras. Le médecin avait déjà eu l'occasion de témoigner de sa bonne réinsertion et de son comportement adéquat dans le cadre du traitement, et c'est elle-même qui s'accuse, alors qu'on ne lui demandait rien à cet égard, d'avoir reconsommé. Interprétations psychologiques et aspects légaux sont ici très intriqués. Quel est le message de M. lorsqu'elle annonce ses re-consommations au juge? Quelle est sa demande? Comment le thérapeute, le travailleur social, ...doit-il réagir? Du bon usage du secret professionnel!

Par définition, il ne saurait y avoir ici de réponse univoque aux questions posées par ces situations. C'est désormais à chacun, dans le cadre de sa pratique et avec l'aide des quelques considérations légales ci-dessous, de construire sa propre réponse avec les personnes qu'il prend en soins.

LEGISLATION SUR LES STUPEFIANTS

La vente, la prescription, la consommation, trafic, etc., des stupéfiants sont réglés par la loi fédérale sur les stupéfiants (LStup). Rappelons les articles qui concernent plus directement les médecins et les soignants, et qui doivent être connus. A commencer par la définition des stupéfiants au sens de cette loi.

LStup: Article 1

1. Sont des stupéfiants au sens de la présente loi, les substances et les préparations ayant des effets du type morphinique, cocaïnique et cannabique et qui engendrent la dépendance (toxicomanie).
2. Sont considérés comme stupéfiants, au sens du 1er alinéa, notamment:
 - matières premières
 - l'opium
 - la paille de pavot
 - la feuille de coca
 - le chanvre
 - principes actifs
3. Sont assimilés aux stupéfiants au sens de la présente loi les substances psychotropes engendrant la dépendance, à savoir:
 - les hallucinogènes tels le lysergide et la mescaline
 - les stimulants du système nerveux central ayant des effets du type amphétaminique
 - les dépresseurs centraux ayant des effets du type barbiturique ou benzodiazépinique

Nous tenons ici à attirer l'attention des praticiens sur l'alinéa 3, récemment ajouté à la loi (modification de mars 1995) et qui introduit la notion que les substances psychotropes qui engendrent la dépendance sont assimilées aux stupéfiants et, en particulier (voir lettre c) les dépresseurs centraux ayant des effets du type barbiturique ou benzodiazépinique.

Les règles du jeu, en matière de prescription de stupéfiants, sont décrites dans l'article 11, 1er alinéa; la loi délimite ici clairement l'usage et définit la zone de compétence du médecin.

LStup : Article 11, 1er alinéa

Les médecins et vétérinaires sont tenus de n'employer, dispenser ou prescrire les stupéfiants que dans la mesure admise par la science.

A noter que l'on considère comme «la science» les indications et dosages tels qu'ils sont décrits dans le Compendium suisse des médicaments¹. La prescription de stupéfiants à des toxicomanes pour leur toxicomanie représente un cas particulier prévu par la loi; elle est soumise à autorisation, comme le rappelle l'article 15 a, 5ème alinéa. Cet article définit également les tâches des cantons en matière de prévention et de lutte contre les stupéfiants, ainsi que pour la prise en charge des personnes toxico-dépendantes. Le 5ème alinéa est celui qui fonde le contrôle cantonal, respectivement du médecin cantonal en ce qui concerne la prescription de méthadone, voire d'autres stupéfiants, pour le traitement des personnes dépendantes.

Lstup : Art 15a (en vigueur depuis le 15 août 1975)

Pour prévenir l'abus des stupéfiants, les cantons encouragent l'information et les consultations et créent les institutions à cet effet. Les cantons pourvoient à la protection des personnes dont l'état requière un traitement médical ou des mesures d'assistance. Les cantons soumettent à une autorisation spéciale la prescription, la dispensation et l'administration des stupéfiants destinés au traitement des personnes dépendantes. Chaque canton peut donc, et doit, édicter des directives et autres recommandations concernant l'application de cet article. Pour ce qui est des cures de substitution, on peut considérer qu'il existe une forme de consensus national autour des propositions qui figurent dans les rapports sur la méthadone publié par l'Office fédéral de la santé publique. Le dernier en date, édité en 1995, représente une évolution importante par rapport à l'édition précédente, en ce sens qu'il élargit les indications et les individualise fortement. Les critères d'indications et de suivi des cures sont également beaucoup plus nuancés, voire élargis; les limites, notamment d'âge, sont beaucoup moins strictes. Ces propositions ont par ailleurs été reprises pour définir les critères de remboursement des cures à la méthadone par les caisses - maladie. Il y a obligation de prise en charge des traitements des héroïnomanes par un traitement à la méthadone, s'il est vraisemblable qu'un sevrage ou une désintoxication ne seront pas fructueux.

En règle générale, les conditions suivantes doivent être remplies :

1. Le patient est âgé de 18 ans au moins
2. La dépendance à l'égard des opiacés dure depuis un an au moins
3. Un sevrage ou une désintoxication ne sont pas, d'après un avis médicalement fondé, indiqués à ce moment ... (informations à transmettre au médecin - conseil).

Le traitement est effectué selon les recommandations du 3^{ème} rapport sur la méthadone de décembre 1995. Les infractions à la réglementation définie dans les articles cités plus haut sont passibles des sanctions définies à l'article 20.

Lstup: Article 20, 1^{er} alinéa

Le médecin ou le médecin-vétérinaire qui dispense ou prescrit des stupéfiants en dehors des cas que prévoit l'article 11 est passible de l'emprisonnement ou de l'amende. En conséquence, les prescriptions de stupéfiants destinées aux traitements de personnes dépendantes doivent systématiquement faire l'objet d'une autorisation de l'autorité cantonale compétente. Les prescriptions doivent être limitées dans le temps (au maximum six mois) puis faire l'objet d'une nouvelle prescription, voire d'un renouvellement de l'autorisation. En ce qui concerne les benzodiazépines, leur prescription à des personnes dépendantes et à des doses standards ne nécessite pas d'autorisation cantonale. Cependant, si ces médicaments sont prescrits dans le cadre d'un traitement médical, mais à des doses supérieures à celles reconnues par la science, ce qui n'est pas rare, chez les toxicomanes; ces prescriptions doivent alors faire l'objet d'une autorisation cantonale; toute consommation prescrite médicalement et qui dépasse les doses du Compendium est également soumise à ce contrôle, par exemple pour ce qui concerne des patients dépendants aux benzodiazépines et qui en consomment des doses élevées régulièrement. Au plan médical et de la santé publique, nous pouvons considérer que les règles ci-dessus sont essentiellement destinées à éviter les doubles ou multiples traitements (le tourisme médical), les prescriptions abusives ainsi que l'apparition sur le marché noir de substances prescrites en quantité trop importante. C'est particulièrement le cas pour les benzodiazépines, d'où la nouvelle ordonnance de l'Office fédéral de la santé publique du 12 décembre 1996 sur les stupéfiants et les substances psychotropes, entrée en vigueur le 1^{er} février 1997.

CAPACITE ET APTITUDE A CONDUIRE

Les professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes dépendantes sont fréquemment confrontés à des dilemmes particulièrement difficiles à résoudre en ce qui concerne l'appréciation de l'aptitude ou de la capacité à conduire un véhicule automobile; c'était notamment le cas évoqué dans la vignette clinique N°1.

Rappelons ici un article fondamental, extrait de la Loi sur la circulation routière (LCR).

LCR: Article 14

Permis d'élève conducteur et permis de conduire

Le permis de conduire est délivré si l'examen officiel a démontré que le candidat connaît /es règles de la circulation et qu'il est capable de conduire avec sûreté les véhicules de la catégorie correspondant au permis...

Le permis d'élève conducteur et le permis de conduire ne peuvent être délivrés aux candidats :...

1. Qui sont atteints de maladies ou d'infirmités physiques ou mentales les empêchant de conduire avec sûreté un véhicule automobile.
2. Qui s'adonnent à la boisson ou à d'autres formes de toxicomanies pouvant diminuer leur aptitude à conduire...
3. Tout médecin peut signaler à l'autorité de surveillance des médecins ainsi qu'à l'autorité compétente pour délivrer ou retirer le permis de conduire les personnes qui ne sont pas capables de conduire avec sûreté un véhicule automobile en raison de maladies ou d'infirmités physiques ou mentales ou pour cause de toxicomanie.

L'élément qui nous intéresse ici est particulièrement l'alinéa 2, lettre c, qui interdit la conduite d'un véhicule aux personnes qui s'adonnent à la boisson ou à d'autres formes de toxicomanie pouvant diminuer leur aptitude à conduire.

En ce qui concerne l'alcool au volant, la loi est, de longue date, claire à ce sujet. En effet, un conducteur est reconnu incapable de conduire un véhicule à partir du moment où il présente une alcoolémie de 0,8 ‰, correspondant à 0,8 gramme par kilo de sang ou plus. Cependant, la législation ne fixe pas de taux de tolérance pour les drogues et les médicaments, ce qui rend l'appréciation plus difficile. Dans le cas qui nous intéresse, à savoir celui d'une personne prenant de la méthadone prescrite par son médecin dans le cadre d'une cure de substitution, il est généralement admis que l'aptitude à conduire peut être reconnue. La condition est que la méthadone soit prescrite médicalement, qu'elle s'inscrive dans le cadre d'un traitement de substitution et que la personne ait abandonné sa consommation d'opiacés et autres toxiques. Selon les mêmes auteurs, il en va pratiquement de même pour certaines autres substances psychotropes, telles que les benzodiazépines, antidépresseurs, neuroleptiques, barbituriques, dont la seule présence dans le sang ne suffit pas à conclure à une diminution de la capacité de conduire. En ce qui concerne les drogues, la présence d'héroïne, cocaïne, amphétamines, cannabis ou hallucinogènes dans le sang provoque toujours une diminution de la capacité à conduire, à moins de n'y détecter que les métabolites inactifs. En ce qui concerne les personnes qui sont au bénéfice d'un traitement de substitution à l'héroïne, il est considéré que celle-ci, même administrée sous surveillance médicale, peut provoquer des effets psychotropes rendant la conduite automobile incompatible.

A ce titre, les personnes qui ont fait partie des programmes expérimentaux de prescription contrôlée de méthadone injectable et d'héroïne devaient déposer leur permis de conduire pendant la durée du programme. Pour le cannabis, la question principale est de savoir s'il s'agit d'une consommation contrôlée ou occasionnelle. En effet, une consommation occasionnelle de cannabis (par exemple le joint du samedi soir avec les copains), aura pour conséquence un test positif persistant lors de la recherche de cannabis dans les urines. Cependant, (et bien que cette consommation représente

une infraction à la LStup!) une telle personne ne saurait être reconnue comme incapable de conduire, en l'absence de signes ou de symptômes suspects au moment de l'accident et en l'absence d'analyses toxicologiques effectuées sur le sang.

Il est peut-être utile de répéter ici la différence entre inaptitude et incapacité à conduire. On entend par inaptitude à conduire un déficit durable pendant lequel un conducteur ne peut plus conduire son véhicule de manière sûre, sans se mettre en danger lui-même ou les autres usagers de la circulation routière. L'incapacité à conduire correspond par contre à un déficit transitoire pendant lequel le conducteur n'est plus momentanément en état de conduire son véhicule de façon sûre.

LE MEDECIN PEUT SIGNALER...

L'alinéa 4 de l'article 14 LCR est important; il permet à tout médecin de signaler à l'autorité de surveillance ou à l'autorité compétente les personnes qui ne sont pas capables de conduire avec sûreté un véhicule automobile. Il faut relever ici qu'il s'agit d'un droit, et non d'un devoir, et que cet article 14, al. 4 de la LCR représente ainsi un assouplissement dans l'obligation de secret médical au sens de l'article 321, ch. 2 du Code Pénal.

Dans ce message du Conseil fédéral, on relève que le médecin ne devrait faire usage de cette faculté que si le patient n'est pas raisonnable. Autrement dit, le médecin aurait d'abord l'obligation de persuader son patient de renoncer volontairement à conduire et de faire ainsi l'économie de son droit de dénonciation, ceci dans le propre intérêt de la profession et dans celui de ne pas dégrader les relations médecin - patient. A ce titre, dans le Canton du Jura, il a été mis au point une procédure qui permet à un médecin de signaler discrètement à l'autorité qu'un de ses patients n'est plus en état de conduire un véhicule automobile. Il suffit, dans ce type de situation, d'informer le médecin cantonal qui informera l'Office des véhicules, sans citer sa source. L'intéressé ne pourra ainsi pas identifier la personne qui l'a signalé à l'autorité, en l'occurrence son médecin traitant. Ce système vise à éviter la rupture de la relation médecin-malade, tout en permettant au médecin de protéger son patient (certes contre son gré!) et les autres usagers de la route; le thérapeute résout ainsi un cas de conscience sans risquer de détruire la relation de confiance ni remettre en question le travail thérapeutique qu'il a mis sur pied, parfois pendant de longues années.

PRATIQUE DE LA MEDECINE ET SECRET PROFESSIONNEL

Nous profitons de l'occasion pour rappeler quelques principes et leurs exceptions. L'exercice de la profession médicale repose sur la confiance du patient en la personne qui le soigne. L'obligation de garder le silence est déjà incluse dans les codes de déontologie et concrétisée au plan légal dans la norme définie par l'article 321 du Code pénal. Le devoir de respecter ce secret est imposé non seulement au médecin, mais également à ses auxiliaires, à savoir le personnel qui travaille avec lui. Il, faut ici rappeler que le détenteur du secret (le maître du secret) est le patient lui-même, et il est le premier à pouvoir délier le médecin de son obligation.

Le secret n'est pourtant pas absolu et l'article 321 du Code pénal émet trois exceptions. En effet, le secret médical peut être levé:

- par le consentement de l'intéressé (chiffre 2)
- par une autorisation écrite de l'autorité supérieure ou de surveillance (chiffre 3)
- par le législateur, dans la mesure où il institue l'obligation de renseigner une autorité ou de témoigner en justice (chiffre 4).

Le consentement de l'intéressé présuppose la capacité de discernement du patient.

C'est ici l'occasion de rappeler que le patient mineur capable de discernement peut être considéré comme un maître du secret légitime, et qu'à cet égard il est la seule personne qui peut consentir à ce que le médecin révèle des faits tombant sous le secret à des tiers, notamment à ses propres parents. Pour les juristes, la capacité de discernement d'un patient mineur doit être appréciée individuellement, mais elle est généralement reconnue dès l'âge de 13 à 14 ans. C'est le cas typique de la jeune fille de 14 ou 15 ans qui souhaite obtenir une prescription de contraceptifs oraux, voire une interruption de grossesse, sans que ses parents en soient informés.

Le Code pénal protège cette personne jugée capable de discernement, et le médecin, commettrait une faute au sens de l'article 321 CP s'il prenait l'initiative, sans l'accord de l'intéressée, de transmettre ces informations à des tiers, y compris à ses parents dans le cas d'une mineure. Il est des (rares) cas où il paraît évident au médecin que, dans l'intérêt majeur du patient (grave menace pesant sur sa vie, par exemple), il se sente obligé de parler; il peut alors demander à l'autorité compétente de le délier du secret. A lui ensuite de décider de ce qu'il va donner comme information, et à qui il va la donner. La révélation des faits tombant sous le secret n'est pas non plus punissable si l'autorité supérieure ou l'autorité de surveillance l'a autorisée par écrit. La révélation du secret doit être autorisée pour sauvegarder un intérêt public légitime; toutefois, il faut que cet intérêt soit supérieur à l'intérêt du patient à ce que le secret soit gardé. Il faut souligner que le médecin n'est pas tenu de révéler les faits tombant sous le secret, même s'il y est autorisé, que ce soit par le patient (chiffre 2) ou par l'autorité de surveillance (chiffre 3). Le médecin a donc le droit de se taire, notamment s'il estime qu'il est légitime de le faire pour sauvegarder les intérêts prépondérants du patient. Des situations peuvent relever de l'obligation de témoigner ou de renseigner. C'est notamment le cas de la loi concernant la lutte contre les maladies transmissibles, qui définit l'obligation de déclarer un certain nombre de maladies. Quant à l'obligation de témoigner en justice, certaines lois de procédure prévoient le droit des personnes astreintes au secret professionnel de refuser de témoigner, étant entendu que tout citoyen est en principe astreint à l'obligation de témoigner.

Compte tenu de l'absence de l'obligation de témoigner, le médecin ne doit pas le faire, même s'il a obtenu le consentement du patient ou l'autorisation de l'autorité de surveillance. Un juge pénal ou civil n'est pas compétent pour délier une personne tenue au secret professionnel de son obligation de le garder et le médecin peut, dans ce qu'il juge en conscience être l'intérêt du patient, refuser de témoigner même s'il a obtenu le consentement de ce dernier.

CONCLUSIONS

La prise en charge, les soins, ou l'assistance aux personnes dépendantes requièrent, comme bien des domaines du métier de médecin, ou de professionnel de la santé ou de l'action sociale, certaines qualités parfois innées, du moins acquises (?) et en tout cas perfectibles .au fil du temps (et des colloques interdisciplinaires !). Lorsque la marge de manoeuvre est aussi étroite, entre le soutien et la complicité, il est d'autant plus nécessaire de savoir clarifier notre position et notre rôle, au plus près de notre conscience professionnelle (ou éthique). Pour ce faire, il est important de connaître nos droits et nos devoirs, et ceux de nos patients. Ne pas juger le toxicomane comme un délinquant mais comme un patient est déjà une première démarche qui ne va pas de soi, qui prend du temps et nécessite d'avoir moins peur. Le défendre ensuite sur le chemin du retour de son exclusion en allant à sa rencontre. Le chemin lui paraîtra moins long, moins inaccessible, et le monde y gagnera aussi en tolérance.