

L'USAGER DE STUPEFIANTS ENTRE REPRESSION ET SOINS : LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DE 1970

VOLUME 1

Sous la direction de :
Laurence SIMMAT-DURAND

Avec la collaboration de :
Maria Luisa CESONI
Nathalie GOYAUX
Anne KLETZLEN
Hélène MARTINEAU

Et la participation de :
Sylvia JASOR

1998 - n° 77

Convention avec l'INSERM
Programme Santé et Société

L'USAGER DE STUPEFIANTS ENTRE REPRESSION ET SOINS : LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DE 1970

**Sous la direction de
Laurence SIMMAT-DURAND**

Avec la collaboration de :

Maria Luisa CESONI

Nathalie GOYAUX

Anne KLETZLEN

Hélène MARTINEAU

Et la participation de :

Sylvia JASOR

**Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales
Immeuble Edison - 43, boulevard Vauban - F-78280 GUYANCOURT**

☎ : 33.(0)1.34.52.17.25 - Fax : 33.(0)1.34.52.17.17

E-Mail : simmat@ext.jussieu.fr

LISTE DES RÉDACTEURS

SOUS LA DIRECTION DE :

Laurence SIMMAT-DURAND, Docteur en Démographie, Maître de Conférences à l'Université François Rabelais de TOURS, chercheur au CESDIP ;

Avec la collaboration de :

Maria Luisa CESONI, Docteur en Socio-économie, chercheur au CETEL (Centre d'étude, de technique et d'évaluation législatives), Faculté de droit, Université de Genève, chercheur associé au CESDIP jusqu'en 1997 ;

Nathalie GOYAUX, Docteur en Démographie, chargée de recherche vacataire au CESDIP (1997), Chargée de cours à l'Université de Paris V ;

Anne KLETZLEN, Docteur en Droit, chercheur associé au CESDIP, chargée de cours à l'Université de Versailles-Saint-Quentin en Yvelines ;

Hélène MARTINEAU, Etudiante en DEA de Sociologie, Université Paris V, sous la direction de Léon Gani et Laurence Simmat-Durand.

Le Cездip est une unité de recherche du ministère de la Justice associée au CNRS. Les analyses et conclusions exprimées dans ce rapport n'engagent pas ses autorités de tutelle.

RESUME SIGNALETIQUE

La loi de 1970 place l'usager de stupéfiants dans deux statuts, celui du malade qu'il convient de soigner et celui du délinquant qu'il faut punir. A ce titre, deux institutions, sanitaire et judiciaire, sont chargées de sa prise en charge. La recherche entreprise explore les différentes facettes de cette prise en charge multiple. Tout d'abord une analyse de l'évolution réglementaire, à partir des circulaires des ministères de la Justice, de la Santé, de l'Intérieur, et de la jurisprudence est proposée. Ensuite, les statistiques publiées depuis vingt-cinq ans par les différentes institutions montrent sous un nouvel éclairage l'action des services chargés de l'application de la loi. Une troisième approche, empirique, étudie deux cohortes d'usagers soumis à des obligations de soins, d'une part l'injonction thérapeutique et d'autre part le sursis avec mise à l'épreuve, dans une même juridiction afin d'appréhender l'action des différentes institutions en relation avec cet usager. Les acteurs sont également interrogés sur le sens qu'ils donnent à cette prise en charge ambivalente. Pour finir, une comparaison avec une recherche similaire menée en Suisse est proposée.

DESCRIPTEURS

Centres spécialisés de soins aux toxicomanes - Injonction thérapeutique - Justice pénale - Loi de 1970 - Obligation de Soins - Orientation pénale des affaires - Statistiques judiciaires - Statistiques policières - Structures sanitaires - Toxicomanie - Usager de stupéfiants.

AVANT-PROPOS

La présente recherche s'inscrit dans le programme Santé et Société du CNRS, suite à un appel d'offres de septembre 1995 dont l'un des trois thèmes prioritaires s'intitulait « les conduites de dépendance aux substances psycho-actives ». L'un des axes de recherche proposés portait sur la mise en œuvre des politiques publiques.

La réponse à cet appel d'offres était ainsi formulée¹ :

« Une approche simultanée des différentes prises en charge des toxicomanes, sur un même terrain, par les institutions susceptibles d'y prendre part, police, justice, structures sanitaires, associations, est proposée, articulée autour de trois volets principaux.

Le premier volet consiste en une approche transversale descriptive de la prise en charge des toxicomanes par une recension des acteurs institutionnels, accompagnée d'une enquête qualitative sur le vécu de ces acteurs quant à la double tutelle pénale et sanitaire telle que proposée par la loi de 1970. Les différents niveaux d'action seront ainsi explorés : l'étude du discours policier sur la toxicomanie à travers des entretiens et des analyses de contenu des procès-verbaux rédigés par les services, l'évaluation des flux à l'entrée de la justice pénale et l'orientation des affaires qui en résulte entre classement sans suite simple, injonction thérapeutique et poursuites pénales, et l'aspect sanitaire de la prise en charge au travers des différentes institutions telles que les centres spécialisés, les hôpitaux, les médecins de ville, les pharmaciens, etc...

Le second volet consistera à étudier selon une approche biographique le résultat de ces prises en charge institutionnelles sur la carrière ou les trajectoires des toxicomanes. Le lieu d'observation sera une association de contrôle judiciaire qui prend en charge des toxicomanes faisant tout à la fois l'objet de poursuites pénales et d'une obligation de soins imposée par le parquet ou le juge d'instruction. Ces toxicomanes présentent la particularité d'une prise en charge institutionnelle double et simultanée, judiciaire et sanitaire.

Enfin un troisième volet propose une comparaison entre la situation française et celle de la Suisse, où une enquête de même nature démarre actuellement. Deux phases sont également prévues, l'une consistant en une enquête menée auprès de l'ensemble des instances ayant à prendre en charge les toxicomanes, l'autre en une enquête de type ethnologique sur les consommateurs d'héroïne ».

¹ - Il s'agit ici du résumé présenté dans ce cadre.

Ce projet de départ s'est ensuite modifié, sous l'influence de différents facteurs.

Le premier facteur, et non le moindre, a été l'octroi par le programme d'un budget légèrement supérieur à la moitié de celui initialement sollicité. La quasi intégralité des fonds sollicités étant destinée à rémunérer des vacataires pour réaliser les différentes enquêtes de terrain, la révision du projet initial s'imposait. Il fut alors décidé, sur une suggestion du directeur du programme, de réduire la partie empirique du projet au profit d'un travail approfondi de mise à jour des connaissances sur la prise en charge des usagers de stupéfiants « sous main de justice ».

Un deuxième facteur, également d'ordre financier, a constitué un handicap à la mise en place d'une enquête sur deux ans : la gestion des fonds par le CNRS imposait le recours à des vacations et non à des contrats à durée déterminée comme envisagé, impliquant l'emploi de trois à quatre personnes différentes sur la durée totale de deux ans. De ce fait, le type de travail susceptible d'être demandé aux vacataires s'est trouvé sensiblement modifié puisqu'aucun n'a pu s'impliquer sur la durée du contrat. La seule façon de faire face à cette difficulté a été de recruter une étudiante de troisième cycle, effectuant un DEA sur deux ans. Ce mode de recrutement est très différent d'un contrat à durée déterminée puisqu'il exige un important encadrement et travail de formation. Par ailleurs, les années universitaires ne correspondant pas à la durée du contrat, la soutenance n'aura lieu qu'en mai 1998.

Le troisième facteur, a été d'un tout autre ordre. Nous avons initialement envisagé de dépouiller des dossiers de contrôle judiciaire. Or, ceux-ci ne dépendent pas des services de la justice mais d'une association privée qui nous en a refusé l'accès. Cette difficulté aurait éventuellement pu être levée en multipliant les demandes sur une durée plus longue mais le délai prévu pour la réalisation du contrat et la découverte d'autres possibilités nous ont amené à prendre rapidement la décision de faire porter l'enquête auprès d'un autre service. Les lieux d'observation pour la prise en charge sanitaire ont finalement été le service des injonctions thérapeutiques et le comité de probation et d'aide aux libérés.

La recherche entreprise en Suisse sous la direction de Maria Luisa Cesoni a également subi des réorientations par rapport au projet initial, selon les souhaits de l'organisation commanditaire, qui a limité la portée empirique de la recherche.



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	17
PANORAMA BIBLIOGRAPHIQUE	23
PARTIE I : LES TEXTES ET LES STATISTIQUES AU NIVEAU NATIONAL	48
<u>Chapitre 1 : Les textes et leur application</u>	<u>51</u>
I. Lois et règlements (Laurence Simmat-Durand, Nathalie Goyaux)	51
A/ Les dispositions pénales de la loi de 1970	51
(a) <i>Dispositions initiales</i>	51
(b) <i>Les textes d'application et les modifications ultérieures</i>	55
(c) <i>Dispositions particulières à l'égard des usagers mineurs</i>	59
B/ Les dispositions sanitaires	62
(a) <i>L'organisation des cures.</i>	63
(b) <i>Le contrôle des instruments et produits utilisés- les traitements de substitution.</i>	70
(c) <i>Les traitements de substitution à la Méthadone et à la Buprénorphine.</i>	73
C/ Les obligations de soins	77
(a) <i>L'injonction thérapeutique</i>	77
(b) <i>Les autres obligations de soins</i>	81
D/ Le dispositif local	82
(a) <i>Les conseils départementaux et communaux de prévention de la délinquance (CDPD) et les actions de prévention pour la sécurité dans la ville</i>	83
(b) <i>Les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie</i>	86
(c) <i>Les plans départementaux de sécurité</i>	88
(d) <i>Le conseil national des villes et les conseils locaux de prévention de la délinquance</i>	89
(e) <i>Les conventions d'objectifs et les réseaux ville-hôpital</i>	90

II. La jurisprudence (Anne Kletzen)	94
A/ Le champ d'utilisation du délit d'usage illicite de stupéfiants	96
(a) <i>Les sources d'incrimination</i>	96
(b) <i>L'usage de stupéfiants, un délit associé à une infraction à la législation sur les stupéfiants</i>	100
(c) <i>La pratique de la cure de désintoxication</i>	103
B/ Preuve et sanctions du délit d'usage illicite de stupéfiants	108
C/ Les perquisitions et saisies	109
(a) <i>Le droit commun des perquisitions et saisies</i>	109
(b) <i>Les perquisitions et saisies douanières</i>	110
D/ Les sanctions	112
(a) <i>Les sanctions pénales</i>	112
(b) <i>Les sanctions douanières</i>	114
(c) <i>Les fermetures d'établissement</i>	116
(d) <i>Les mesures de police frappant les étrangers</i>	117
(e) <i>Les sanctions disciplinaires</i>	120
III. La pratique des parquets (Laurence Simmat-Durand)	121
A/ L'application de la loi	123
(a) <i>Le manque de structures sanitaires</i>	124
(b) <i>La non-application de la loi</i>	125
(c) <i>Les autres alternatives sanitaires</i>	126
B/ Les abandons de poursuite	127
(a) <i>La mise en garde</i>	127
(b) <i>Les classements avec avertissement ou avec signalement</i>	131
C/ Les relations avec les DDASS	133
D/ Les critères de choix de l'injonction thérapeutique	136
(a) <i>Le produit</i>	137
(b) <i>L'âge</i>	138
(c) <i>Les faits et les antécédents</i>	139
(d) <i>Selon le domicile</i>	140

Chapitre 2 : Les statistiques **144**

I. Les statistiques policières sur l'usage de stupéfiants (Hélène Martineau) **146**

A/ Variation des interpellations depuis 1970	149
<i>(a) Les Infractions à la Législation sur les Stupéfiants d'après les statistiques de police judiciaire et celles de l'OCRTIS</i>	149
<i>(b) La consommation de stupéfiants</i>	151
<i>(c) Répartition des interpellations en fonction du service de constatation</i>	157
<i>(d) Répartition des usagers en fonction des drogues utilisées</i>	159
B/ Caractéristiques des mis en cause	149
<i>(a) Le sexe</i>	164
<i>(b) L'âge</i>	165
<i>(c) La catégorie socio-professionnelle</i>	169
<i>(d) La nationalité</i>	171
<i>(e) L'emploi des moyens juridiques (la garde à vue et ses suites)</i>	173

II. Les statistiques judiciaires sur l'usage de stupéfiants (Laurence Simmat-Durand) **177**

A/ L'orientation des affaires	177
<i>(a) Séries concernant les majeurs</i>	178
<i>(b) L'orientation des affaires concernant les mineurs</i>	
B/ Les condamnations	182
<i>(a) Séries selon l'infraction</i>	182
<i>(b) Séries concernant les mineurs</i>	189
<i>(c) Les peines prononcées</i>	190
C/ Les données pénitentiaires	194

III. Les statistiques sur les Obligations de Soins (Laurence Simmat-Durand) **195**

A/ L'injonction thérapeutique	195
<i>(a) Les statistiques judiciaires</i>	195
<i>(b) Interpellations et injonctions thérapeutiques</i>	202
<i>(c) Injonctions thérapeutiques et condamnations</i>	205
<i>(d) Les statistiques sanitaires</i>	208
B/ Les autres obligations de soins	211
<i>(a) Les statistiques judiciaires</i>	214
<i>(b) Les statistiques sanitaires</i>	218

PARTIE II : APPROCHES LOCALES	231
--------------------------------------	------------

Chapitre 1 : Les statistiques disponibles au niveau local **234**

I. Les statistiques policières (Hélène Martineau) **235**

A/ Les services répressifs dans les Hauts-de-Seine	236
<i>(a) La Police nationale dans les Hauts-de-Seine</i>	236
<i>(b) La gendarmerie Nationale dans les Hauts-de-Seine</i>	240
<i>(c) La Douane</i>	240
B/ Présentation des données	241
<i>(a) Les statistiques de police judiciaire</i>	241
<i>(b) Les statistiques de l'OCRIS</i>	242
<i>(c) La statistique de la sécurité publique des Hauts-de-Seine</i>	243
<i>(d) Conclusion</i>	244
C/ Les interpellations pour usage de stupéfiants dans les HAUTS-DE-SEINE	245
<i>(a) Les infractions à la législation sur les stupéfiants dans les Hauts-de-Seine</i>	245
<i>(b) Les interpellations pour usage de stupéfiants dans les Hauts-de-Seine</i>	249
<i>(c) L'activité des différents services en matière d'usage de stupéfiants</i>	250
<i>(d) Répartition des usagers en fonction des drogues utilisées</i>	254
<i>(e) L'usage de stupéfiants dans les circonscriptions de sécurité publique</i>	255

II. L'activité de la juridiction (Laurence Simmat-Durand) **257**

A/ Les données publiées	257
<i>(a) Sur l'activité du parquet</i>	257
<i>(b) Les condamnations</i>	259
B/ Les données de la juridiction	260
<i>(a) Les classements sans suite</i>	260
<i>(b) Les injonctions thérapeutiques</i>	262
C/ La mise à l'instruction	263
D/ L'association de contrôle judiciaire	264
E/ Le Comité de Probation et d'Aide aux Libérés (CPAL)	265

III. Les données sanitaires (Laurence Simmat-Durand)	266
A/ Les statistiques sanitaires disponibles	266
<i>(a) Les toxicomanes accueillis dans les établissements de l'Ile-de-France</i>	266
<i>(b) Les données de l'assistance publique</i>	267
<i>(c) Les caractéristiques des toxicomanes accueillis</i>	271
<i>(d) Le financement de l'Etat et du département</i>	272
B/ Les centres spécialisés du département	275
C/ L'orientation des affaires	277

Chapitre 2 : Les injonctions thérapeutiques

(Laurence Simmat-Durand) **281**

I. Quelques caractéristiques individuelles des usagers	286
A/ Le produit utilisé	287
B/ Le sexe, la nationalité, la profession	288
C/ L'âge	290
II. La prise en charge et l'orientation judiciaires	299
A/ Les antécédents judiciaires	300
B/ Les décisions prises	305
III. L'orientation sanitaire	311
A/ Les antécédents sanitaires :	312
<i>(a) Les contacts antérieurs avec le réseau de soins</i>	313
<i>(b) Les produits associés</i>	314
B/ La durée et l'évaluation du suivi	315
C/ L'orientation par la DDASS :	316

Chapitre 3 : Les sursis avec mise à l'épreuve

(Laurence Simmat-Durand) **319**

I. Le jugement	322
A/ Les faits et les produits	322
(a) <i>Les infractions retenues</i>	322
(b) <i>Les produits</i>	324
B/ Les procédures	325
(a) <i>Les procès-verbaux de police</i>	325
(b) <i>L'orientation par le parquet</i>	326
(c) <i>Les délais de procédure</i>	327
(d) <i>Les mesures avant jugement : détention provisoire et contrôle judiciaire</i>	328
C/ Les peines prononcées	329
(a) <i>Le quantum des condamnations</i>	329
(b) <i>Les motivations des jugements</i>	332
(c) <i>Le mode de comparution</i>	334
(d) <i>La complicité</i>	335
II. Les antécédents judiciaires	337
A/ Exploitation des casiers judiciaires	337
B/ Les peines selon le casier judiciaire	341
C/ Peines selon le casier et les faits	342
D/ Les injonctions thérapeutiques antérieures	344
III. Profils socio-démographiques	345
A/ L'âge	345
B/ La structure familiale	347
C/ Profession et ressources	347

IV. La prise en charge sanitaire	352
A/ Les antécédents sanitaires	353
B/ La multiplicité des prises en charge	354
C/ Les traitements de substitution	356
D/ Les pathologies associées	357
V. Le bilan de la mesure	359
A/ La durée du suivi	359
B/ La fin de la mesure	361

Chapitre 4 : Le discours des acteurs du champ sanitaire

(Nathalie Goyaux) **366**

I. Le dispositif sanitaire : cadre général	368
A/ Insuffisance et diversification	368
B/ Les acteurs professionnels	370
II. De la maladie à l'insertion : l'approche des soins	373
A/ De la maladie à l'addiction	373
B/ De la désintoxication et du sevrage à l'insertion	375
III. L'injonction thérapeutique : l'interface du judiciaire et du sanitaire	378
A/ Les soins sous contrainte	379
B/ La décision thérapeutique	383

Chapitre 5 : Loi pénale et alternative thérapeutique en Suisse

(Maria Luisa Cesoni)

387

I. La loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes et les autres principales normes concernant les usagers	391
A/ Les textes	392
(a) La réglementation des produits	392
(b) Les normes pénales	393
(c) L'alternative thérapeutique : mesures et sursis	393
(d) Les normes sanitaires	395
(e) L'utilisation de produits de substitution	395
B/ L'interprétation des textes	396
II. La mise en œuvre de la LStup selon les statistiques officielles	398
A/ L'augmentation des poursuites	399
B/ Les attitudes différentes des autorités policières et judiciaires	402
C/ L'application des mesures alternatives	404
III. Le cadre général de la recherche	407
A/ Le « terrain »	408
(a) L'analyse qualitative	409
(b) L'analyse quantitative	410
(c) Les variables analysées	411
IV. L'application des alternatives thérapeutiques en 1996 : une recherche exploratoire	412
A/ Les différences cantonales	412
B/ Les cantons de Vaud et de Neuchâtel	415
(a) Neuchâtel	416
(b) Vaud	423
CONCLUSION GENERALE	433
LISTE DES TABLEAUX	439
LISTE DES GRAPHIQUES	442
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	443
ANNEXES	465

INTRODUCTION

Le contrôle des substances susceptibles d'être détournées à des fins criminelles a un long passé dans la législation française. Dès l'ordonnance de 1682, la surveillance est exercée par le ministère de l'Agriculture, la plupart des produits visés étant d'origine naturelle ou utilisée à des fins agricoles. Ce deuxième aspect rendra d'ailleurs les premiers textes inapplicables, la grande majorité de la population française travaillant dans le secteur agricole et devant à ce titre détenir et utiliser aussi bien l'arsenic que tout un ensemble de substances vénéneuses. Les lois prévoient en effet des peines tellement sévères, souvent la peine de mort, que leur application est inexistante.

Durant une première période, jusqu'au code de la pharmacie en 1845, ce qui est visé est l'usage contre autrui (les empoisonnements). De ce fait, les substances susceptibles d'être utilisées pour de tels agissements nécessitent l'intervention de la puissance publique puisque leur usage détourné peut relever d'un problème d'ordre public. L'usage principal de ces substances, pour l'agriculture, n'étant jamais clairement mentionné comme une exception licite à leur détention, les commentateurs de ces lois (Daloz, 1859) les présentent comme purement formelles.

Le début du dix-neuvième siècle montre la montée en puissance du milieu médical qui obtient le monopole de la distribution des substances vénéneuses. Dès la loi du 21 germinal an XI² les droguistes et épiciers sont écartés du commerce des compositions et préparations pharmaceutiques, qui ne peuvent plus être délivrées que par des pharmaciens, sur prescription des docteurs en médecine et en chirurgie ou par des officiers de santé. Les substances vénéneuses dès cette date ne pourront être délivrées qu'à des personnes connues et domiciliées qui pourraient en avoir besoin pour leur profession ou pour une cause connue, à peine d'amende.

Ce siècle voit une diffusion massive de l'usage des substances, non seulement en médecine, par l'usage de la morphine depuis la guerre de 1870, mais dans tous les milieux, au travers des sirops et autres remèdes populaires et de diverses boissons. Antonio Escohotado (1995) note ainsi qu'il existait vers 1890 une centaine de boissons contenant des extraits très concentrés de coca ou de cocaïne pure. L'opium et son extrait a été inscrit sur la liste des substances vénéneuses en 1850³.

Au début du vingtième siècle, le contexte est tout autre. Après le développement des colonies et de commerces lucratifs, ainsi que la diffusion de l'usage de ces substances tant dans ces contrées lointaines qu'en Europe même, le contexte international évolue sous la pression des groupes prônant l'abstinence, en particulier américains.

² - Loi du 21 germinal, an XI de la République, portant organisation des écoles de pharmacie, publication du 1er floréal an XI (11 avril 1803).

³ - Décret du 8 juillet 1850.

Dès 1885, la vente d'opium est surveillée dans les colonies françaises⁴, encadrement étendu au territoire métropolitain en 1908.

La convention internationale de l'opium⁵ marque le début d'un contexte de restriction générale du commerce des substances pouvant donner lieu à des abus. La loi de 1916⁶ montre ainsi une mise en conformité de la France avec ce contexte international. La lutte contre la drogue vise essentiellement le commerce et à ce titre les fumeries d'opium qui assurent les contacts avec les utilisateurs. L'usager de stupéfiants par contre est le grand absent de cette préoccupation prohibitionniste (Bachmann et Coppel, 1989).

Le contexte de la Première Guerre mondiale influence notablement les débats et le texte lui-même. La notion de danger venant de l'extérieur des frontières est récurrente, d'autant que l'industrie chimique allemande était la première productrice de cocaïne en Europe et que les importations illicites par l'intermédiaire de la Suisse se développaient (Maïer, 1928). Les thèses de dégénérescence propres à la fin du dix-neuvième siècle sont toujours présentes ; les produits visés présentent un danger de perversion de la population, au même titre que l'absinthe combattue pendant ces mêmes années. Dans le courant protectionniste et populationniste qui caractérise la société française du début de ce siècle, la lutte contre les substances nuisibles revêt le caractère d'une lutte contre un fléau social. Les progrès fulgurants de la médecine sur les dernières décennies donnent un contexte favorable pour penser que comme tout fléau sanitaire, son éradication va être possible.

Ce mouvement de repli et de protection de la jeunesse française se renforce durant la Seconde Guerre mondiale. Des valeurs comme la patrie et la famille sont dominantes et culmineront avec la plupart des textes de Vichy. La question des substances vénéneuses n'y échappe pas, puisqu'elle sera intégrée au code de la famille, au chapitre de « La protection de la race ». La société française doit se protéger et lutter contre différents fléaux, dont la tuberculose, l'alcoolisme ou les drogues. Le côté individuel est totalement occulté, de même que la notion de santé, seule la protection de la société inquiète le législateur (Delestré, 1997).

Le toxicomane à cette époque est clairement une victime, qu'il convient de protéger contre les agissements des trafiquants ou un malade, dépendant du fait d'un traitement.

Pourtant rapidement, l'image du toxicomane éclate ; le ministre de la Justice attire l'attention des parquets sur la nécessité de bien distinguer entre les toxicomanes qui le sont à la suite d'un traitement médical et ne sont donc pas responsables, et ceux qui s'adonnent à la drogue par plaisir et pour lesquels « aucune indulgence particulière ne s'impose... alors que c'est souvent dans cette catégorie d'inadaptés que se recrutent les auteurs d'autres délits graves »⁷. Nous verrons la persistance de cette liaison entre toxicomanie et

⁴- Décret du 17 décembre 1885 : « Toute vente, toute cession, à quelque titre que ce soit, d'une quantité quelconque d'opium, faite à d'autres que des Chinois, sera passible des peines... » (art.23).

⁵- Convention internationale de l'opium signée à La Haye le 23 janvier 1912, Société des Nations, Recueil des Traités, p. 188 et suivantes.

⁶- Loi du 12 juillet 1916, *J.O.* du 14 juillet 1916.

⁷- Circulaire n° 52-10 du 19 février 1952 sur la répression des infractions en matière de stupéfiants.

délinquance tout au long des débats et textes postérieurs, mais également de cette double entrée dans la toxicomanie, par l'aspect médical ou sanitaire, ou par l'aspect pénal lié à la délinquance.

Cette conception du toxicomane se situe bien à la charnière de deux époques, la fin du XIX^e siècle avec les vices que la société doit combattre et le début de l'époque moderne partagée entre le bien-être et la santé pour tous (les débuts de la sécurité sociale, des allocations familiales, des retraites) et l'amalgame entre la toxicomanie et la délinquance que l'on retrouvera tout au long du XX^e siècle.

L'idée que la société offre à tous la possibilité de se soigner, mais que certains s'y dérobent, va amener la notion de soin contraint. Deux textes vont instituer une obligation de soins, la loi de 1953 vise les toxicomanes, celle de 1954, les alcooliques dangereux. Le concept est quelque peu différent de celui qui prévalait dans les décennies précédentes et avait par exemple abouti à la loi sur l'enfermement psychiatrique : il s'agissait alors d'écarter de la société ; il s'agit maintenant de réadapter par le soin. Mais le modèle de la lutte contre la tuberculose n'est pas loin et l'idée de structures fermées destinées aux toxicomanes n'est pas écartée, du fait de la crainte d'une contamination possible liée au prosélytisme du toxicomane.

Dès les années 1950 le contrôle social est double : un contrôle pénal des agissements qui mettent en danger l'ordre public, qui vise en priorité les trafiquants et un contrôle sanitaire pour endiguer l'épidémie, ayant pour cible les toxicomanes.

La loi de 1970, *relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses* par son titre même s'inscrit dans cette dualité. Elle est insérée au code de la santé publique, mais prévoit des sanctions pénales allant jusqu'à un an d'emprisonnement. Le texte intégral de la loi est reproduit en annexe 15.

Cette loi très générale vise toutes les substances classées comme stupéfiants par voie réglementaire, y compris le cannabis, et tous les usagers, qu'ils soient toxicomanes ou non.

Issu de deux visions inconciliables, le texte a d'ailleurs été jugé inapplicable, par les magistrats autant que par les médecins et a fait l'objet de la critique de tous. Le débat est loin d'être clos, mais en l'espace de vingt-cinq ans, il s'est dépassionné, une vision pragmatique ayant finalement dominé depuis le début des années quatre-vingt dix. L'objectif de santé publique est de nouveau réaffirmé, mais en même temps, la répression de l'usage de stupéfiants reste une priorité d'ordre public.

Cette loi générale, pour son application, nécessite que soient mises en œuvre des actions, telles que les interpellations policières ou la création de structures sanitaires spécialisées susceptibles de prendre en charge les usagers signalés par les autorités judiciaires.

Ces actions n'ont pas la même portée générale et vont concerner des clientèles définies par chacune des institutions. Un tel cloisonnement va aboutir à la création d'intersecteurs où se retrouvent des personnes laissées pour compte de cette prise en charge spécialisée.

Ainsi le concept de gratuité des soins de sevrage dans les centres spécialisés va avoir pour effet pervers la non-prise en charge des toxicomanes sur le régime général et leur absence de couverture sociale. On a pu, ainsi, créer des situations paradoxales comme une meilleure protection sociale des personnes incarcérées (Pedrot, Rebecq, 1995).

L'évaluation de l'action, par l'inspection générale par exemple (Trouvé, Malivoire de Camas, IGAS, 1989), va entraîner la découverte de telles populations exclues, qui vont de ce fait devenir des populations cibles de nouvelles actions plus spécialisées. On assiste alors à une démultiplication des objectifs et de l'action, débouchant sur des clientèles de plus en plus précises. La loi trop généraliste va ainsi déboucher sur l'absence de prise en charge globale.

L'étude de la mise en œuvre de la loi peut revêtir de multiples aspects, d'autant plus que les prises en charge qu'elle définit sont multiples. Le travail présenté ici explore cinq de ces aspects, qui se complètent mais peuvent également être lus séparément selon les attentes du lecteur. A cette fin, la méthode propre à chaque étude est exposée dans le développement qui la concerne. La rédaction de chacune des parties a été réalisée par l'auteur de l'étude qui en est signataire. La coordination et la cohérence de l'ensemble ont été assurées par Laurence Simmat-Durand, mais chacun des auteurs conserve la responsabilité de son texte.

La première approche proposée est consacrée à l'étude des textes concernant la mise en œuvre de la loi de 1970. Un recueil et une analyse des circulaires visant l'application de la loi et émanant des différents ministères, principalement de la Justice, de la Santé, de l'Intérieur, ont été menés sur les vingt-cinq années. La présentation qui en est faite ici est restreinte aux dispositions pénales et sanitaires, soit environ deux cents circulaires extraites d'un ensemble plus vaste de plus de cinq cents circulaires recueillies sur le sujet. Les circulaires concernant la prévention par exemple ont été écartées. L'ensemble analysé permet de suivre l'évolution au plan pénal et au plan sanitaire du traitement réservé à l'usager de stupéfiants.

L'évolution s'est faite sur la base d'ajustements réglementaires, le législateur n'étant pratiquement pas intervenu sur la question des stupéfiants depuis 1970. La question qui se pose alors est celle de l'application de tels textes par les juridictions : les tribunaux appliquent la loi et non des circulaires, qui ont tout au plus le statut de directives. L'étude de la jurisprudence permet de pointer les difficultés d'application de la loi et l'évolution des pratiques des tribunaux.

L'application de la loi par les magistrats du parquet et les difficultés qu'elle présente est étudiée par la reprise de deux enquêtes nationales effectuées dans les juridictions en 1981 et 1995. Leur confrontation permet de dégager les grandes lignes de l'évolution des pratiques, quant à la sélection des usagers concernés par exemple ou à la perception des relations avec les DDASS.

La seconde approche est quantitative et vise à mesurer les activités institutionnelles induites par l'application de la loi, à travers les statistiques des services. Deux niveaux ont été distingués, le niveau national et un niveau départemental permettant de disposer des données de cadrage pour l'étude empirique.

Seule la question de l'usage de stupéfiants étant retenue ici, il a été nécessaire d'extraire des statistiques publiées les données la concernant, ce qui ne va pas toujours de soi, les catégories statistiques ne correspondant pas toujours aux infractions prévues par les dispositions législatives.

Les données publiées par les services de police et de justice ont permis d'évaluer le contentieux de l'usage de stupéfiants et son évolution sur vingt-cinq ans. Les données sanitaires retenues ont été restreintes aux seules activités liées à la mise en œuvre de la loi de 1970, la question de la prise en charge globale des toxicomanes dépassant largement le cadre retenu ici.

Au niveau du département, les rapports d'activité des associations spécialisées ont été retenus comme source d'information plus fine que les seules statistiques du ministère de la Santé ou de la DDASS.

La troisième approche est empirique et vise la mise en œuvre des obligations de soins à l'échelle d'un département. Elle utilise un recueil de données de type biographique sur les usagers de stupéfiants soumis à une injonction thérapeutique ou à un sursis avec mise à l'épreuve.

Le point central du recueil des données n'est pas l'affaire judiciaire, comme dans la plupart des recherches menées autour des « filières pénales » (L. Simmat-Durand, 1994 ; B. Aubusson de Cavarlay, 1995 ; par exemple), mais l'individu. On a ainsi cherché à reconstituer un extrait d'histoire de vie le plus long possible, afin d'analyser les trajectoires en particulier pénales et sanitaires des personnes soumises à ces injonctions de soins. Le recueil porte ainsi particulièrement sur les dates et les durées de passage dans chacun des événements de vie connus par la personne, par exemple durée de détention, séjour en milieu hospitalier, suivi antérieur dans un service judiciaire, etc...

Deux cohortes d'usagers de stupéfiants ont été constituées sur une même année, 1995, pour lesquelles les dossiers pénaux, sanitaires ou d'exécution des peines ont pu être dépouillés. Une attention particulière était portée à leurs antécédents judiciaires ou sanitaires afin de voir quand et comment s'inscrit la mesure judiciaire d'obligation de soins dans leur trajectoire.

Ainsi la notion d'âge est largement explorée : âge actuel au moment du prononcé de la mesure, âge de début de la consommation du produit objet de l'infraction, âge à la première consommation d'un produit illicite, âge à la première infraction.

La quatrième approche porte sur les représentations des acteurs de leur action. Comment les intervenants du champ sanitaire, définissent-ils leur action et comment s'inscrit leur rôle dans ce contexte législatif ?

La conception du soin sous contrainte des intervenants du champ sanitaire a été analysée à partir d'entretiens effectués dans les associations spécialisées du département, afin de disposer d'une unité de lieu, par rapport aux dossiers étudiés dans l'étude empirique.

La dernière approche est comparative. La Suisse expérimente des prises en charge diversifiées des toxicomanes. Après un aperçu de la législation permettant de situer le contexte global, les premiers résultats d'une recherche sur le traitement pénal des usagers de stupéfiants sont exposés, présentant surtout l'aspect des mesures thérapeutiques ordonnées par les juridictions. L'enquête globale a porté sur onze cantons pour lesquels un échantillon des jugements a été dépouillé, mais seuls les résultats concernant Neuchâtel et Vaud étaient disponibles lors de la rédaction de ce rapport.

Les deux enquêtes, française et suisse, ont été conçues dans un même esprit au départ, mais les contraintes liées au financement de part et d'autre ont amené des ajustements qui ont compromis la comparabilité des résultats.

La confrontation des deux expériences est néanmoins intéressante car elle montre deux législations proches mais des conceptions du soin sous contrainte très différentes.

Les développements qui suivent présentent ces différentes approches et sont organisés en deux parties, l'une consacrée aux données nationales, et la seconde aux approches locales.



PANORAMA BIBLIOGRAPHIQUE

Laurence SIMMAT-DURAND

La loi du 31 décembre 1970, en créant un usage illicite de stupéfiants, assimile le simple usager à la fois à un délinquant, voire un trafiquant puisque la détention de stupéfiants pour la consommation personnelle n'est pas prévue, et à un toxicomane qu'il convient de soigner. L'obligation de soins est fortement décriée par les médecins, en particulier psychiatres, qui doutent d'une thérapie n'emportant pas l'adhésion de la personne concernée et par les magistrats qui se plaignent du manque de coopération des autorités sanitaires. Malgré les textes successifs pour réformer partiellement cette loi, la cohérence de l'ensemble paraît toujours douteuse au niveau de la mise en œuvre sur le terrain.

Cette approche, par la prise en charge institutionnelle, est développée ici sous forme d'état des lieux bibliographiques. Il ne s'agit pas de recenser les sources d'information dans le domaine de la toxicomanie, ce qui a été fait à plusieurs reprises dans les années récentes⁸ mais de s'intéresser à la mise en œuvre de la loi, soit par des expériences de terrain ou des données locales, soit par les réflexions qu'elle suscite dans les différents ouvrages consacrés à la drogue et à la toxicomanie. La notion même de prise en charge renvoie aux pratiques professionnelles et une place importante sera faite ici aux publications destinées aux praticiens.

Les rôles des différents acteurs sont examinés : le point de vue du médecin est-il incompatible avec celui du policier, du magistrat, ou des autres agents spécialisés ? Quel est le partage de compétence actuel dans le dispositif français de lutte contre la toxicomanie ?

La mise en œuvre de la loi elle-même peut être envisagée au travers des différents acteurs : ceux liés à l'action sanitaire et ceux liés à l'action judiciaire. Elle peut l'être aussi par l'organisation de la prise en charge des toxicomanes et son évaluation et par deux points particuliers, l'injonction thérapeutique et l'incarcération. Dans le premier cas, peu d'études d'envergure ont été menées, les statistiques nationales sont pauvres, mais des expériences locales méritent d'être signalées. Leur prise en compte débouche d'ailleurs sur la nécessité d'un recueil national exhaustif sur l'activité des services d'injonction thérapeutique pour en assurer la cohérence. La pertinence de l'incarcération des usagers de drogues fait par contre l'objet de vifs débats, réactivés par la problématique autour de la diffusion du VIH dans les populations toxicomanes incarcérées. Cette dernière approche n'est pas développée dans le cadre de ce travail.

⁸Par exemple le rapport Padiou (1990) et le répertoire de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (1996).

Enfin, la mise en œuvre de la loi peut être replacée dans un contexte social beaucoup plus global, autour des problèmes d'exclusion, d'éducation et de prévention en particulier depuis l'émergence de la contamination par le virus VIH. La prévention dans le domaine du sida n'est-elle pas en contradiction avec la loi de 1970, en particulier sur la facilitation à autrui de l'usage de stupéfiants ? Quelques auteurs se posent la question et dénoncent l'absence de couverture sociale d'un groupe aussi exposé.

Remarques générales sur la constitution de la bibliographie :

La délimitation du sujet à la mise en œuvre de la loi de 1970 incite à ne s'intéresser aux ouvrages généraux en matière de toxicomanie qu'en tant qu'ils évoquent ce contexte précis, souvent d'ailleurs pour critiquer le cadre législatif français. Quelques ouvrages, qui paraîtraient fondamentaux sur le sujet de la drogue ou de la toxicomanie, peuvent ainsi ne pas être cités car ils ne répondent pas à ce premier critère.

Outre le droit, l'ensemble des sciences humaines a été sollicité, sociologie, sciences de l'éducation, psychologie, etc... mais également les sciences de la vie, la médecine ou la pharmacie, l'approche proposée étant multidisciplinaire. Néanmoins pour ces dernières disciplines, le champ a été restreint au regard sur les pratiques professionnelles ou au contexte légal, l'approche purement épidémiologique ou clinique n'entrant pas dans le sujet exploré ici.

Les ressources ont été celles des organismes spécialisés (DGLDT) ou des centres spécialisés (Marmottan). Dans ce dernier cas, la base de données TOXIBASE a permis d'identifier 242 références à partir des mots-clés « loi de 1970 », « prise en charge » ou « injonction thérapeutique ». Ces références sont partiellement reprises ainsi qu'un ensemble de 38 textes législatifs dans une bibliographie dressée par Toxibase-Reims (Mathieu-Vermote, 1993).

Par courrier, les observatoires régionaux de santé ou les DDASS ont fourni un certain nombre d'études locales, en particulier sur le suivi des injonctions thérapeutiques, mais également sur des expériences mal connues d'utilisation des autres obligations de soins.

Des bases de données moins spécialisées nous ont également fourni nombre de références bien que le vocabulaire d'indexation ait été d'une moindre utilité, le dépouillement sur écran à partir des titres des publications ayant souvent été la seule solution envisageable. Ainsi la base FRANCIS de l'INIST comportait environ trois cents références sur la toxicomanie pour la période 1991-1994. De même, DOCTHÈSE comportait 535 références de thèses avec ce mot-clé, dont 224 pour les années postérieures à 1989, la ressource principale étant les doctorats de médecine et de pharmacie.

Les ressources documentaires des universités ont été explorées, aucun fichier national n'existant pour les mémoires de DEA ou de DESS. Les bibliothèques des ministères de la santé, de la justice et des laboratoires du CNRS travaillant dans ce domaine ont complété cet ensemble.

Au total, nous avons pu constitué un fichier comportant plus de cinq cents références en rapport direct avec la législation française actuelle ou sa mise en pratique, outre les textes législatifs eux-mêmes⁹. La bibliographie présentée en fin d'ouvrage comporte quant à elle 420 articles ou ouvrages analysés dans le texte ci-dessous ou dans les développements de ce rapport.

1- Cadres français et international

La législation française en matière d'usage de stupéfiants couvre une grande partie du XXe siècle puisque le premier texte prohibitif français, visant l'usage, date de 1916¹⁰. Mais il ne réprime que l'usage en société, non l'usage individuel. Différents auteurs proposent un panorama de la législation internationale ou communautaire permettant de replacer les textes français dans un cadre plus large.

1.1. Les comparaisons internationales

Le mouvement international contre les drogues est mené par les Etats-Unis et prend naissance en 1909 avec la mise en place de la Commission internationale de l'Opium (Convention de 1912). Plusieurs textes internationaux ont ensuite été adoptés : la Convention sur la répression du trafic illicite des drogues nocives (Genève, 1936), la Convention unique sur les stupéfiants (New York, 1961) et la Convention sur les substances psychotropes en 1971. Un panorama international a été réalisé au niveau du droit par Mario Bettati (1974).

Les études historiques ou comparatives sur les législations en matière de stupéfiants sont nombreuses. Certaines sont des « classiques » sur le sujet de la toxicomanie comme l'ouvrage de Christian Bachmann et Anne Coppel (1989) ou celui de Francis Caballero (1989).

⁹ Près de six cents textes administratifs ont été répertoriés depuis le début du siècle. Ils font l'objet d'une étude séparée (à paraître) et une partie d'entre eux est présentée dans la première partie de ce rapport.

¹⁰ Loi du 12 juillet 1916, *J.O.* du 14 juillet 1916, p. 6524.

Une comparaison des dispositions applicables dans vingt et un pays du monde avait été effectuée par R. Screvens (1986)¹¹ sur la base des rapports établis par les représentants de la magistrature de chaque pays. Elle met particulièrement en évidence la place respective de la répression et du traitement dans les législations de ces pays et tente d'évaluer la charge que représente la toxicomanie sur le système pénal de chacun d'eux. Une comparaison des dispositions pénales des dix-neuf membres du groupe Pompidou est également disponible (Cervello, 1989). Elle montre que si de nombreux points communs existent entre ces différents pays dans la création des infractions, les divergences sont très nombreuses sur les sanctions applicables, particulièrement en matière d'usage, la répression sévère du trafic étant quant à elle l'objet d'un consensus.

Parmi les derniers ouvrages qui présentent les structures internationales et font le point sur les enjeux actuels, on peut citer celui qui a été publié sous la direction de Mario Bettati (1995) regroupant un ensemble de communications sur le droit international et interne présentées lors du colloque pour le cinquantième anniversaire de l'ONU en 1994. Plusieurs des communications publiées concluent à l'échec du contrôle actuel des drogues au niveau mondial ou interne, la loi française n'y échappant pas.

Un panorama plus historique, développé à partir des guerres de l'opium et du contexte de la prohibition chinoise, qui commença dès le XVIII^e siècle, sert de cadre à une présentation d'INTERPOL et de la mise en place des services de police internationaux (Bell, 1991).

Yann Bisiou (1996) présente également une contribution dans un ouvrage collectif sous la direction de Maria Luisa Cesoni situant la législation française de manière historique dans le droit international et communautaire. Les différentes modifications apportées à la loi de 1970 sont également exposées au travers des différents décrets et circulaires qui l'ont substantiellement modifiée depuis. Ce panorama couvre la période 1916-1990. Les textes les plus récents, en particulier sur le plan sanitaire n'y sont pas examinés. Les conséquences probables de l'ouverture des frontières communautaires dans le cadre de la lutte contre la drogue sont également analysées dans un article de la *revue internationale de police criminelle* (1990).

Georges Estievenart (1993) quant à lui rappelle dans un petit article la place de la toxicomanie dans les traités européens. Le traité de Rome ne comporte aucune indication sur le sujet des drogues, pas plus que l'Acte Unique de 1985-1986 pour lequel les discussions avaient reconnu la souveraineté des Etats en cette matière. Il faut attendre le Traité de Maastricht en 1992 pour que le sujet soit directement abordé, celui-ci faisant de la santé publique un sujet prioritaire. Le plan européen de lutte contre la drogue date quant à lui de 1990 et a été reconduit en 1992.

Deux brèves notices décrivent les actions en cours en matière de lutte contre la toxicomanie au sein du Conseil de l'Europe (Cohu, 1996) et du Groupe Pompidou

¹¹ A l'occasion de la troisième commission d'étude de l'Union internationale des magistrats, Pérouse, le 8 septembre 1986.

(Lockett, 1996). Un important article compare également les législations pénales des pays d'Europe occidentale en insistant plus particulièrement sur la politique espagnole et sur les peines alternatives proposées aux toxicomanes (Cuesta Arzamendi, 1991). Cet auteur montre combien les dispositions procédurales en matière de stupéfiants sont souvent généreuses ou dérogoires du droit commun afin de faciliter l'action répressive.

Un panorama récent sur le fonctionnement du système international se trouve dans le dernier rapport de l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants pour 1995 (OICS, 1996) qui présente une analyse de la situation mondiale et accorde une priorité à la lutte contre le blanchiment de l'argent de la drogue.

Pour une évocation tout aussi complète sur le plan juridique que sur le plan sanitaire on se référera à l'ouvrage d'André Decourrière (1996), qui explore tous les enjeux de droit pénal et médical, depuis les guerres de l'opium jusqu'aux programmes actuels de substitution et replace ainsi les dernières modifications des politiques européennes dans un contexte historique très utile pour en situer les principaux enjeux.

Les premiers rapports annuels de l'Observatoire Européen des Drogues (1995 et 1997) font le point à travers différents tableaux comparatifs des diverses modalités de répression des infractions à la législation sur les stupéfiants dans les pays de l'Europe des quinze.

Un panorama international succinct sur les alternatives sanitaires à la répression de ces infractions est également proposé dans la revue Toxibase (Simmat-Durand, Rouault, 1997).

1.2. La genèse et l'étude de la loi française

Les conditions du vote de la loi du 31 décembre 1970 sur les stupéfiants, les débats qui l'ont précédé et le partage des opinions sur le sujet ont été analysés dans l'ouvrage de J. Bernat de Celis (1992 et 1996). Cet auteur montre que l'incrimination a été le fait d'acteurs qui ont élaboré la définition d'un problème justifiant l'intervention des pouvoirs publics. Le processus d'élaboration a été essentiellement bureaucratique à la suite d'affrontements puis d'un consensus entre les ministères de la Justice et de la Santé. Députés et sénateurs n'ont fait qu'entériner ensuite la décision prise. Finalement l'incrimination d'usage illicite n'a été créée que pour des raisons de technique juridique, en dehors de toute approche rationnelle de la problématique posée et dans l'indifférence du sort réservé aux populations concernées.

Les tentatives de modification de la loi, avortées en 1978 et 1986 n'ont certainement pas d'autres explications, cet auteur conclut en effet : « *L'incrimination d'usage de stupéfiants a été produite en 1970 par des décideurs qui, voyant dans cette loi un moyen d'exorciser leurs peurs, et de conforter dans leur choix de société, les adultes de l'après-mai 1968, ont cru stabiliser de la sorte leur pouvoir politique. Les décideurs qui, en*

« 1977-1978 » et en « 1986-1987 », ont pour leur part renoncé à leurs souhaits respectifs de modifier la même incrimination, l'ont fait dans une perspective analogue : ils avaient découvert que la poursuite de leur intention première mettrait en péril leur base électorale » (1992, p.229).

L'analyse du texte de loi lui-même a été faite tant par des juristes (Doll, 1971 (a) ; Gassin, 1971 ; Dolard E., 1990), des travailleurs sociaux, des médecins (Elchardus, 1989), soit immédiatement après le vote, soit dans les années qui ont suivi, et régulièrement à l'occasion des rapports officiels (Pelletier, 1978 ; Trautmann, 1990 ; Henrion, 1995) ou des modifications réglementaires (Neira, 1994), voire lors de comparaisons internationales (Bernat de Celis, 1988 ; Cervello, 1989). On trouve également des synthèses faites pour des formations professionnelles, par exemple celle des policiers (INF, 1994) ou celles des magistrats (Jean, 1996).

Une analyse très détaillée des dispositions tant pénales que sanitaires, mais aussi des classifications des substances fait l'objet de la thèse de C. et X. Chaubard (1987). Le lecteur y trouve analysés toutes les dispositions de la loi et l'historique des classifications des substances vénéneuses, au travers des textes français et internationaux.

Pour la période antérieure à 1988, un résumé des divers textes applicables et des distinctions successives effectuées entre l'usager, le trafiquant, le petit trafiquant et l'usager-revendeur a été effectué par Bruno Cotte (1981). Une étude plus approfondie des lois et circulaires antérieures à 1988 montre l'évolution de la législation française, le développement des incriminations et l'émergence de nouvelles notions comme celle d'usager-revendeur (Borricand, 1989). Cet auteur note d'ailleurs : « plutôt que de procéder à une révision radicale de la loi de 1970, on a préféré la modification lente et discrète de la pratique législative ». Ces deux travaux ne concernent que les circulaires émanant du ministère de la Justice. Leur ancienneté suggérait de les reprendre et de les approfondir, ce fut l'objet de la première partie de ce travail.

Au début des années 1970, les critiques adressées à la loi, en particulier par les instances internationales, amenaient à des mises au point de la part du ministère de la Justice, insistant sur le fait que la sévérité de la loi ne visait que les trafiquants : « ... en distinguant nettement entre les simples usagers et les trafiquants de drogue, elle réserve la sévérité de la répression à ces derniers ; en prévoyant diverses mesures pour inciter les toxicomanes à se faire soigner, elle substitue dans une large mesure, le traitement médical à la sanction pénale à l'égard des simples usagers » (Beteille, 1981).

Le plan gouvernemental de 1993 insiste de nouveau sur la nécessité d'adapter la réponse judiciaire au problème de la toxicomanie, en privilégiant le développement de l'injonction thérapeutique. La réponse ministérielle faite à ce sujet est très claire¹² : « Il est en effet indispensable que l'autorité judiciaire donne aux interpellations croissantes de toxicomanes une réponse ferme, certes, mais surtout constructive, en privilégiant pour

¹² Rép. Min. n° 4452 : J.O. SénatQ, 17 mars 1994, p. 605.

les usagers qui n'ont pas commis d'autres infractions un traitement sanitaire et social adapté... ».

Un rapide panorama de cette évolution des textes en matière de répression pénale a récemment été effectué par Marie-Danièle Barré (1996).

L'objectif sanitaire de départ de la loi de 1970 a souvent disparu, la tendance étant au renforcement de la répression, vis-à-vis de certaines catégories d'usagers comme les étrangers¹³, et par la création du délit d'usager-revendeur¹⁴. Dans cet état d'esprit, les textes prévoient une action sur les instruments de l'usage et les précurseurs pour rendre l'accès à la drogue et au matériel d'injection très difficile.

L'exemple le plus connu est celui de l'interdiction de la vente des seringues créée par le décret du 13 mars 1972¹⁵. Les conséquences sanitaires de ce texte ont été dénoncées par les médecins dès les années suivantes : « ... *les conséquences... du décret réglementant la vente des seringues qui a provoqué un accroissement considérable du nombre d'hépatites virales chez les toxicomanes réduits à utiliser en groupe un matériel non aseptisé, faute de pouvoir librement s'en procurer d'autres* » (Biron *et al.*, 1979, p.84). Il faudra néanmoins attendre l'émergence du sida comme problème majeur de santé publique pour que les dispositions en matière sanitaire soient de nouveau d'actualité, la première étant la libéralisation de la vente des seringues¹⁶. Les conséquences de cette interdiction sont dramatiques sur l'état de santé de la population toxicomane contaminée tant par le VIH que par les hépatites.

Dernière modification liée à cette nouvelle vision de la toxicomanie comme un problème de santé publique, du fait de la contamination par le VIH, les programmes de substitution ont vu le jour en France, avec plus de vingt années de décalage par rapport aux autres pays européens. De très nombreuses études sont ainsi consacrées à la politique de réduction des risques (Lert, 1989-a ; Guffens, 1994) et à l'introduction des produits de substitution dans le champ des soins aux toxicomanes (Geismar-Wievorka *et al.*, 1997), y compris dans leurs possibles implications dans le champ pénal (Jean, 1994-a).

¹³ La loi n° 83-466 du 10 juin 1983 prévoit à leur égard une reconduite à la frontière de plein droit à l'expiration de la peine en cas d'interdiction du territoire prononcée en vertu de l'article L. 630 du code de la santé publique pour des délits concernant les stupéfiants, y compris le simple usage.

¹⁴ Loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 qui crée l'article 627 alinéa 2 relatif au délit d'offre de stupéfiants en vue de la consommation personnelle.

¹⁵ Décret n° 72-200 du 13 mars 1972, publié au *J.O.* du 14 mars 1972.

¹⁶ Décret 89-560 du 11 août 1989, *J.O.* du 12 août 1989, p. 10205.

2- La mise en œuvre de la loi

La mise en œuvre de la loi est un thème souvent abordé, au travers de la description des différentes prises en charge des usagers de stupéfiants ou des toxicomanes, selon le point de vue où l'on se place, judiciaire ou sanitaire.

2.1 La répression

Le contact avec les services de police ou de gendarmerie constitue la voie prédominante d'accès au système pénal des usagers de stupéfiants.

Peu d'études sont consacrées à la confrontation de l'institution policière au phénomène de la drogue. Les pratiques policières semblent pourtant en proie à de vives contradictions dans ce domaine, relevées par certains auteurs : *« que la police soit chargée de faire respecter les prescriptions du code pénal, dans le cadre du code de procédure pénale et de son propre code de déontologie, cela semblera une tâche normale. Que la police devienne la garante de la santé publique doit conduire à s'interroger »* (Ignasse, 1992, p. 72).

Le cadre réglementaire des activités policières en matière de lutte contre le trafic et l'usage de drogues a fait l'objet d'une publication du ministère de l'Intérieur (1994). Ce recueil comprend les dispositions législatives, des circulaires, des notes de jurisprudence et montre la spécificité du contentieux des stupéfiants en termes de procédure applicable.

Le mode d'action des services d'ordre et leur attitude générale vis-à-vis des toxicomanes ont été analysés au moyen d'entretiens effectués dans le cadre d'une enquête locale (Setbon, 1995). Ces services apparaissent assez peu concernés par les usagers de stupéfiants, si ce n'est dans la mesure où ils peuvent fournir des renseignements sur les réseaux d'approvisionnement. Les représentations des policiers sur la lutte contre les infractions à la législation sur les stupéfiants ont également fait l'objet d'un DEA, basé sur des entretiens visant à comprendre le fonctionnement de la police (Charras, 1994).

La formation des policiers en matière de toxicomanie afin de participer à la répression fait l'objet d'une instruction générale du ministère de l'Intérieur en date du 9 janvier 1984, modifiée le 5 août 1991. D. Gallien (1993) essaye d'en mesurer les effets à partir d'une enquête de terrain menée à Saint-Etienne sur le résultat de la formation reçue par les agents-formateurs issus du Centre de Formation des Formateurs (CFF). En 1993, 450 formateurs anti-drogue sont sortis de cette filière et animent la formation sur le site au profit de leurs collègues actifs. Les savoirs évalués concernent la connaissance des principaux produits, leur aspect et conditionnement usuel, les infractions punissables et la rédaction des procès-verbaux à partir d'un questionnaire. Des entretiens sont menés auprès des personnels : *« tous reconnaissent la pertinence d'une formation sur le site...*

cependant 11 sur 31 d'entre eux admettent que cette formation, notamment la législation, est trop théorique et compliquée » (p. 200).

Une autre description de cette formation des Policiers Formateurs Anti-Drogue a été réalisée par le ministère de l'Intérieur (1994), qui vise à expliciter les finalités de cette action : adapter le travail quotidien des policiers à la spécificité de la lutte contre la drogue.

2.2 L'organisation de la prise en charge sanitaire

Différents arrêtés et circulaires dès l'année 1971 organisent la prise en charge des toxicomanes par les autorités judiciaires et sanitaires dans le cadre de la loi de 1970. La circulaire du 29 mars 1972 définit les centres de postcure et tracent les grandes lignes de leur mode d'accueil. Des expériences de fonctionnement de tels centres sont relatées en général par les médecins psychiatres qui les dirigent, chacune de ces expériences apparaissant souvent comme une « philosophie » propre à l'établissement. Des exemples figurent dans l'ouvrage dirigé par A. Biron *et al.* (1979) mais des cas beaucoup plus célèbres font l'objet d'ouvrages spécifiques comme celui signé par Le Patriarche (Engelmajer, 1976). La vision dominante de départ est une vie saine, à la campagne, sous forme communautaire. La circulaire de 1972 insiste d'ailleurs sur le danger que représentent les villes de par « la proximité éventuelle des sources d'approvisionnement ». La plupart des ouvrages ainsi disponibles comporte une liste des établissements et se tourne vers l'information du public sur le phénomène « drogue ».

Quelques articles proposent une description globale du système actuel de prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et spécialisées. Généralement ces descriptions s'accompagnent d'un essai d'évaluation des places disponibles par type de structures. On peut citer par exemple celui de J.P. Ferrière (1994) ou celui de J.C. Karsenty (1995). Les intervenants et chercheurs dans le champ de la toxicomanie s'accordent par contre sur l'insuffisance de l'offre de soins telle que proposée en France, qui a un aspect extrêmement réducteur, en particulier du fait des budgets (l'essentiel des fonds consacrés à la lutte contre la toxicomanie est orienté vers la répression). Non seulement l'accès aux services est limité, le nombre de places restant dérisoire par rapport à la population toxicomane estimée, mais il ne privilégie pas les soins de santé primaires ou l'aide à la survie en faisant du sevrage une obligation *sine qua non* de l'accès aux structures (Coppel, 1994).

Le bilan récent est plutôt présenté de manière positive dans la presse médicale quant à la variété des structures proposées, mais l'aspect quantitatif fait l'objet de vives critiques ainsi que le manque de coopération entre les diverses structures¹⁷.

¹⁷ Dossier spécial : Comment traiter les toxicomanes, in *Impact Médecin Hebdo*, n° 263, 13 janvier 1995, pp. 5-13.

L'irruption du sida et la nouvelle problématique de réduction des risques ont modifié l'offre de soins. Le secteur hospitalier relativement peu concerné jusque là par l'accueil des toxicomanes, sauf pour les sevrages et les urgences, doit faire face à cette nouvelle clientèle. Celle-ci, perçue comme nombreuse et envahissante, risque de provoquer un phénomène de rejet ou être considérée comme un bouc émissaire par le personnel médical mis à rude épreuve psychique par la prise en charge de malades incurables (Redjimi, 1994).

Les services hospitaliers de médecine générale se sentent peu équipés ou formés pour recevoir des toxicomanes. Les services d'urgence sont néanmoins les premiers sollicités y compris pour les pathologies en liaison directe avec la prise de stupéfiants, comme les surdosages (Holveck, 1991).

Récemment, les services hospitaliers ont été directement sollicités pour participer à la lutte contre la toxicomanie puisqu'une circulaire ministérielle leur demande de réserver trois à cinq lits dans les hôpitaux pour le sevrage des toxicomanes¹⁸. Le recours des centres spécialisés de soins aux toxicomanes paraît cependant irrégulier, tout comme leurs attentes, comme le montre une enquête réalisée en région Ile-de-France (Bourdillon et Justin, 1996). Les résultats de l'enquête débouchent sur la nécessité d'intégrer dans les services hospitaliers des antennes spécialisées avec du personnel spécialement formé. La question de la formation des personnels en toxicomanie revient d'ailleurs de façon récurrente dans un grand nombre de publications.

Pour des raisons historiques, dont certaines sont propres à la France, qui ont déjà été évoquées précédemment, les psychiatres ont un rôle déterminant dans la prise en charge des toxicomanes. La littérature qui émane d'eux est importante, tant dans la presse spécialisée (par exemple *Journal de Médecine Légale*, revue de praticiens) que par le biais d'ouvrages relatant l'expérience d'un lieu d'accueil.

Avant la loi de 1970, les toxicomanes sont soignés dans les services de psychiatrie et l'idéologie dominante est celle émanant de l'hôpital Sainte-Anne (Colle, 1996). La loi de 1970 va quelque peu modifier les choses en assimilant l'utilisateur à un délinquant pour ce qui concerne les drogues illicites mais non pour les utilisateurs abusifs de psychotropes.

Les structures hospitalières classiques paraissent peu adaptées à l'accueil des toxicomanes considérés comme des malades très difficiles à soigner. F.X. Colle (1996) distingue trois générations d'institutions au fil des années, les dernières à partir de 1980 qui s'orientent vers l'insertion des toxicomanes et l'écoute des familles au travers des psychothérapies familiales tandis que se développent les réseaux de familles d'accueil. Dans la période plus récente, l'apparition du sida réoriente sur une prise en charge médicalisée.

¹⁸ Circulaire ministérielle n° 15 du 7 mars 1994.

2.3. Le rôle des médecins généralistes

Les médecins ressentent plus ou moins fortement la contrainte induite par le respect de la loi dans le soin au toxicomane. Ils sont souvent « pris en otage » par le toxicomane qui utilise le soin ou l'hospitalisation comme évitement de la loi et fait du médecin son complice (Hers, 1990). De plus, ce médecin ne peut donner aucune garantie à la justice ; on ne peut évoquer une collaboration qui pourtant est omniprésente dans les textes.

Le médecin généraliste est curieusement absent du dispositif initial de la loi de 1970. Dès le départ, les psychiatres français se sont imposés comme interlocuteurs dans le domaine de la toxicomanie et ont « forgé » une image du toxicomane issue de leur pratique. J. Bernat de Celis (1992) souligne cette hégémonie lors des auditions effectuées préalablement au vote du texte. L'effet de clientèle est indéniable et sera confirmé par les études postérieures.

Les études générales sur la toxicomanie en France ignorent pratiquement totalement la clientèle des médecins généralistes ; les statistiques sont indiquées « hors médecine de ville ». Il s'avère pourtant que les toxicomanes suivis par ces médecins ne sont que rarement les mêmes que ceux reçus par les structures sanitaires spécialisées. Quelques enquêtes existent néanmoins, effectuées par des étudiants de médecine pour l'obtention de leur doctorat (Carteaux, 1986 ; Lamour, 1993 ; Veron, 1994). Le manque de diffusion de tels travaux est évidemment regrettable, leur accessibilité relevant souvent du parcours du combattant.

Le recours au généraliste est d'ailleurs, comme pour la population générale, le premier en cas de pathologie non associée à la prise de drogue. L'enquête de Y. Charpak et P. Hantzberg (1989) auprès de toxicomanes reçus par des médecins généralistes ou arrêtés par la brigade des stupéfiants de Paris montre qu'une majorité d'entre eux n'a jamais été en contact avec une institution de soins spécialisée, mais qu'une part plus importante avait déjà été emprisonnée.

La mise en place des traitements de substitution par la méthadone sollicite par contre très largement le généraliste, associé sur la base du volontariat à la mise en place de cette mesure. Avant même l'entrée en vigueur du texte¹⁹, la possibilité d'une telle prescription en médecine de ville était explorée à partir d'une cohorte de 100 héroïnomanes (Cassin, 1994).

Les nouvelles orientations choisies en matière de toxicomanie, avec l'instauration des traitements de substitution et une délocalisation accrue des moyens d'action²⁰ créent un cadre favorable pour que l'on s'intéresse davantage aux médecins généralistes au

¹⁹DGS/SP/95 n° 29 du 31 mars 1995.

²⁰Voir en particulier la circulaire du Premier ministre du 9 juillet 1996, qui fait un historique de l'action départementale en matière de lutte contre la toxicomanie.

tournant des années 1990. Deux enquêtes ont été réalisées à trois ans d'intervalle, en 1992 et 1995, par le groupe EVAL sur des échantillons de généralistes de la France entière (Bloch, Nory-Guillou, Monaque, Charpak, 1996). Elles montrent qu'une très large majorité de ces médecins est amenée à recevoir des patients toxicomanes, quasiment dans toutes les régions, mais que cette proportion aurait eu tendance à baisser d'une enquête à l'autre. L'impact de la diffusion de cette étude dans la presse montre à quel point ce rôle des médecins généralistes était jusque là peu l'objet d'attentions, la focalisation se faisant sur les centres spécialisés (Langlois, 1996 ; Geidel, 1996). Or, le désengagement de l'Etat dans le budget de la toxicomanie et le repli sur les structures départementales ou communales, entre autres par le développement des réseaux ville-hôpital, amènent à s'interroger sur leur action.

Le sentiment d'isolement du médecin généraliste face aux pathologies des toxicomanes est mis en évidence et doit être combattu afin qu'un plus nombre d'entre eux acceptent de suivre ces patients. Outre la mise en réseau autour d'un hôpital ou d'un centre spécialisé, la littérature médicale n'hésite plus à publier des modes d'emploi à leur intention, détaillant de manière très précise les symptômes et les spécialités médicamenteuses que le généraliste peut prescrire (Carpentier, 1994).

Dans ce même ordre d'idée, un colloque professionnel a été consacré à ce sujet le 20 octobre 1995 (Akka, 1995). A cette occasion, le quotidien *Généraliste*²¹ a proposé un questionnaire à ses lecteurs. Deux cents médecins généralistes ont participé, dont les réponses montrent qu'ils sont fortement impliqués dans cette question.

2.4. Le rôle des pharmaciens

Enfin, si le rôle des pharmaciens est très souvent signalé dans les productions sur la prise en charge de la toxicomanie, par leur proximité avec l'utilisateur, peu d'études leur sont consacrées, sauf les doctorats de pharmacie. Signalons par exemple celle de P. Chausserie-Laprée (1985) et quelques thèses (Morel-Joudon, 1993 ; Roussel Catelle D., 1995).

La proximité du pharmacien avec le toxicomane est souvent soulignée, parce que le pharmacien est victime d'actes de violence de la part des toxicomanes ; dans ce cadre, les statistiques policières recensent les actes de vandalisme à l'égard des officines. De plus, le pharmacien est l'acteur social le plus proche en matière de prévention ; la vente des seringues en est une bonne illustration.

La circulaire du 12 avril 1995 relative à la prévention des risques infectieux et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile est très claire à ce sujet : la distribution des seringues se fait dans les pharmacies. Une enquête sur la vente des seringues auprès des officines a été effectuée dans le canton de Vaud en Suisse (Fontannaz, Martin, Van

²¹ Généraliste, numéro spécial « Généralistes et toxicomanies », n° 1642, 3 novembre 1995.

Melle, 1993). Près de deux cents pharmaciens ont répondu au questionnaire. Elle permet d'évaluer la vente des seringues et la part destinée aux toxicomanes, selon les estimations des pharmaciens. Ce type d'enquête n'a pas été menée en France, mais le recul n'est sans doute pas suffisant par rapport à l'entrée en vigueur du texte ci-dessus. La vente des seringues hors des officines n'est pas envisagée, mais la distribution gratuite par les associations est autorisée ne serait-ce que pour favoriser le développement des distributeurs et récupérateurs de seringues, leur apparition ayant amené *de facto* la distribution hors des officines.

Dans le cadre des textes les plus récents, en particulier sur les traitements de substitution le rôle du pharmacien a été souligné. Là aussi, la désignation d'un pharmacien pour suivre le traitement permet d'éviter le nomadisme des toxicomanes (ils ne peuvent s'approvisionner que dans la pharmacie désignée sur l'ordonnance) et repose sur le volontariat des pharmaciens, ce qui favorise les contacts avec des professionnels motivés.

A l'autre extrême, certains articles dénoncent au contraire le rôle des pharmaciens dans les difficultés de diffusion des programmes de prévention des risques, un certain nombre d'officines restant réfractaires à la distribution des Stéribox voire même à la délivrance des seringues (Dubois, 1996). La situation montre de grandes disparités entre les pharmacies parisiennes et celles de province, en particulier dans les zones rurales. D'où la recherche de nouveaux lieux de distribution, qui s'est tout d'abord heurtée à la réglementation qui limitait la distribution des seringues aux seules officines. Un texte très récent vient de supprimer cette restriction (voir première partie).

Le rôle de l'ordre des pharmaciens peut aussi être relevé, car à la différence de l'ordre des médecins, il n'a pas pris de sanctions disciplinaires à l'égard de ceux faisant obstacle aux nouvelles dispositions concernant les seringues. Par contre, en matière de substitution, cet ordre a pris clairement position en faveur de la réduction des risques, se posant en promoteur d'une telle politique (Hercule, 1997).

2.5 La mise en œuvre locale

Avant les années 1990, malgré quelques textes instituant des commissions départementales, la lutte contre la toxicomanie est restée quasiment de la compétence exclusive de l'Etat. Ce mode de prise en charge présentait au minimum deux inconvénients majeurs : le budget de l'Etat ne pouvait à lui seul faire face à de telles dépenses et l'offre de soins restait très limitée en nombre (Duneton, 1994). L'idée s'est peu à peu imposée de la nécessité de décentraliser et de faire reposer le système sur des réseaux locaux, ce qui permet de motiver les intervenants à cet échelon, dont l'action se trouve reconnue et valablement insérée dans une politique plus globale.

L'organisation locale sera évoquée dans la première partie de ce travail. Plusieurs analyses sont disponibles, soit par l'étude du contexte d'une région particulière (Grémy,

1995), soit par des réflexions plus globales sur la place du local dans la mise en œuvre des politiques (Estèbe, Gleizal 1994), ou sur le rôle du préfet (Walmetz, 1996).

L'émergence des réseaux ville-hôpital, en particulier dans la prise en charge des patients atteints du sida, a constitué une première étape de cette nouvelle organisation. Le rôle des départements et municipalités a été renforcé, pour l'ensemble de la lutte contre la délinquance mais également spécifiquement en ce qui concerne la toxicomanie²². L'émergence d'une politique de réduction des risques en est l'un des aspects (voir *supra*).

Une approche locale de la prise en charge, par la mise à jour des réseaux qu'elle produit a été réalisée à la demande de la DDASS des Yvelines (Charpak et Nory, 1992) pour pallier le manque de données nationales utilisables à un niveau fin et avoir une vision plus exhaustive que celle fournie par les seules données des services et institutions spécialisées. A partir d'une liste fournie par la DDASS comportant 25 institutions spécialisées, les chercheurs ont pu identifier 112 institutions intervenant en matière de toxicomanie sur ce seul département pour un total de 600 intervenants hors médecine de ville.

Une étude détaillée des dispositifs de soins dans deux départements de la région parisienne est présentée par H. Bergeron (1996) ; elle montre la diversité des prises en charge, même à un niveau très fin puisque les deux départements présentés ont finalement assez peu de points communs dans les structures présentes et leur mode de fonctionnement.

3. La mesure de la prise en charge

Les statistiques disponibles sur la toxicomanie et la drogue ont fait l'objet de différentes compilations ou critiques après le rapport Pelletier (1978). Outre la première du genre et la plus complète due à R. Padiou (1990), on peut signaler les travaux de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (Carpentier, Costes, 1995 ; OFDT, 1996). La réflexion critique sur la validité de ces sources a été poursuivie par R. Padiou (1995). Ces répertoires exhaustifs, d'études transversales une année donnée, présentent l'avantage de mettre à la portée du public les données les plus récentes dans ce domaine. L'analyse en est néanmoins pauvre : les données collectées sont disparates et sans liens entre elles (chaque administration produit sa propre statistique) et souffrent de multiples exclusions (hors médecine de ville par exemple). Aucune analyse longitudinale n'est possible et leur fiabilité ne permet pas de les utiliser à un échelon régional ou local.

²² Le dernier décret en date dans le renforcement local de la lutte contre la toxicomanie est celui du 9 juillet 1996 (PRMX9601580C), *J.O.* du 10 juillet 1996, pp. 10392 et suivantes, ce texte présentant un historique de l'organisation départementale, qui montre clairement son développement très récent.

La richesse d'autres enquêtes ou études beaucoup plus ponctuelles mais précises ou critiques, en particulier quant à la mise en œuvre de la loi ne saurait être négligée dans ces conditions, car même si elles n'ont pas de caractère représentatif, elles sont beaucoup plus fines sur les pratiques.

De nombreux articles présentent un panorama des statistiques sanitaires disponibles pour en montrer tout à la fois l'intérêt et les limites, car elles ne constituent souvent que des juxtapositions de diverses évaluations. Leur utilité est indéniable pour l'information des praticiens ou intervenants, d'où leur publication dans un grand nombre de revues professionnelles. On peut citer par exemple l'article de Ruth Ferry (1993) mais aussi celui de Maria Luisa Cesoni et Michel Schiray (1992) qui débouche sur la question du trafic et du blanchiment de l'argent de la drogue.

Au niveau local, des études sur un département sont disponibles, soit dans le domaine médical et sont alors réalisées par les Observatoires Régionaux de Santé (Pellerin, 1991, pour le département des Hauts-de-Seine), soit évaluant un aspect de la législation comme les injonctions thérapeutiques, le plus souvent par l'intermédiaire des DDASS. Nous en développerons quelques exemples en deuxième partie.

3.1. Les statistiques policières et judiciaires

Les comptages en matière pénale reposent sur les catégories juridiques existantes et non sur la consommation de substances illicites. Les définitions de ces catégories ont évolué au fil des modifications législatives sans que le recueil ait forcément été modifié en conséquence, ce qui ne facilite pas l'utilisation des données publiées. Celles-ci le sont à différents niveaux de la chaîne pénale : policier, judiciaire (les condamnations) et pénitentiaire. Un résumé de la difficulté de l'utilisation de telles statistiques a été réalisé par M.D. Barré (1994) qui résume ainsi le problème : « *les chiffres officiels ne mesurent pas le phénomène, mais disent qu'il existe une population, consommatrice de produits illicites, dont une partie, à un moment donné, est prise en charge au titre de cette infractions par les institutions répressives* ».

Hors les volumes statistiques eux-mêmes, comme la série des rapports de l'OCRTIS, les données recueillies par les services de police n'ont guère fait l'objet d'exploitations sur ce contentieux particulier, hors un rapport interne de l'IHESI (Impériali, 1995). Un DEA est actuellement en cours²³, dont les premiers résultats font partie de ce rapport.

Une étude fine portant sur l'année 1991 a été réalisée sur les condamnations prononcées à l'encontre des usagers par les juridictions françaises. Elle utilise les données extraites du casier judiciaire national (Timbart, 1995). Les résultats obtenus seront largement repris dans la première partie.

²³- Hélène Martineau, DEA Université Paris V, co-direction Léon Gani (Paris V) et Laurence Simmat-Durand (CESDIP).

3.2. Les statistiques sanitaires

Plusieurs études récentes présentent des compilations des sources disponibles et fournissent la liste exhaustive des enquêtes régulières (Padieu, 1990 ; Carpentier et Costes, 1995).

La source principale en ce qui concerne les statistiques sanitaires de toxicomanie est constituée par l'enquête de novembre du SESI. Chaque année, un bilan est publié dans les *Documents statistiques* du ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville (Antoine et Carpentier, 1995 ; Antoine et Viguié, 1996).

Ces enquêtes sanitaires donnent peu de renseignements sur l'application de la loi puisqu'une seule variable est consacrée à l'origine de la demande et permet d'identifier les toxicomanes suivis par les établissements sur demande de la justice (voir partie suivante).

Un rapport de l'IGAS (Trouvé et Malivoire de Camas, 1989) sur la protection sociale des toxicomanes montre que la loi de 1970 a laissé cette question dans l'ombre ; le sida a relancé de manière pressante cette question (Horville, 1990).

Seuls en effet, les frais en rapport avec le sevrage sont remboursables par l'Etat, ce que rappelle la circulaire du 12 octobre 1990²⁴ : « *je vous rappelle que l'Etat n'a pas à couvrir l'ensemble des dépenses de maladie de cette population mais seulement les actions qui ont pour but le sevrage physique et la consolidation psychologique du toxicomane* ». Nous verrons par l'examen de la jurisprudence que telle était bien la position du tribunal administratif lorsqu'il refuse la prise en charge d'une septicémie.

Une évaluation du phénomène est également donnée par l'évolution des causes de décès liés à la toxicomanie. La statistique officielle de l'INSERM est très nettement sous-évaluée, des enquêtes locales l'attestent, comme celle réalisée pour la région parisienne (Lecomte *et al.*, 1995). Les conclusions pour la région parisienne, la plus touchée par la toxicomanie, sont les suivantes : « la sous-estimation des cas par la statistique officielle est extrêmement importante ; seulement 36 % des cas de l'Ile-de-France y sont dénombrés, 24 % pour la ville de Paris.

A. Groenemeyer (1996), par une comparaison au niveau européen, met en relation le niveau de mortalité par toxicomanie et la politique suivie, afin de tester l'hypothèse d'une réduction de la mortalité par une politique répressive. La conclusion de l'auteur est plutôt inverse, les politiques permissives induisent une baisse de la mortalité, car elles entraînent une plus forte présence des toxicomanes dans les lieux publics, cela facilite la prévention et la communication autour des produits et du matériel, et une aide d'urgence peut leur être apportée en cas de surdose par exemple.

²⁴Circulaire n° DGS/SD 2D/90/7 du 2 octobre 1990 relative au contrôle du remboursement par l'Etat des frais de sevrage réalisé en milieu hospitalier pour les toxicomanes.

D'autres soulignent également que les témoins hésitent à appeler les secours dans la mesure où ils risquent une inculpation d'infraction à la législation sur les stupéfiants, du fait de l'existence de délits tel que l'aide ou l'incitation à l'usage.

3.3. Les enquêtes sur le devenir des toxicomanes

Les études de suivi des toxicomanes restent rares en France. Elles sont particulièrement malaisées, de longue haleine et comportent de nombreux obstacles méthodologiques, dont l'anonymat des soins n'est pas le moindre. Les plus anciennes portent sur de petits échantillons, avec un taux de suivi médiocre (Curtet et Davidson, 1979 ; Moutin et Briole, 1984). Une reprise des principaux résultats a été publiée par France Lert (1989) lors de la publication du rapport du Conseil économique et social (Sullerot, 1989).

Un travail très récent a été publié par l'ORS Ile-de-France qui fait le point sur les études de cohortes actuellement disponibles et permettant une étude de la mortalité des toxicomanes (1997). Elle porte sur dix-huit cohortes identifiées dans différents pays, mais aucune en France, et présente surtout l'aspect méthodologique de telles enquêtes. Des tableaux comparatifs sont établis sur les différentes variables disponibles.

Les enquêtes biographiques ne sont guère plus fréquentes en France ; celle menée sous la direction de R. Castel (1992) sur les sorties de la toxicomanie porte sur un groupe de 51 ex-toxicomanes dont 23 en sont sortis par leur propres moyens (autocontrôles) et les autres par la voie institutionnelle (hétérocontrôles). 75 % des sujets observés ont moins de 33 ans et la durée moyenne de la période toxicomaniaque est estimée à 8,2 ans. Un tiers d'entre eux déclarent n'avoir pas eu de contact avec la police ou la justice. L'effectif en cause ici est faible pour tirer des conclusions mais sert de base de départ pour amorcer les hypothèses et la discussion.

Les sorties de la toxicomanie font l'objet de théories générales et sont notamment liées à des critères comme l'âge ou la déchéance du sujet. La plupart des études font état d'un âge moyen concentré dans la catégorie des 20-29 ans malgré un vieillissement récent qui pourrait s'interpréter comme un non-renouvellement de la population dans les classes les plus jeunes (effet de génération) selon certains, ou encore comme la preuve d'un recours de plus en plus tardif aux institutions dans le parcours du toxicomane.

Une modélisation d'une cohorte fictive d'héroïnomanes, en l'absence du suivi d'une cohorte vraie en France (Charpak et Bejanin, 1992) utilise les paramètres disponibles dans différentes études, sur le taux de partage des seringues, l'incidence de la contamination par le VIH ou les hépatites, les éventuelles périodes d'abstinence, etc... Même dans le scénario le plus optimiste, l'avenir des membres de la cohorte est très sombre : « 50 % seulement des toxicomanes de la cohorte sont abstinents et non porteurs du VIH à 10 ans, 16 % sont porteurs du VIH et 10 % sont morts ».

4- Enjeux et orientations

L'examen des motifs médicaux, sociaux, psychologiques, etc... qui poussent un usager à devenir toxicomane sert souvent de base au débat sur le type d'action le plus adapté pour combattre le fléau. Des classifications des toxicomanies selon les motifs possibles ont été établies en particulier par l'OMS, mais aussi par des commissions nationales, comme celle du Canada, en majorité dans les années 1970. Une étude de ces classifications menée en 1981 (Vaille, 1981) distingue ainsi les motifs ponctuels comme l'ennui, la misère, du mouvement hippy et d'autres comportements liés à l'adolescence, à la famille ou à la marginalité.

4.1. La répression de l'usage

Dès le départ, la question de savoir si la répression pénale était la réponse adaptée au problème de la drogue avait été posée. Les querelles d'école sont toujours d'actualité, y compris dans les rapports officiels sur le sujet (Pelletier, 1978 ; Trautmann, 1990 ; Henrion, 1995). Les opposants à la dépénalisation se fondent le plus souvent sur des motifs d'ordre éthique ou économique et sur des exemples historiques d'échecs de la distribution libre, ainsi aux Etats-Unis dans les années 1925 (Vaille, 1990).

Force est de constater que la répression, y compris de l'usage, tend à se renforcer dans la plupart des pays d'Europe occidentale, du fait des pressions internationales (Convention de Vienne de 1988) et qu'un rapprochement tend à faire disparaître la distinction « drogue dure/drogue douce » en vigueur dans certains pays (Cuesta Arzamendi, 1991). La lutte contre la drogue passe de plus en plus par la répression pénale alors même que celle-ci n'a pas donné les résultats escomptés, les objectifs de sécurité publique prenant généralement le pas sur la protection de la santé publique. Face au coût social de cette répression, les mouvements de libéralisation se renforcent et la question de la dépénalisation d'au moins certaines drogues se fait de plus en plus insistante dans les débats : au niveau européen, voir la conférence de Tilburg (1988), en France, le rapport Henrion (1995).

A mi-chemin des partisans du tout répressif ou de ceux du tout légal, un courant plus pragmatique se dégage, pour une position intermédiaire, montrant que l'abandon de la réponse pénale n'est pas forcément un abandon du toxicomane dans une sphère de non-droit. La réponse pourrait ainsi passer par l'instauration d'un droit de protection du toxicomane, sur le modèle de la protection des mineurs, en considérant qu'il n'y a plus autonomie de la volonté (Charvet, 1991).

Le rapport Henrion (1995) montre une évolution puisque même si la distinction drogue dure/drogue douce n'apparaît pas totalement pertinente, la commission s'est partagée sur la dépénalisation du cannabis (9 membres sur 17), mais sans prendre de position sur la distribution. La commission s'est par contre prononcée pour le maintien de l'interdiction

de l'usage des autres drogues tout en réaffirmant la nécessité de modifier profondément la loi sur ce point (Henrion, 1995, p. 86).

4.2. Lien entre toxicomanie et délinquance

Dès les circulaires des années 1950 (voir partie législative), l'association entre toxicomanie et délinquance est proposée comme une évidence absolue ; elle est citée dans la plupart des rapports officiels, comme dans les ouvrages plus généraux sur la question. Jean-Claude Karsenty (1995, p. 127) note par exemple : *« l'extension de la consommation de drogues est aujourd'hui une source d'inquiétude pour une part importante de la société. Perçue essentiellement comme une des causes de la montée de la délinquance, elle entretient un sentiment croissant d'insécurité et une demande de répression »*.

Le raisonnement est que le coût prohibitif de la toxicomanie et la désocialisation que la dépendance finit par entraîner impliquent le recours à des moyens illégaux pour se procurer les sommes nécessaires à l'achat de la drogue. Deux aspects sont le plus souvent exposés : soit le toxicomane devient à son tour revendeur pour assurer sa propre consommation, ce qui implique la multiplication des intermédiaires et a un effet « boule de neige » sur la consommation, soit le toxicomane est amené à recourir à la délinquance pour trouver l'argent nécessaire. Ce lieu commun est renforcé par une interprétation hâtive des statistiques pénitentiaires concernant les toxicomanes incarcérés. Cette vision réductrice ne résiste cependant pas vraiment à des études plus attentives comme le montrent les travaux sur le sujet.

De nombreux travaux sur ce thème, à partir de populations diverses, mais surtout des personnes incarcérées ont tenté de mesurer l'usage de stupéfiants parmi les délinquants. Un panorama de ces travaux aux Etats-Unis et au Canada montre que la plupart converge vers le fait qu'une très large majorité des détenus utilisent ou ont utilisé des stupéfiants (Brochu et Frigon, 1989). La question est évidemment de savoir quelle utilisation faire de ce type d'informations, la population incarcérée n'étant absolument pas représentative de la population des usagers. La très large majorité des détenus reconnaît également boire des boissons alcoolisées sans qu'une causalité soit habituellement recherchée.

Une journée d'études sur le thème des liens entre toxicomanie et délinquance a donné lieu à publication d'une série de cas concrets, basés pour l'essentiel sur l'expérience des intervenants de la ville de Bordeaux (Ottenhoff et Cario, 1991).

En France, on peut citer deux études (Barré, 1994a ; Setbon, 1995). Toutes deux visent par des méthodes quantitatives ou qualitatives à mesurer l'éventuel lien entre les deux phénomènes et s'interrogent sur la pertinence d'un tel discours. Un panorama de cette question est ensuite proposé par Marie-Danièle Barré (1996), qui l'inscrit dans les courants de recherche américains et européens, encore négligés par la recherche française.

Mis à part ces textes spécialisés, il faut reconnaître que la tendance est plutôt à l'évacuation du débat par des affirmations péremptoires, par exemple : « *de plus, la corrélation entre délinquance et toxicomanie n'est, paraît-il, plus à démontrer* » (Bergeron, 1996, p. 20).

Un panorama de la littérature a été réalisé dans la revue documentaire de *Toxibase* sur ce sujet, en développant les comparaisons avec les Etats-Unis, mais aussi en abordant des aspects plus spécifiquement médicaux (Barré *et al.*, 1997).

5- Les obligations de soins

En fait, en matière d'obligations de soins aux toxicomanes, les études disponibles se réduisent quasiment toutes à des approches de l'injonction thérapeutique, seules quelques très rares expériences locales faisant état des autres obligations de soins.

5.1. Approche générale

Dès les premières années de mise en vigueur de la loi, la difficulté de son application est évidente et les oppositions du corps médical féroces face à un soin sous contrainte. Pour les médecins, la loi de 1970 ne pose pas clairement l'interdit et se disqualifie, il ne s'agit plus que d'un contrôle social (Sabatini, 1990). De plus, le toxicomane utilise le soin sous contrainte judiciaire pour éviter la confrontation à la loi et fait du médecin son complice (Hers, 1990).

Le rapport Pelletier (1978, p. 221) montre la difficulté de concilier la répression et le traitement d'autant plus que ce deuxième terme est ambigu. La notion de traitement disparaît d'ailleurs au profit de celle de prise en charge, sur le modèle de la psychiatrie, qui illustre aussi la rivalité entre les médecins et les intervenants sociaux.

La mesure n'a guère pris d'essor dans les premières années (voir partie statistiques). Il ne faut pas oublier que la loi de 1970, qui reste toujours en vigueur, utilise le terme de cure, sur le modèle de la désintoxication en matière d'alcoolisme de la loi de 1954. La prise en charge doit être médicale car l'article 355-14 CSP qui traite des personnes envoyées par le procureur de la République prévoit un examen médical et une enquête sociale.

Face aux réticences des médecins, la prise en charge sera plutôt socio-éducative, les circulaires sur le soin faisant d'ailleurs une place de plus en plus importante à une prise en charge globale. Les années récentes, avec la contamination par le sida et les hépatites, puis les traitements de substitution, va ramener le médecin comme acteur principal de cette prise en charge.

Courant 1986, le discours politique, Premier ministre, puis ministre de la Justice, annonce l'échec de l'injonction thérapeutique et un nouveau plan de lutte contre la toxicomanie passant par la répression (J. Bernat de Celis, 1996, p. 192). Ce terme d'échec est repris dans la presse fin 1986 et pendant l'année 1987, en particulier dans les interviews des médecins, certains décrivant les autres obligations de soins comme plus adaptées²⁵.

La relance de l'injonction thérapeutique en 1987, avec des crédits supplémentaires, va entraîner la mise en fonctionnement de nombreux services, comme celui du TGI de Paris, dont la presse se fait l'écho, présentant la mesure comme tout à fait neuve²⁶. Pour cette ville, 47 % des procédures d'usage donnent lieu à un simple avertissement en 1987.

Malgré le scepticisme des médecins sur l'efficacité d'un traitement n'emportant pas l'adhésion de la personne concernée, la plupart s'accorde maintenant sur le fait que l'injonction thérapeutique a un effet positif en ce sens qu'elle est souvent le premier contact de l'usager de drogue avec une structure sanitaire spécialisée. Les textes de réflexion sur sa mise en œuvre émanent tout autant des médecins²⁷ que des magistrats²⁸.

Du côté des magistrats, la question se pose tout à la fois en termes d'équité (tous les toxicomanes ne peuvent bénéficier de l'injonction thérapeutique) qu'en termes d'efficacité. J.P. Sabatier (1988), Juge de l'Application des peines décrit ainsi sa pratique « *Bien sûr, l'espoir du législateur est d'enrayer la toxicomanie, mais, dans la pratique, on constate que ceux qui ne rechutent pas n'avaient pas besoin de cette mesure, car ils étaient sur le point de faire la demande authentique que requiert le thérapeute* » (p. 12). Il note en particulier le décalage dans la trajectoire du toxicomane entre le moment de confrontation avec la justice et celui de la demande de soins, qui n'ont que peu de chances de coïncider.

Si les médecins continuent de voir dans cette mesure une décision soumise à l'arbitraire (Bailly *et al.*, 1990), pour les pouvoirs publics on observe un changement de cap dans les années 1990, face à la lutte contre le sida, la mise en place d'une politique de réduction des risques devient une priorité²⁹ et l'injonction thérapeutique se trouve parée de toutes les vertus : « *Elle a fait preuve de son efficacité* » (Kouchner, 1993).

Certains médecins vont relayer ce discours dans les années suivantes en décrivant des expériences locales réussies d'injonction thérapeutique ou d'incitation aux soins³⁰.

²⁵- Par exemple, Dr Aimé Charles-Nicolas, Les drogués aux soins de la justice, Le Monde, 29 avril 1987, p. 14.

²⁶- Le point, n° 818, 23 mai 1988, p. 100.

²⁷- Le Journal de Médecine Légale et de Droit Médical y a consacré un numéro qui regroupe six contributions en 1990 (T.33, n°1).

²⁸- Que ce soit dans le cadre de la formation continue des magistrats ou dans des revues spécialisées.

²⁹- « L'injonction thérapeutique, une vieille idée remise à neuf », Interdépendances n° 17, août-sept. 1994.

³⁰- Dr Ghysel, « Nous n'avons pas le droit de laisser tomber les jeunes », La Vie n° 2542, 19 mai 1994, pp. 10-11.

Quelques juridictions font le choix d'une autre obligation de soins, considérant l'injonction thérapeutique comme difficilement applicable (Barret *et al.*, 1990).

Au fil des années, le débat reste ouvert sur le rôle et la place de la sanction et l'intrusion du soin dans celle-ci, alors qu'il appartient à une autre logique. « *S'il doit y avoir sanction, qu'elle soit prononcée comme sanction. Jamais comme thérapeutique au risque d'annuler tout effet structurant à la sanction et de rendre illusoire toute thérapeutique* » (Damade, in Ottenhoff et Cario, 1991). La disqualification de cette loi revient toujours de façon récurrente.

De nombreuses voix continuent de s'élever en faveur d'un changement législatif, les choix entre poursuite de l'usage et injonction thérapeutique n'étant pas clairs, et les disparités régionales persistant. L'injonction au vu des statistiques reste marginale (Gaultier, 1995). Le choix d'une politique de santé publique implique la dépenalisation complète de l'usage.

La relance de l'injonction thérapeutique, en posant un objectif de santé publique, peut aussi tendre à accentuer la répression pénale. Il s'agit là en fait de l'un des axes du débat sur l'opportunité des poursuites et sur les fondements du classement sans suite que l'on retrouve pour l'ensemble des infractions. La question la plus pertinente serait en fait de savoir si l'injonction thérapeutique s'impute sur les classements sans suite ou sur les poursuites, c'est-à-dire quel aurait été le sort du même usager, dans la même juridiction, si la possibilité d'injonction thérapeutique n'avait pas existé (Rabord, 1996). Le même débat est animé autour de la médiation pénale sur le point de savoir si elle accroît les réponses judiciaires en diminuant les classements simples ou si elle évite des poursuites qui auraient habituellement été mises en œuvre.

Le juge de l'application des peines peut être amené à surveiller l'exécution d'une mise à l'épreuve comportant une obligation de soins, en alternative à l'incarcération. A ce niveau, comme d'ailleurs, pour l'injonction thérapeutique ou les autres obligations de soins, le magistrat peut difficilement évaluer la réalité du soin et ne peut que s'en remettre à l'avis de l'autorité sanitaire. Bien souvent une insertion sociale sera en fait un préalable indispensable à la mise en place du soin, ce qui demande un aménagement très souple de la mise à l'épreuve (Passet, 1992).

Sur la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique, on ne peut que regretter l'absence de statistiques et de travaux quantitatifs à l'échelle nationale. Les « *Données locales* » publiées par le ministère de la Justice indiquent le nombre d'injonctions prononcées pour chaque juridiction (voir première partie). Hors le travail comparatif de Gortais et Pérez-Diaz (1983) aucun travail à l'échelon national n'a été entrepris bien que l'on s'accorde à reconnaître les disparités au moins régionales dans l'application de la loi. Par contre, à l'échelon départemental, des rapports, études ou recherches sont disponibles sous forme de monographies émanant soit des DDASS, soit des associations ou des services judiciaires. Leur étude sera entreprise de façon comparative avec nos propres résultats dans le deuxième chapitre de la deuxième partie.

Sur l'aspect qualitatif, en l'occurrence, la perception par les parquets des difficultés d'application de la loi de 1970, un rapport a été établi récemment (Sagant, 1997), que nous serons amené à comparer à l'enquête précédente, réalisée par Gortais et Pérez-Diaz (1983) dans la première partie.

Les articles de la presse spécialisée restent toujours très critiques³¹ : « *la formule génère la confusion des genres et le malaise de chacun : le prévenu toxicomane n'est pas un prévenu comme les autres, le magistrat devient un prescripteur médical et le médecin l'exécutant d'une sentence* ».

Elchardus (1994) pose le problème de façon plus globale en considérant toutes les catégories de délinquants pour lesquels une alternative sanitaire est posée. Il remarque la convergence des pays européens pour considérer « *que les sujets délinquants atteints de troubles psychiques ont à être en même temps punissables et soignables* ».

Le débat soigner ou punir est relancé (Mesnil du Buisson, 1995 ; Dormoy, 1995) et réactualisé dans les deux dernières années autour de la délinquance sexuelle pour laquelle une injonction de soins est également proposée³².

5.2. Expériences locales

Les expériences locales de mise en œuvre des obligations de soins ont fait l'objet de quelques publications, généralement assez confidentielles, type rapport interne, soit par les magistrats, soit par les médecins ou les intervenants sociaux.

Ainsi, le parquet de Lyon a mis en place un système original depuis 1988. Les mesures d'injonction thérapeutique font suite à une consultation par un médecin au sein même de l'Hôtel de Police. Il y a donc une présélection avant le prononcé de la mesure. Ainsi pour l'année 1988, 933 examens d'usagers de drogue ont été réalisés par ce service (Besnard, 1990), qui n'ont débouché que sur une quarantaine d'injonctions. Cette très faible utilisation de l'injonction thérapeutique dans ce ressort est par contre contrebalancée par une utilisation plus fréquente de l'obligation de soins du droit commun, donc pas forcément sous contrôle de la DDASS (Elchardus *et al.*, 1990 ; Bazelaire, 1990).

Lyon est de nouveau pris comme exemple dans un article plus récent pour illustrer la politique française en matière de drogues (Lucas, 1996). De nouvelles dynamiques sont apparues au tournant des années 90 sous « l'effet Sida » (dans le texte). Une brutale augmentation des interpellations est à noter depuis 1991, date à laquelle la police urbaine a obtenu des compétences supplémentaires en matière de drogue. Face à cet emballement de la répression, la relance des injonctions thérapeutiques est perçue par les auteurs de

³¹- J. Chenu, « Résultats décevants pour l'injonction thérapeutique », Interdépendances n° 27, juin-juil. 1997, pp. 37-38.

³²- Sylvie Nerson Rousseau, Soigner n'est pas punir, Libération, 8 août 1997.

cet article comme visant à éviter la surcharge du système judiciaire. Elle ne ferait ainsi que « *déplacer le problème vers un autre maillon de la prise en charge* », entre autres en renvoyant les usagers de cannabis vers des institutions dont ils ne sont pas la clientèle prioritaire.

Un autre exemple, au niveau du département de l'Isère, montre également le choix d'une obligation de soins autre que l'injonction thérapeutique : l'utilisateur est condamné selon les règles du droit commun, mais son état est pris en compte au moment de l'exécution de la peine qui peut alors prendre la forme d'un contact avec les structures de soins (Barret *et al.*, 1990). L'alternative n'est plus entre les poursuites et leur abandon mais en aval de la décision pénale, ce qui présenterait l'avantage d'induire un plus fort respect de l'autorité judiciaire. Mais là aussi l'expérience de cette forme d'obligation de soins a été très limitée, et depuis 1988 l'injonction thérapeutique a été réactivée mais reste résiduelle : une dizaine d'individus par an dont deux seulement sont suivis plus de six mois.

L'expérience du parquet de Nanterre fait l'objet de différentes publications. Outre les rapports d'activité annuelle de la DDASS établissant le profil des usagers suivis dans le cadre de l'injonction thérapeutique (Simon *et al.*, 1995), une enquête de suivi a été tentée sur la période 1990-93 sous la direction de F. Facy (1994). Les usagers ayant fait l'objet d'un suivi sanitaire sont comparés à ceux qui ne se sont pas présentés au parquet après avoir reçu une convocation en injonction thérapeutique. Le suivi des usagers a été confronté à leur récurrence éventuelle mesurée par des inscriptions postérieures au casier judiciaire. L'échantillon final de dossiers complets étant très limité, les résultats sont difficiles à interpréter. Cette recherche a fait ensuite l'objet d'une étude comparée avec le système québécois (Facy *et al.*, 1996).

Toujours pour ce même parquet, la mise en place des injonctions thérapeutiques pour les usagers mineurs fait l'objet d'une présentation par un magistrat du parquet (Blot, 1991) et d'une comparaison avec la pratique du parquet de Paris en matière sanitaire (Gille, à paraître). La clientèle mineure des deux ressorts paraît assez peu comparable, Paris constituant un lieu d'attraction privilégié pour des jeunes très marginalisés. De plus, manifestement, le parquet de Paris est peu saisi pour de simples infractions d'usage de stupéfiants concernant les mineurs.

L'expérience du parquet de Paris est souvent décrite bien que tout aussi souvent pointée comme atypique du fait de la position particulière de la capitale. La description la plus récente émane d'un magistrat (Vaubailon, 1997) et envisage l'injonction thérapeutique parmi l'ensemble des possibilités qui s'offrent au parquet face à un usager de stupéfiants : classement avec avertissement, poursuite.

Enfin, à l'échelon des départements, des rapports d'activité des DDASS sont quelquefois disponibles. Ceux dont nous disposons seront analysés comparativement, dans la partie consacrée à un exemple de mise en œuvre locale de l'injonction thérapeutique (chapitre 2, partie II).



PARTIE I : LES TEXTES ET LES
STATISTIQUES AU NIVEAU
NATIONAL

Le propos ici n'est pas la naissance d'une politique publique visant « la drogue » ou les « drogués », ni même celle de la genèse de la loi qui a par ailleurs été étudiée (Bernat de Celis, 1996). Elle est de savoir comment fonctionnent les institutions chargées de mettre en œuvre la politique visant un tel objet (Muller, 1990). Cette politique par ailleurs ne nous intéresse qu'en tant qu'elle vise l'utilisateur de produits stupéfiants, la question du trafic étant écartée.

Il nous faut néanmoins repréciser les prises de position antérieures au vote de la loi, qui déterminent ensuite en grande partie les stratégies adoptées par les acteurs, ou tout au moins donnent les positions des parties en présence.

Très brièvement, deux acteurs s'opposent tant sur la définition du fléau à combattre que sur les moyens propres à y parvenir : les ministères de la Santé et de la Justice.

Pour le ministre de la santé, il s'agit de combattre un fléau social, comparable à la tuberculose, à l'alcoolisme ou au péril vénérien, dans la lignée des grandes actions de la fin du XIXe et du début du XXe siècle. Ces problèmes sont perçus depuis cette période comme des fléaux menaçant la société française. Ce n'est pas un hasard si les textes marquants sur les substances vénéneuses ayant précédé la loi de 1970 datent respectivement de 1916³³ et 1939³⁴ ! Ce dernier texte confère la compétence sur ces substances au ministère de la Santé, alors qu'elle dépendait jusqu'alors du ministère de l'agriculture et est inséré dans un chapitre intitulé « Protection de la race ». Dans cette lignée, le toxicomane doit être placé sous surveillance sanitaire et la lutte contre la toxicomanie inscrite au code de la santé publique.

Pour le ministre de la Justice, des considérations très pragmatiques dominent. Pour des questions de technique juridique, et parce que la pratique des tribunaux est déjà telle³⁵, il faut incriminer l'usage quel qu'en soit le lieu (public/privé) ou quel que soit le produit. Les textes internationaux ratifiés par la France vont d'ailleurs dans ce sens puisque la convention unique du 30 mars 1961 pose en préambule l'idée d'une lutte universelle contre l'abus des stupéfiants, qui passe par la limitation de leur usage à des fins strictement médicales et scientifiques.

Le texte obtenu est bâtard : de façon caricaturale on peut le résumer ainsi : l'utilisateur de stupéfiant est un délinquant qu'il faut soigner. Le délit est inscrit au code de la santé publique mais la sanction est pénale, emprisonnement et/ou amende.

Le ministère de la Justice, soucieux d'arriver à ses fins (incriminer l'usage) et de disposer d'arguments chiffrés en demande l'application un an avant le vote de la loi : *il a*

³³ - Loi du 12 juillet 1916, *J.O.* du 14 juillet 1916.

³⁴ - Décret loi du 29 juillet 1939, *J.O.* du 30 juillet 1939, p. 9607, relatif à la famille et à la natalité française.

³⁵ - Ainsi que l'atteste l'enquête diligentée dans les tribunaux par le ministère, dont les conclusions sont citées dans la circulaire 69F389 du 15 décembre 1969 ; Objet : trafic et usage illicite de stupéfiants.

*été décidé de mettre en œuvre, immédiatement, un certain nombre de mesures dont l'application préfigurerait l'organisation spécifique envisagée*³⁶.

Les réactions sont violentes, magistrats et médecins s'insurgent contre un texte jugé inapplicable. A tel point que le ministère de la Santé envisage différentes publications destinées aux responsables intéressés, au corps médical, aux enseignants et aux partenaires étrangers : *il faut diffuser notre conception médicale du problème*³⁷.

Nombre de circulaires, tant de la Justice que la santé, vont ensuite tenter de guider les pratiques. Les tentatives de modifications législatives vont échouer. Le texte est toujours en vigueur mais présenté aujourd'hui comme le principal obstacle à une véritable politique de santé publique.

Un panorama de la réglementation, des quelques modifications législatives, nous permet d'identifier tant les acteurs que les difficultés d'application de cette loi, avec une place particulière consacrée aux alternatives sanitaires à la répression de l'usage de stupéfiants, puisque c'est le dispositif central et en même temps le maillon le plus faible de l'organisation de la lutte contre la toxicomanie.

La seconde étape de ce processus d'identification des enjeux sera l'examen de la pratique des tribunaux, telle qu'elle apparaît à travers l'étude de la jurisprudence. Comment les juridictions, en particulier les cours d'Appel et de Cassation interprètent cette loi et orientent les pratiques des juridictions.

Enfin, la pratique des parquets, appréhendée au niveau national par deux enquêtes réalisées par le ministère de la Justice en 1981 et 1995, permet de relever les difficultés de mise en application de la loi (chapitre 1).

Une seconde approche au niveau national sera consacrée aux statistiques publiées par les services chargés de la mise en œuvre de la loi. Dans l'ordre de la prise en charge des usagers de stupéfiants, les statistiques policières, judiciaires et sanitaires seront examinées successivement (chapitre 2).

³⁶ - Circulaire 69F389 du 15 décembre 1969, p. 2.

³⁷ - Note du 16 octobre 1970 (GT/MB-51).

CHAPITRE 1: LES TEXTES ET LEUR APPLICATION

I. Lois et règlements

Laurence SIMMAT-DURAND
Nathalie GOYAUX

A/ Les dispositions pénales de la loi de 1970

Les dispositions initiales de la loi de 1970³⁸ vont être mises en vigueur par des textes d'application. Au fur et à mesure des difficultés rencontrées, puis de la modification de la perception de la répression de l'usage, des circulaires, mais aussi quelques textes législatifs vont faire évoluer le dispositif. De manière extrêmement récurrente, des dispositions particulières vont être prévues en ce qui concerne les usagers mineurs.

(a) Dispositions initiales

L'article L. 628 du code de la santé publique (CSP ci-après) réprime l'usage illicite des substances classées comme stupéfiants et prévoit une peine d'emprisonnement de deux mois à un an et une amende de 500 à 15 000 francs.

En alternative à cette répression pénale et du fait que l'utilisateur de stupéfiants et surtout le toxicomane semble relever plus d'un traitement médical que d'une condamnation pénale, la loi de 1970 laisse à l'appréciation du procureur de la République d'enjoindre à l'intéressé de se placer sous la surveillance de l'autorité sanitaire³⁹. Si l'utilisateur se conforme à cette mesure, l'action publique n'est pas exercée.

³⁸ - Le texte intégral de la loi figure en annexe 15.

³⁹ - Article L. 628-1 CSP : *Le procureur de la République pourra enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale, dans les conditions prévues par les articles L355-15 à L. 355-17.*

Face à un délit d'usage de stupéfiants, le magistrat du parquet dispose donc de trois possibilités d'orientation de l'affaire : soit classer sans suite purement et simplement⁴⁰, soit ordonner une mesure de surveillance sanitaire, soit exercer les poursuites. La possibilité de prononcer l'injonction thérapeutique⁴¹ est restreinte à la première infraction mais en cas de réitération, le procureur doit apprécier s'il convient ou non d'y recourir (art. L.628-1 CSP).

Dans le cas où les poursuites sont exercées, le magistrat du parquet, le juge d'instruction ou des enfants puis, au moment du prononcé de la peine la juridiction de jugement, pourront également soumettre l'utilisateur à une surveillance médicale : il s'agit alors de l'obligation de soins issue de la loi de 1953⁴² et prévue par les articles L.628-2 et L.628-3 du code de la santé publique.

Lorsque l'utilisateur aura été soumis à l'obligation de soins, la juridiction aura la possibilité de ne pas prononcer les peines prévues par l'article L.628 CSP. Le législateur là aussi a laissé la possibilité de ne pas condamner le contrevenant en le dispensant de peine dès lors que la surveillance médicale aura pu s'exercer.

Dans tous les cas, les juridictions de jugement devront ordonner la confiscation des substances saisies et pourront ordonner la fermeture des établissements ou l'interdiction d'exercer certaines professions.

La loi de 1970 révèle bien toutes les contradictions qui sont apparues lors des débats législatifs⁴³ la précédant, l'utilisateur de stupéfiants est un malade qu'il convient de soigner, mais l'interdiction de l'usage de l'article L. 628 en fait également un délinquant, que l'on punira s'il ne se soumet pas au traitement médical, donc aux objectifs de santé publique du texte. L'usage individuel, privé, de substances illicites est visé par ce texte, ce qui est totalement nouveau en droit français et a fait l'objet de multiples attaques de la part des juristes, qui y voient un abus du législateur, la constitutionnalité du texte paraissant sujette à caution (Caballero, 1989).

L'article L. 630 CSP prévoit un délit de provocation à l'usage, plus sévèrement puni que l'usage lui-même puisque les peines vont de un à cinq ans d'emprisonnement et 5 000 à 500 000 francs d'amende. Cette provocation à l'usage, même non suivie d'effet, peut s'effectuer par tous moyens, voie de presse mais aussi émissions diffusées en public ou en privé, y compris à partir de pays étrangers. Cette interdiction couvre donc toutes les sources d'information sur la drogue, et les substances apparentées, qui ne doivent jamais être présentées sous un jour favorable. L'article L. 630 CSP constitue à l'heure actuelle

⁴⁰ - En vertu de l'article 40 du code de procédure pénale : *le procureur de la République reçoit les plaintes et dénonciations et apprécie la suite à leur donner.*

⁴¹ - Ce terme n'est pas inscrit dans la loi de 1970. Voir infra, la partie consacrée à l'injonction thérapeutique.

⁴² - Loi n° 53-1270 du 24 décembre 1953, *J.O.* du 25 décembre 1953. Nous la commentons plus avant.

⁴³ - Ces débats sont repris et commentés dans J. Bernat de Celis (1992 et 1996).

un handicap sérieux à la mise en œuvre d'une politique de réduction des risques ; celle-ci est de nature réglementaire et ne peut donc pas déroger à la loi.

Le trafic est ici nettement distingué de l'usage puisqu'il est codifié à l'article L. 627 CSP⁴⁴.

Pour les étrangers, les tribunaux pourront prononcer l'interdiction du territoire français pour une durée de un à cinq ans lors d'une condamnation sur le fondement des articles L.626, L.627-2, L.628, L.628-4 et L.630 CSP, donc y compris pour l'usage seul (art. L.630-1). Par contre, l'interdiction définitive du territoire français ne pourra être prononcée que pour les infractions de l'article L. 627 CSP (visant le trafic).

La loi de 1970 a immédiatement été l'objet de nombreuses critiques, y compris dans les instances internationales, par l'incrimination de l'usage qui fait de l'usager un délinquant, et parce qu'elle ne fait pas de distinction entre les différents produits. Sa mise en application a fait tout d'abord l'objet d'une circulaire de 1971 émanant du ministère de la Justice⁴⁵.

Après avoir rappelé que l'usage de stupéfiants qui était réprimé en pratique, se trouve incriminé par l'article L. 628 CSP, le ministre de la Justice met l'accent sur la distinction qu'il convient d'opérer entre l'acquisition, la détention ou le transport à des fins d'usage personnel qu'il conviendrait de rattacher à l'article L. 628 CSP et ces mêmes faits dans le cadre de l'article L.627 CSP sur le trafic. Cette distinction est d'autant plus importante que la détention provisoire est exclue pour les simples faits d'usage illicite de stupéfiants et qu'en cette matière le régime de garde à vue applicable est celui du droit commun⁴⁶.

Face aux attaques dont cette loi fut l'objet, le ministre de la Justice⁴⁷ crut bon de rappeler aux procureurs qu'elle avait été prise dans un esprit libéral, contrairement à l'opinion courante. Il exposait deux aspects importants de la loi : celle-ci distingue le trafic et l'usage par les articles L.627 et L.628 CSP, l'usage en société n'est plus une infraction spécifique (elle l'était par la loi de 1916) et surtout l'esprit de celle-ci qui lui paraissait mal compris : *l'objectif visé par la poursuite pénale est avant tout le traitement médical du délinquant, la condamnation à une peine n'étant que subsidiaire.*

Dans cette même circulaire, le ministre de la Justice prend des positions très libérales, allant à l'encontre de ce qui apparaît comme une mauvaise interprétation de la loi, sur deux points essentiels :

- la détention de substances illicites pour usage personnel : *il semble cependant que des poursuites aient été engagées, et des condamnations prononcées pour détention et*

⁴⁴ - Inséré dans le nouveau code pénal, à partir de 1993.

⁴⁵ - Circulaire n° 71-8 du 25 août 1971 relative à la prévention de la toxicomanie et répression du trafic et de l'usage de stupéfiants.

⁴⁶ - Alors qu'en matière de trafic de stupéfiants, la loi de 1970 comporte de nombreuses dispositions exorbitantes du régime de droit commun ; Voir à ce sujet par exemple l'article de E. Dolard, 1990.

⁴⁷ - Circulaire du garde des Sceaux aux procureurs de la République, n° 73-11 du 30 mars 1973.

infraction à l'article L. 627, à l'égard de personnes trouvées en possession de quantités négligeables de stupéfiants... De tels errements ne doivent plus être suivis à l'avenir ;

- et le recours à la procédure de flagrant délit contre les simples usagers, contraire à l'esprit de la loi qui est d'assurer le traitement médical et non de punir.

Manifestement, le ministre de la Justice cherche à apaiser les magistrats, qui sont dans l'ensemble hostiles à la répression de l'usage malgré l'argument contraire soutenu avant le vote de la loi, à savoir que la pratique des tribunaux était déjà d'inculper des usagers pour détention de stupéfiants.

L'évolution du trafic, c'est-à-dire le passage d'un grand trafic concentré à un petit trafic dispersé va poser la question des toxicomanes revendeurs. Alors que la circulaire de 1971 demandait qu'ils soient traités, en tant que toxicomanes, la circulaire de 1977⁴⁸ demande des mesures sévères à leur encontre : alors que les toxicomanes revendeurs étaient assez souvent considérés comme ne relevant que d'un traitement médical, il convient, devant les dangers d'un prosélytisme croissant et dans un but d'exemplarité, de requérir plus fréquemment à leur encontre des peines sévères d'emprisonnement.

Après le rapport de la commission Pelletier en 1978, le ministre de la Justice⁴⁹ indique les nouvelles orientations de l'application de la loi par les parquets, issues des trois conséquences immédiates que l'on peut tirer du rapport. Tout d'abord une meilleure formation des magistrats aux problèmes de la drogue, formation qui a débuté dès septembre 1977 à l'Ecole Nationale de la Magistrature. Dans chaque juridiction, il serait souhaitable que des magistrats soient spécialisés sur ces problèmes afin de réduire les disparités dans l'application de la loi. Enfin, le ministre recommande qu'une mise en garde, qui exclut l'exercice des poursuites pénales, soit appliquée aux simples usagers de haschich, la cure leur étant peu applicable. Cette circulaire appliquée par certains parquets en France⁵⁰ apparaîtra par la suite comme la reconnaissance d'une dépenalisation de fait de l'usage de haschich.

Elle restera le point de référence chez de nombreux professionnels du milieu sanitaire et dans l'opinion publique d'où l'incompréhension de la répression par les fumeurs de haschich, peu conscients d'enfreindre la loi.

Enfin cette circulaire fait une place particulière à la mise sous contrôle judiciaire des usagers de stupéfiants renvoyés à l'instruction : l'aspect sanitaire de la loi doit être respecté en exerçant les poursuites sans renoncer au soin. A l'issue de la procédure, si les obligations du contrôle judiciaire ont été respectées de manière satisfaisante, le ministre recommande que les magistrats du parquet requièrent une dispense de peine.

⁴⁸ - Circulaire 69F389 du 7 mars 1977.

⁴⁹ - Circulaire JUS 69 F 389 du 17 mai 1978.

⁵⁰ - Voir les enquêtes auprès des parquets, présentées à la fin de cette partie.

(b) Les textes d'application et les modifications ultérieures

Quelques semaines après l'entrée en vigueur de la loi du 31 décembre 1970, est signée à Vienne la convention sur les substances psychotropes du 21 février 1971. Elle sera ratifiée par la France à la fin de l'année 1974 mais sa publication au *Journal Officiel* n'interviendra que début 1977⁵¹. Le préambule de cette nouvelle convention ne diffère pas fondamentalement de celui de la convention de 1961 mais introduit la notion d'usage : *considérant qu'il est nécessaire de prendre des mesures rigoureuses pour limiter l'usage de ces substances à des fins légitimes.*

Le protocole portant amendement de la convention unique sur les stupéfiants de 1961, signé à Genève le 25 mars 1972 a été ratifié par la France en 1975 et publié la même année⁵². Aux termes des amendements à l'article 36, « *quand les personnes utilisant de façon abusive des stupéfiants auront commis ces infractions [définies au paragraphe précédent], les Parties pourront, au lieu de les condamner ou de prononcer une sanction pénale à leur encontre, ou comme complément de la condamnation ou de la sanction pénale, soumettre ces personnes à des mesures de traitement, d'éducation, de postcure, de réadaptation et de réintégration sociale...* »

L'alternative sanitaire est donc ici proposée y compris pour des faits relevant de l'article L.627 CSP de la loi française, c'est-à-dire en matière d'importation ou de vente, alors que les textes français ne prévoient une telle alternative que pour les faits d'usage (art. L.628 CSP). Il faudra attendre l'année 1995 pour qu'une circulaire du ministre de la Justice envisage cette possibilité dans le cadre de l'injonction thérapeutique (voir *infra*).

Après la mise en œuvre libérale et tournée vers la cure médicale des années 1970, le début des années 1980 voit l'émergence d'une répression beaucoup plus ferme, comme nous venons de l'ébaucher à partir de la circulaire de 1977.

La loi du 10 juin 1983⁵³ complète l'article L. 630-1 sur l'interdiction du territoire français pour les étrangers inculpés d'infractions en matière de stupéfiants par une reconduite à la frontière de plein droit à l'expiration de la peine.

Le ministre de la Justice, dans une circulaire de 1984⁵⁴, attire l'attention des parquets sur le problème de la délinquance liée à l'usage de substances stupéfiantes et sur celui de l'incitation à l'usage. A ce titre, il recommande de veiller particulièrement à bien distinguer entre les simples usagers et les usagers-trafiquants afin que ces derniers ne

⁵¹- Loi n° 74-1009 du 2 décembre 1974 autorisant la ratification de la convention sur les substances psychotropes, signée à Vienne le 21 février 1971, *J.O.* du 3 décembre 1974, p. 12043 ; décret n°77-41 du 11 janvier 1977 portant publication de la convention sur les substances psychotropes, *J.O.* du 19 janvier 1977, pp. 452-463

⁵²- Loi n° 75-581 du 5 juillet 1975 et décret n° 75-1076 du 4 novembre 1975, *J.O.* du 20 novembre 1975.

⁵³- Loi n°83-466 du 10 juin 1983, *J.O.* du 11 juin 1983, pp. 1755-1760.

⁵⁴- Circulaire CRIM. 84-15-E2 du 19 septembre 1984, BOASS n° 52 du 21/2/1985.

profitent pas des dispositions libérales prévues pour les premiers. De même, les délinquants arrêtés pour d'autres délits, ne devraient pas pouvoir bénéficier d'un traitement privilégié du fait de leur qualité d'usager de stupéfiants. Le ministre de la Santé diffuse cette circulaire à ses services⁵⁵ en leur demandant : *vous voudrez bien me tenir informé des effets induits par cette circulaire sur l'activité et l'efficacité du dispositif sanitaire de prévention et de traitement des toxicomanies*. Le contexte ainsi créé est bien plus répressif que le cadre international issu du protocole à la convention de Genève qui n'exclut pas les autres infractions à la législation sur les stupéfiants des mesures de soins ou de réadaptation.

La loi de 1970 est réaffirmée dans ses grandes lignes pour ce qui concerne les simples usagers qui ne devraient pas faire l'objet d'une détention provisoire ni être condamnés à des peines de prison ferme. Une nouvelle catégorie juridique est créée de fait par cette circulaire, celle d'usager-trafiquant ou usager-revendeur : celui qui offre de la drogue à d'autres pour financer sa propre consommation.

L'importance de ce changement nécessite l'intervention du législateur, mais le débat sur la répression de la toxicomanie n'a pas lieu et la modification est introduite très discrètement. La loi du 17 janvier 1986⁵⁶ s'intitule en effet : « loi portant diverses dispositions d'ordre social » et c'est dans son titre Ier : « dispositions relatives à la protection sociale » que sont insérés quatre articles concernant la toxicomanie (art. 2 à 5) entre un article sur les prestations sociales et un article sur le travail à temps partiel !

La disposition la plus importante de cette loi, est la création d'un alinéa à l'article L. 627 portant sur le trafic de stupéfiants, l'alinéa L. 627-2 CSP qui crée le délit d'offre ou cession de stupéfiants. Cet article s'ancre dans la réalité de l'offre de stupéfiants, de nombreux usagers étant amenés à faire de la revente pour assurer leur propre consommation. Cette catégorie d'usager-revendeur était à la marge des articles L. 627 et L. 628 CSP précédents, ce qui induisait des disparités de traitement dans l'application de la loi. Le commentaire de cette loi fait immédiatement par le ministre de la Justice⁵⁷ insiste sur deux aspects concernant les usagers exerçant un petit trafic : la possibilité de recours à une « enquête rapide » afin que le tribunal soit bien informé de la personnalité du prévenu et l'utilisation des mesures favorisant la réinsertion, en particulier le contrôle judiciaire et le travail d'intérêt général.

La circulaire du 12 mai 1987⁵⁸ du ministre de la Justice abroge les précédentes et indique aux procureurs les nouvelles directives d'application de cette dernière loi. Selon ses termes, il convient de distinguer le traitement destiné aux usagers simples de celui applicable aux usagers-trafiquants.

⁵⁵ - Circulaire DGS/766/2D du 20 novembre 1984, BOASS n° 52 du 21/2/85.

⁵⁶ - Loi n° 86-76 du 17 janvier 1986, J.O. du 18 janvier 1986.

⁵⁷ - Circulaire CEIM 86-3 E2 du 23 janvier 1986 : L'intervention judiciaire en matière de stupéfiants.

⁵⁸ - Circulaire CAB 87-01 du 12 mai 1987.

- Pour les usagers simples : les parquets doivent donner des instructions aux services de police afin que les faits d'usage ne soient pas relevés en main courante mais fassent tous l'objet d'un procès-verbal et dans la mesure du possible d'une présentation au parquet. Le magistrat pourra ordonner une enquête rapide avant de prendre sa décision. Le ministre semble ici reconnaître une pratique de classement officieux des faits d'usage de stupéfiants par les services de police, alors que le droit français ne leur accorde pas aucun pouvoir en ce sens, contrairement par exemple aux services policiers britanniques (Dorn, 1994).

Trois catégories seront alors distinguées. Les usagers occasionnels feront l'objet d'un simple avertissement s'ils présentent des garanties suffisantes. Les usagers d'habitude pourront faire l'objet d'une injonction thérapeutique ou de poursuites, en particulier par convocation (art. 394 du code de procédure pénale) avec ou sans mise sous contrôle judiciaire. Enfin les usagers étrangers, en séjour irrégulier en France, doivent faire l'objet d'une comparution immédiate et d'une interdiction du territoire.

- pour les usagers-trafiquants, qu'il s'agisse de faits de petit trafic ou de délinquance associée à l'usage, il convient de les poursuivre en priorité du chef de trafic ou de l'atteinte aux personnes ou aux biens.

Le ministre incite par ailleurs les procureurs à multiplier les actions de prévention et les initiatives dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie.

Cette circulaire fait, semble-t-il, la synthèse des pratiques des tribunaux, très variées en France, telles qu'elles résultent d'une enquête menée en 1981 auprès des parquets nationaux : certains parquets reconnaissent poursuivre tous les usagers, d'autres classent tous les faits d'usage, d'autres encore font appliquer les dispositions de la loi par les services de police. L'analyse de cette enquête avait fait l'objet de quelques publications autour des années 1985, nous l'avons reprise et approfondie (Gortais et Pérez-Diaz, 1983).

Une circulaire du même jour⁵⁹ invite les services de la DDASS et de la Justice à collaborer à l'application de la loi. En annexe, sont jointes des fiches relatant le fonctionnement des parquets de Paris, Créteil et Bordeaux, devant servir d'exemples de mises en œuvre possibles. Là-aussi, c'est l'enquête de 1981, faisant suite en cela au rapport Pelletier (1978) qui a montré que la loi n'est pas applicable dans la plupart des juridictions, du fait de l'absence de liaisons entre services judiciaires et sanitaires.

Une circulaire du 9 juillet 1987 sur le travail d'intérêt général⁶⁰ montre les avantages de cette pénalité et insiste sur la nécessité d'en développer le champ. Aux termes de cette circulaire, le travail d'intérêt général, sous réserve de modalités d'accueil adaptées, paraît pertinent pour des populations rencontrant des difficultés comme les toxicomanes.

⁵⁹ - Circulaire CAB 87-02 du 12 mai 1987.

⁶⁰ - Circulaire CAB 87/04 du 9 juillet 1987 (NOR : JUSD8730042C), BO Justice.

La loi du 31 décembre 1987⁶¹ renforce les sanctions encourues pour le trafic de stupéfiants, la facilitation de la justification mensongère de l'origine des ressources des auteurs d'infraction à l'article L. 627 CSP et l'offre ou la cession de stupéfiants « à des mineurs ou dans des centres d'enseignement ou d'éducation, ou dans des locaux de l'administration »

Bien que cette loi ne vise pas l'usage de stupéfiants, sa circulaire d'application⁶² y fait directement allusion : « le développement préoccupant de certaines formes de délinquance étroitement liées à l'usage de la drogue comme les conséquences, désormais connues, de la toxicomanie sur l'extension de maladies d'une particulière gravité ont conduit le Gouvernement à accentuer encore la politique déterminée engagée pour lutter contre ce fléau ». Les préoccupations pénales et sanitaires sont de nouveau étroitement imbriquées.

A partir du milieu des années 1980, un glissement se produit, du national vers le local. Bien que le champ de la toxicomanie reste de la compétence exclusive de l'Etat, la création de relais locaux est encouragée, l'action concrète devant découler de la proximité. Au début des années 1990, les politiques publiques générales définissent des objectifs à l'échelon départemental. Les dispositifs locaux sont analysés plus bas.

Bien que se fondant dans un ensemble plus vaste concernant la prévention de la délinquance et les réponses à la délinquance urbaine (voir *supra*), la note du ministre de la Justice du 14 janvier 1993⁶³ réaffirme dans ses grandes lignes la circulaire du 12 mai 1987. Pour l'usager occasionnel il convient de privilégier le classement avec rappel à la loi, de préférence effectué par le magistrat, tout en l'informant des possibilités sanitaires existant au plan local. Pour l'usager habituel, il conviendra de recourir systématiquement à l'injonction thérapeutique. Enfin pour l'usager-revendeur, les poursuites en comparution immédiate seront privilégiées. Le recours aux permanences d'orientation pénale sera systématique pour les toxicomanes poursuivis.

L'entrée en vigueur du nouveau code pénal n'a pas modifié substantiellement les dispositions concernant l'usage de stupéfiants, les articles L. 628 CSP sur l'usage illicite de stupéfiants et l'article L.630 CSP sur la provocation à l'usage restant inclus au code de la santé publique. Certaines dispositions de l'article L. 627 CSP concernaient néanmoins les usagers et font donc aujourd'hui partie du code pénal, à savoir : le transport, la détention, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants (article 22-37 NCP), le fait de faciliter l'usage illicite de stupéfiants (art. 222-37 alinéa 2 NCP), l'utilisation ou l'acceptation d'ordonnances fictives ou de complaisance (même article). L'ensemble de ces nouvelles dispositions a fait l'objet d'un commentaire du ministre de la Justice, destiné aux magistrats⁶⁴.

⁶¹ - Loi n° 87-1157 du 31 décembre 1987, *J.O.* du 5 janvier 1988, p. 159.

⁶² - Circulaire CRIM.88/3/F3 du 1er février 1988.

⁶³ - Note CRIM du 14 janvier 1993, La lutte contre le développement de la toxicomanie, BO Intérieur du 31/3/93.

⁶⁴ - Circulaire CRIM 93-9/F1 du 14 mai 1993 (NOR : JUSD9330017C).

Lors de la réunion du comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie du 14 septembre 1995, la volonté de renforcement de la répression a été réaffirmée notamment en ce qui concerne le trafic de stupéfiants, mais aussi pour la toxicomanie lorsqu'elle concerne des personnes étrangères : *inciter les parquets à requérir plus systématiquement les peines d'interdiction de séjour et d'interdiction du territoire pour mieux lutter contre le développement de la toxicomanie et le trafic de stupéfiants*. Nous verrons par l'étude de la jurisprudence que cette question des étrangers fait l'objet d'un contentieux intense.

Au bilan, après une mise en œuvre libérale de la loi sur une première période, qui se conclut par le rapport Pelletier (1978), une deuxième période plus répressive s'ouvre au tournant des années 1985. Alors que la loi ne distingue ni les produits ni la fréquence de la consommation, les circulaires introduisent des catégories afin de guider l'application de la loi.

Jusqu'en 1984, deux catégories d'utilisateurs sont ainsi distinguées : l'utilisateur simple ou l'utilisateur revendeur. Après 1987, les utilisateurs simples sont à leur tour divisés en utilisateurs occasionnels, habituels ou étrangers. Enfin, la catégorie utilisateur revendeur est devenue utilisateur trafiquant et doit être assimilée au cas des trafiquants, ceux-ci relevant après 1993 du code pénal et non plus du code de la santé publique.

Or, nous le verrons dans l'étude des statistiques disponibles (deuxième chapitre), ces catégories ne correspondent en rien aux infractions créées en application des textes (NATINF). Si on y ajoute que leur définition reste imprécise : qu'est-ce qu'un utilisateur occasionnel par rapport à un utilisateur d'habitude et à un toxicomane défini par les instances sanitaires ?, on comprend que l'application de la loi soit source de disparités. De nombreux éléments viendront nous le confirmer.

Les dispositions pénales ainsi définies nécessitent clairement un dispositif sanitaire susceptible de prendre en charge les signalements et les demandes de soins émanant des juridictions. Avant d'aborder ce dispositif sanitaire, une courte partie est consacrée aux utilisateurs mineurs qui font l'objet de dispositions particulières.

(c) Dispositions particulières à l'égard des utilisateurs mineurs

Les dispositions de la loi de 1970 s'appliquent aux utilisateurs mineurs et l'article L. 628-2 sur l'obligation de soins vise expressément le juge des enfants.

Il semble néanmoins que dans la pratique, les services de police et de gendarmerie aient eu tendance à ne pas établir de procès-verbaux contre les mineurs pour des faits d'usage simple. A partir de 1984, les circulaires émanant du ministre de la Justice y consacrent des recommandations particulières.

Ainsi, aux termes de la circulaire du 17 septembre 1984⁶⁵, l'attention des parquets est attirée sur le fait qu'il convient d'encourager les signalements systématiques des mineurs usagers de stupéfiants par les services de police, afin que les juges des enfants puissent être saisis et décider de l'opportunité d'une assistance éducative. Dans le cas des affaires mixtes, la préférence doit être donnée à une orientation vers le juge des enfants plutôt que vers le juge d'instruction afin que les mesures éducatives soient privilégiées.

La direction de l'Education Surveillée, chargée de mettre en place les objectifs ainsi définis, rappelle que son mode d'action est déjà tourné vers une prise en charge globale des difficultés des jeunes, en concertation avec la MILDT. La note du 11 février 1985, présente le dispositif mis en place⁶⁶. Aux termes de cette note, la double orientation médicale et pénale de la loi de 1970 se révèle inadaptée à la prise en charge des mineurs qui nécessitent une approche éducative globale. C'est la raison pour laquelle les parquets hésitent à entamer une procédure. Cette note leur demande de saisir de préférence le juge des enfants d'une procédure d'assistance éducative, y compris quand la toxicomanie porte sur un produit licite, *si cet usage est révélateur d'une situation de danger*. Les caractéristiques de la toxicomanie des jeunes sont en effet particulières, car ils ont souvent recours à des produits facilement accessibles (colles, solvants, médicaments, etc...), mais qui peuvent conduire à des comportements violents et présenter un danger réel pour la santé.

Cet objectif de privilégier les mesures de prévention et de protection, dans le sens de l'ordonnance du 2 février 1945, est de nouveau rappelé en 1987⁶⁷ puis dans une circulaire spécifique consacrée au traitement pénal des mineurs usagers de stupéfiants⁶⁸ : les magistrats doivent veiller à être informés y compris des faits ne relevant pas d'une qualification pénale (utilisation de produits toxiques licites), la saisine du juge des enfants doit être prioritaire et les solutions éducatives privilégiées.

Ce traitement spécifique des usagers mineurs et les problèmes particuliers qui lui sont liés seront rappelés lors de l'établissement des conventions d'objectifs de lutte contre la toxicomanie par le ministère de l'Intérieur⁶⁹ (voir *infra*).

Ainsi dans la définition des initiatives destinées à améliorer la prise en charge éducative des jeunes confiés à l'Education Surveillée, un large volet est consacré au problème de la toxicomanie⁷⁰, dans le cadre de la santé des jeunes. L'Education surveillée a bénéficié pour 1987 et 1988 de crédits importants de la DGLDT (supérieurs à 10 millions de francs par an) afin de mettre en place différents modes d'intervention : création de structures d'hébergement, recrutement de familles d'accueil spécialisées, crédits aux

⁶⁵ - Circulaire CRIM 84-15-E2 du 17 septembre 1984.

⁶⁶ - Note du 11 février 1985, ministère de la Justice, Prise en charge par l'Education Surveillée des jeunes usagers de drogue.

⁶⁷ - Circulaire CAB 87-01 du 12 mai 1987.

⁶⁸ - Circulaire CAB 87-06 du 1er septembre 1987.

⁶⁹ - Circulaire du 14 janvier 1993 (NOR : INTK9300009C).

⁷⁰ - Note du 11 janvier 1988 (NOR : JUSF8850034N), prise en charge éducative des jeunes, B.O. Justice.

associations d'aide aux toxicomanes, actions de formation et vacations médico-psychologiques. Dans ce même chapitre sur la santé, le problème du sida est évoqué mais les actions sont encore en cours d'élaboration.

La toxicomanie des mineurs doit par ailleurs faire l'objet d'une vigilance particulière à l'intérieur des établissements scolaires. L'offre de stupéfiants à des mineurs ou dans l'enceinte des centres d'enseignement entraîne un doublement des peines d'emprisonnement prévues par l'article L. 627 CSP ce qui marque une protection particulière à leur égard⁷¹. De même, les publications destinées à la jeunesse ne doivent comporter aucune incitation ou montrer sous un jour favorable les infractions prévues en matière de stupéfiants⁷².

La circulaire du 15 octobre 1991 relative à la politique de protection judiciaire de la jeunesse et au rôle des parquets⁷³ rappelle que le placement des mineurs en garde à vue doit être limité. Quand il ne peut être évité, s'il s'agit de mineurs soupçonnés de se livrer à l'usage de stupéfiants, un examen médical devra avoir lieu dès le début de la garde à vue. De façon quelque peu contradictoire⁷⁴, cette même circulaire prévoit que doit être privilégié le contact direct du mineur avec le magistrat et donc qu'il y a lieu de recourir plus systématiquement au défèrement au parquet.

S'agissant des conventions d'objectifs départementaux de lutte contre la délinquance⁷⁵, les mineurs font l'objet d'une attention particulière : *« Les mineurs ne devront pas être exclus du champ d'application de ces conventions même si des démarches spécifiques s'imposent à leur égard. En effet, si le phénomène de la toxicomanie est devenu une préoccupation pour tous, ses manifestations auprès des mineurs ne sont pas clairement appréhendées. L'approche de cette question est d'autant plus délicate qu'il faut tenir compte des particularités de l'adolescence, période au cours de laquelle sont testés de multiples produits, sans qu'il soit toujours possible de parler de toxicomanie avérée »*. Dans ce même cadre, des études sur les mineurs sont proposées afin d'améliorer la connaissance de cette population spécifique.

Enfin, des règles sont déterminées par l'administration pénitentiaire visant les détenus mineurs⁷⁶. Ceux-ci doivent faire l'objet d'un examen médical systématique, le médecin appréciant la nécessité de recourir au médecin-psychiatre. En effet, s'agissant des mineurs de 16 ans, les équipes de secteur de psychiatrie générale doivent assurer la mise en œuvre des prestations de prévention, de diagnostic et de soins courants au sein des maisons d'arrêt (voir l'organisation sanitaire)⁷⁷. La circulaire de 1994 note : *il*

⁷¹ - Loi n° 87-1157 du 31 décembre 1987, article 4, *J.O.* du 5 janvier 1988, pp. 159-161.

⁷² - Même loi, article 14.

⁷³ - Circulaire PJJ K2/91-02 du 15 octobre 1991 (NOR: JUSF91500083C).

⁷⁴ - En pratique, le défèrement au parquet implique une rétention, donc une garde à vue.

⁷⁵ - Ministère de l'Intérieur, circulaire du 14 janvier 1993 (NOR: INTK9300009C).

⁷⁶ - Circulaire AP 94 du 4 février 1994 (NOR : JUSE9340147C) ; régime de détention des détenus mineurs, B.O. Justice n° 53.

⁷⁷ - Circulaire AP 88-17 G2/DGS du 5 décembre 1988 (JUSE8940004C) : organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, B.O. Justice n° 32.

conviendra d'apporter une attention particulière à la détection d'un usage éventuel de produits stupéfiants. Par ailleurs, les actions de prévention et d'éducation à la santé dans le cadre de la lutte contre les toxicomanies et le sida doivent être systématiquement organisées en faveur de cette catégorie de détenus. L'évolution en quelques années est donc manifeste puisqu'à la fin de l'année 1988, le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire avait simplement la possibilité d'organiser la lutte contre les toxicomanies et l'alcoolisme par convention avec l'Etat.

A priori la loi de 1970 est donc applicable aux usagers mineurs, mais la concurrence des textes permet qu'elle ne le soit pas. Le manque d'études ou de recherches sur la prise en charge de ces usagers est patent. Seules quelques informations glanées au fil des différents relevés statistiques effectués ou d'études sont disponibles. Elles permettent de conclure également à une probable disparité de traitement selon les juridictions.

B/ Les dispositions sanitaires

L'aspect sanitaire des dispositions concernant l'usage des stupéfiants sous-entend que l'utilisateur est un malade qu'il convient de soigner : la première loi ayant introduit une obligation de soins vis-à-vis des usagers de stupéfiants est celle du 24 décembre 1953 (art. 117-ter : *les personnes reconnues comme faisant usage de stupéfiants et inculpées d'un des délits prévus aux art. 116 et 117 pourront être astreintes, par ordonnance du juge d'instruction, à subir une cure de désintoxication*)⁷⁸. Les dispositions sanitaires de la loi de 1970 sont codifiées dans les articles L.355-14 à L355-21 CSP.

La loi du 31 décembre 1970 *associe l'action médico-sociale à la répression dans la lutte contre la toxicomanie. Elle répond au double souci de considérer les intoxiqués comme des malades et de renforcer les peines contre les trafiquants de drogue*⁷⁹. Le principe général est formulé par l'article L355-14 : *toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire.* Les dispositions particulières s'organisent autour de trois cas : les personnes signalées par le procureur de la République (art.1, chap.1), les personnes signalées par les services médicaux et sociaux (art.1, chap. 2), les personnes se présentant spontanément aux services. La circulaire du 29 mars 1972⁸⁰ a pour but de compléter les textes précédents et de déterminer l'organisation sanitaire pour lutter contre la toxicomanie. En fait l'organisation des soins ne repose sur aucune doctrine rigoureuse et définitive mais au

⁷⁸ - Loi n° 53-1270 du 24 décembre 1953 modifiant et complétant les dispositions législatives relatives à la répression du trafic et de l'usage illicite de stupéfiants (*J.O.* du 25-12-1953).

⁷⁹ - Circulaire DGS/1200/MS1 du 25 juillet 1972 relative à l'organisation sanitaire de la lutte contre les toxicomanies. Non parue au *J.O.*

⁸⁰ - Circulaire DGS/591/MS1 du 29 mars 1972 relative à l'organisation sanitaire dans le domaine de la toxicomanie, *B.O. santé* n° 88-23bis, pp.47-51.

contraire sur une pluralité des modes d'approche. Le pragmatisme et le soutien à toute "expérience sérieuse" sont donc encouragés.

Cette disposition s'inscrit clairement dans la lutte contre les fléaux sociaux. En réalité, la restriction de l'article L. 628-1 CSP, en termes d'opportunité des poursuites, fait que c'est un magistrat qui décide du signalement à l'autorité sanitaire. Ce signalement n'est donc ni systématique, ni basé sur un concept sanitaire.

L'obligation de secret médical en matière de soins aux toxicomanes, en vertu de l'art. L. 378 du code pénal et de la loi de 1970 est fermement rappelée en 1974 par le ministre de la Santé publique : « *il est déjà difficile d'amener les toxicomanes à venir se faire traiter dans nos unités de soins ; s'il y avait divulgation des identités par les médecins aux autorités de police ou de Justice, il n'y aurait plus de prévention ou de soins possibles* »⁸¹.

Deux tendances majeures caractérisent l'évolution des textes consacrés à la prise en charge sanitaire préconisée par la loi de 1970. La première est relative au décalage constant entre les moyens disponibles et les besoins nécessaires à l'application de la loi : l'inadaptation mais aussi le pragmatisme marquent le dispositif législatif et réglementaire. Par ailleurs, la décennie 1980 est marquée par l'extension de l'épidémie du sida et la prise de conscience d'une précarisation croissante de certaines populations. La dégradation sanitaire et sociale et l'urgence de la situation, entre autres, ont conduit à atténuer la spécificité des moyens sanitaires mis au service de la lutte contre la toxicomanie. Ceux-ci sont diversifiés et multipliés afin d'accueillir des toxicomanes.

A la fin de cette même décennie, le ministère de la Santé lance une campagne de lutte contre la toxicomanie⁸². Après un aperçu de la menace que constitue la drogue pour tous : « *la drogue est sortie de son ghetto. Elle ne concerne plus seulement des couches marginales de la société* », le ministre annonce un doublement du budget, une évaluation en cours du système de soins (voir 2ème partie) et une politique d'information de la population, dont la création d'un numéro vert.

(a) L'organisation des cures.

Un dispositif spécialisé est mis en place par la loi du 31 décembre 1970 : les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en constituent la pierre angulaire. Leur faible capacité d'accueil et, sans doute, la nécessité d'adapter le dispositif sanitaire à la complexité de la prise en charge de la toxicomanie ont amené à diversifier les structures. Si les familles d'accueil en sont un exemple, on assiste également à l'extension de la prise en charge hospitalière. L'examen des circulaires met en évidence la faible implication des services

⁸¹ - Circulaire DGS/597/ms1 du 20 mars 1974 relative au secret médical en matière de toxicomanie, B.O. Santé, n° 88-23bis, pp. 53-54.

⁸² - Michèle Barzach, conférence de presse du lundi 1er décembre 1986.

hospitaliers en matière de toxicomanie et la nécessité d'accroître leurs capacités d'accueil. Le milieu carcéral intervient de façon spécifique, en raison de leur place dans l'articulation des dispositifs judiciaire et sanitaire : les "antennes toxicomanie" constituent un volet de la prise en charge sanitaire des détenus.

La loi de 1970 a fait l'objet d'un premier décret d'application le 19 août 1971⁸³. Il y est précisé que quelle que soit la modalité du suivi de la cure de désintoxication, avec ou sans hospitalisation suivie ou non d'une cure ambulatoire, la cure doit être effectuée sous la surveillance d'un médecin agréé, inscrit sur une liste fixée par arrêté conjoint du Garde des Sceaux et du ministre de la Santé⁸⁴. Dans cette liste, l'inculpé a le libre choix du médecin. Toutefois aucune disposition législative ou réglementaire ne précise le contenu de la surveillance médicale⁸⁵ : il appartient au médecin traitant seul, en toute liberté, de le fixer. La surveillance médicale peut donc se limiter à des visites périodiques de l'intéressé au médecin.

A titre provisoire, les arrêtés du 14 septembre 1971⁸⁶ fixent une liste d'établissements et de médecins agréés pour assurer cette cure. 111 établissements sont cités, répartis dans les vingt-deux régions françaises : le plus grand nombre d'établissements concerne la région parisienne (14) et la région Provence-Côte-d'Azur (14) ; cinq régions ne comportent qu'un ou deux établissements. Sur cet ensemble d'établissements, 66 sont des hôpitaux psychiatriques, outre les centres psychothérapeutiques, la place des centres hospitaliers est réduite. La liste des médecins agréés, elle aussi répartie par régions, comporte 290 noms.

Le rôle des directions départementales de l'action sanitaire et sociale dans la lutte contre la toxicomanie est précisé par une circulaire du ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale⁸⁷ qui explicite les trois catégories de toxicomanes définies par la loi de 1970 et son décret d'application.

⁸³ - Décret n°71-690 du 19 août 1971 fixant les conditions dans lesquelles les personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants et inculpées d'infraction à l'article L628 du code de la santé publique peuvent être astreintes à subir une cure de désintoxication.

⁸⁴ - Arrêté du 14 septembre 1971 fixant la liste des établissements de soins et des médecins agréés pour les toxicomanes sous main de Justice. Arrêté ministériel du 21 septembre 1971 fixant la liste des établissements agréés pour les toxicomanes relevant de l'autorité sanitaire.

⁸⁵ - Circulaire n° 73-11, du 30 mars 1973.

⁸⁶ - Arrêtés du 14 septembre 1971, liste des établissements spécialisés pour la cure de désintoxication des personnes inculpées d'infraction à l'article L. 628 du code de la santé publique ; et liste des médecins agréés en vue d'assurer la cure de désintoxication des personnes inculpées d'infraction à l'article L. 628 du code de la santé publique, *J.O.* du 26 septembre 1971, p. 9567.

⁸⁷ - Circulaire DGS/1555/MS1 du 28 septembre 1971, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, *B.O. santé* n° 88-23bis, pp. 43-45.

i - Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes

Les centres de soins sont conçus à l'origine comme des lieux spécialisés pour la cure de désintoxication, en alternative à la surveillance médicale (art. 628-5 CSP). Cette fonction n'a pas été radicalement modifiée. Cependant la nécessité de répondre à la demande de soins a conduit à diversifier l'accueil ; parallèlement, on assiste à un renforcement du contrôle de l'Etat sur les activités des centres dont la spécialisation réclame des activités spécifiquement curatives aux dépens des activités de prévention.

Les établissements accueillant des toxicomanes ont été regroupés sous une même ligne budgétaire à partir de l'exercice 1986, afin de mieux cerner l'effort financier dans le domaine de la toxicomanie. Ainsi les centres d'hébergement et de réadaptation sociale accueillant exclusivement des anciens toxicomanes en voie de réinsertion, antérieurement financés par « l'action sociale obligatoire » sont rattachés au budget toxicomanie⁸⁸.

Une nouvelle définition des centres de soins spécialisés est donnée en 1992⁸⁹. Ce texte précise que les anciennes formulations « centres d'accueil, centres de postcure et CHRS » sont abandonnées au profit d'une seule appellation générique : les *centres de soins conventionnés spécialisés pour toxicomanes* avec ou sans hébergement. Les centres de soins doivent signer des conventions d'objectifs d'une durée de cinq ans soumis à l'accord du préfet. Chaque préfecture publie tous les ans sa liste. Les centres doivent assurer au moins la prise en charge médico-psychologique et la prise en charge sociale et éducative du toxicomane.

Le décret du 29 juin 1992 précise leurs fonctions : pour bénéficier du titre de "centres de soins conventionnés spécialisés pour toxicomanes" et du budget de l'État afférent, les structures doivent proposer une double prise en charge médico-psychologique, sociale et éducative. De fait *ne seront désormais plus financés, les centres qui réalisent seulement les activités d'accueil, de sevrage ou de soutien familial sans assurer de réelle prise en charge*. Trois modes de gestion sont possibles (art. 6) : elle peut être associative⁹⁰, hospitalière ou directe (bien que cette dernière n'ait pas vocation à se développer).

⁸⁸ - Circulaire DG/1025/2D-DAS/40/FE2 du 11 octobre 1985, BOMASSN n° 47 du 24/12/85.

⁸⁹ - Circulaire DGS/2D n°20 du 23 mars 1992 relative aux orientations 1992 dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie. Décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de Soins aux Toxicomanes, *J.O.* du 2/7/1992. Arrêté du 26 août 1992 fixant le modèle de convention type relative aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes gérés par un établissement public de santé (NOR : SANP9202207A). Arrêté du 23 juillet 1992 (NOR : SANP9201815A) fixant le modèle de convention type relative aux centres de statut associatif. Circulaire DGS/2D n° 56 du 6 octobre 1992, *B.O. MASI* n° 92/42 du 17 novembre 1992, p.55.

⁹⁰ - Arrêté du 15 septembre 1993 (NOR : SANP9302935A).

Cette évolution consiste donc en un recentrage des activités sur les soins, la prévention ne pouvant constituer l'activité propre des centres. La circulaire du 6 octobre 1992 explicite le décret de juin 1992 et rappelle les grands principes de la loi de 1970 en matière d'accueil des toxicomanes par les centres spécialisés, à savoir la gratuité et l'anonymat. Elle précise par ailleurs que tous les centres doivent concourir à l'application de la loi et que leurs missions *recouvrent le soin aux personnes toxicomanes, qu'elles soient volontaires, qu'elles relèvent d'une obligation de soins ou qu'elles fassent l'objet d'une mesure d'injonction thérapeutique*. En effet, du fait de la position de certains médecins hermétiques à l'idée d'un « soin sous contrainte », sans démarche libre et volontaire du patient, certains centres ne souhaitaient pas assurer les injonctions thérapeutiques et autres obligations de soins. Cette idée paraît s'opposer à une notion de service public, ce que rappelle cette circulaire. La diversification des modes de prises en charge autorise les centres spécialisés conventionnés avec l'Etat à prescrire et délivrer de la méthadone⁹¹.

Le développement des capacités d'hébergement constitue un objectif prioritaire de la décennie 1990. Ainsi la circulaire du 23 mars 1992⁹² précisait que les manques en ce domaine existent de façon certaine et qu'il convient de prendre en compte ces besoins par un effort conséquent en 1992. Diversifier les modes de prise en charge et répondre à l'urgence, telles sont les raisons soulevées : *"une bonne partie du public toxicomane connaît une marginalisation sociale importante pendant qu'une autre conserve une insertion sociale et professionnelle, certains toxicomanes souffrent de problèmes psychiatriques graves, l'état de santé d'une partie de ce public est précaire, notamment ceux qui sont infectés par le VIH"*. La mise en place d'appartements ou de studios thérapeutiques et de relais doit être privilégiée face à l'engorgement des centres qui génère un temps d'attente trop important. En outre, il convient de promouvoir, auprès des centres de soins pour toxicomanes, la mise en place de lieux d'hébergement ponctuels de type chambres d'hôtel.

Ces appartements thérapeutiques-relais font l'objet d'un modèle d'avenant conventionnel défini par l'arrêté du 15 septembre 1993⁹³. Ils sont ainsi définis : *des unités de soins à visée d'autonomie sociale, mises à disposition des toxicomanes majeurs et dont l'intégration au sein d'un groupe dans un centre d'hébergement collectif n'est pas requise, pour des durées limitées et nécessitant un encadrement en personnels soignants*. Ils visent à amener le toxicomane à maîtriser sa situation d'abstinence. Les appartements thérapeutiques seront par ailleurs relancés pour les malades atteints du sida.

Les objectifs du Plan de Lutte contre la Drogue présentés en septembre 1993 prévoient le doublement des capacités d'accueil. Ses résultats sont présentés dans la circulaire du 11 janvier 1995⁹⁴ : les capacités de prise en charge avec hébergement ont presque doublé (447 places supplémentaires soit 1167 au total) et devraient être renforcées, notamment avec la création d'appartements thérapeutiques - relais et l'extension des réseaux de familles

⁹¹ - Circulaire DGS/SP3 n° 4 du 11 janvier 1995.

⁹² - Circulaire DGS/2D n°20 du 23 mars 1992 relative aux orientations 1992 de la Direction Générale de la Santé dans la lutte contre la toxicomanie.

⁹³ - Arrêté du 15 septembre 1993 (NOR : SANP9302935A), *J.O.* du 28/10/93 p. 14920.

⁹⁴ - Circulaire DGS/SP3 n° 4 du 11 janvier 1995.

d'accueil. Un nouveau dispositif d'accueil conçu pour les toxicomanes les plus marginalisés a été mis en place : quelques neuf "boutiques" sont destinées à apporter une aide ponctuelle (douche, soins infirmiers de première urgence, distribution de matériel de prévention des risques infectieux, etc.). Les informations pour l'année suivante⁹⁵ indiquent que 1240 places d'hébergement hors familles d'accueil et 22 boutiques seront accessibles fin 1996.

ii - Les familles d'accueil

Le placement familial ou communautaire des toxicomanes par les centres de traitement repose sur le décret du 19 août 1971⁹⁶ modifié par le décret du 20 juillet 1977⁹⁷. Ces textes, qui fixent les conditions dans lesquelles les personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants et inculpées d'infraction à l'article L.628 du code de la santé publique peuvent être astreintes à subir une cure de désintoxication, prévoient que les toxicomanes sous astreinte de soins peuvent être placés dans des familles d'accueil.

Le décret n°77-827 du 20 juillet 1977 prévoit que *les périodes d'hospitalisation peuvent comporter le séjour de l'intéressé dans une famille sous le contrôle et la responsabilité de l'établissement*. L'arrêté du 20 décembre 1977⁹⁸ fixe le règlement intérieur type de placement familial ou communautaire des centres de traitement : il étend ce mode de placement et le met à disposition de l'ensemble des toxicomanes s'adressant à un centre sanitaire.

Les caractéristiques, les objectifs et le fonctionnement de ce dispositif particulier, qui est appelé à devenir une modalité importante de la prise en charge des toxicomanes, font l'objet d'une circulaire en décembre 1987⁹⁹. Conçu comme *une alternative à l'hospitalisation dans les cas les plus lourds, soutien d'une prise en charge psychothérapeutique et relationnelle de façon plus courante, il s'agit dans tous les cas d'un choix thérapeutique ou éducatif adapté au toxicomane concerné et s'inscrivant dans le projet élaboré entre celui-ci et son équipe soignante, et non d'une formule de facilité destinée à occulter momentanément les problèmes matériels ou à résoudre les difficultés d'accueil en centres de postcure*.

⁹⁵ - Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996.

⁹⁶ - Décret n° 71-690 du 19 août 1971, *J.O.* du 25/8/71, pp. 8427-8428.

⁹⁷ - Décret n° 77.827 du 20 juillet 1977, *J.O.* du 23/7/1977, pp. 3892-3893.

⁹⁸ - Arrêté du 20 décembre 1977 fixant le règlement intérieur type du placement familial ou communautaire des centres de traitement pour toxicomanes.

⁹⁹ - Circulaire DGS/1555/2D du 4 décembre 1987 relative aux familles d'accueil en toxicomanie.

En 1990¹⁰⁰, "les familles d'accueil, constituées ou non en réseaux sont nécessairement rattachées à un centre, sans hébergement (anciennement appelés centres d'accueil) ou avec hébergement (anciens centres postcure)". Un arrêté d'août 1993¹⁰¹ précise que la gestion de ces réseaux familiaux est assurée par un centre conventionné spécialisé, le règlement intérieur type de ces réseaux étant précisé en annexe.

Un groupe de travail doit rendre ses travaux à la fin de l'année 1992¹⁰². Il est envisagé de modifier la circulaire DGS/1555/2D du 4 décembre 1987 puisqu'il *apparaît d'ores et déjà que les possibilités d'accueil en famille ne sont pas suffisantes pour couvrir toutes les indications d'un tel mode de prise en charge*. Les initiatives émanant de centres d'accueil et de centres d'hébergement sont encouragées afin qu'ils se dotent d'un outil supplémentaire adapté aux besoins de certains toxicomanes.

Enfin, tout récemment, l'attention des pouvoirs publics a été appelée sur la gestion particulière que réclamaient les toxicomanes atteints par le VIH au sein de ces familles d'accueil, en particulier quant à l'information de celles-ci sur le risque en général mais non sur la séropositivité de tel toxicomane accueilli.

iii - L'hôpital

Les textes réglementaires évoquent le rôle du secteur hospitalier et précisent le contrôle des demandes de remboursement afférent à la prise en charge sanitaire.

A partir de 1990, les budgets consacrés à la toxicomanie, jusqu'alors fournis exclusivement par le budget de l'État vont être déconcentrés et faire l'objet de contrôles d'utilisation plus stricts. Ainsi les remboursements des frais de sevrage des toxicomanes dans les établissements hospitaliers sont contrôlés¹⁰³ car il apparaît que d'autres soins fournis aux toxicomanes font l'objet d'une demande de remboursement : « *je vous rappelle que l'État n'a pas à couvrir l'ensemble des dépenses de maladie de cette population mais seulement les actions qui ont pour but le sevrage physique et la consolidation psychologique du toxicomane* ».

La loi de 1970 prévoit en effet que la prise en charge des dépenses d'hospitalisation et de soins des toxicomanes, c'est-à-dire des actions *qui ont pour but le sevrage physique et la consolidation psychologique du toxicomane*, sont à la charge de l'État. Or des demandes de remboursement par l'État de frais de séjour hospitalier en faveur d'un toxicomane sont

¹⁰⁰ - Circulaire DGS/2D n° 56 du 6 octobre 1992.

¹⁰¹ - Arrêté du 18 août 1993 (NOR : SANP9302322A) relatif aux réseaux de familles d'accueil pour toxicomanes gérés par des centres de soins conventionnés spécialisés pour toxicomanes.

¹⁰² - Circulaire DGS/2D n° 20 du 23 mars 1992 relative aux orientations 1992 de la Direction Générale de la Santé dans la lutte contre la toxicomanie.

¹⁰³ - Circulaire DGS/SD-2D/90/7 du 2 octobre 1990 relative au contrôle du remboursement par l'État des frais de sevrage réalisé en milieu hospitalier pour les toxicomanes.

sollicitées *sans pour autant être liées à la toxicomanie du sujet*. Il convient par conséquent de respecter les conditions suivantes : la cure doit obligatoirement se dérouler dans un service hospitalier agréé ou dans un service psychiatrique sectorisé. La cure doit, par ailleurs, obligatoirement s'appliquer à un sevrage physique d'une substance inscrite à l'article L.628 CSP à l'exclusion de toute autre. En cas de refus par la DDASS de la demande de remboursement, l'assurance-maladie ou l'aide sociale de l'État ou du département doivent être sollicitées.

L'article L.711-8 de la loi du 31 juillet 1991¹⁰⁴ prévoit que *les établissements publics de santé peuvent gérer des structures pour toxicomanes, financées sur le budget de l'État, dans les conditions fixées par la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970*.

La circulaire du 3 mars 1992¹⁰⁵ revient sur la nécessité d'exercer *un contrôle sur les demandes de remboursement des frais de sevrage émanant des hôpitaux*. Ces modalités de contrôle, explicitées dans la lettre circulaire du 14 juin 1991¹⁰⁶, ne devaient pas contribuer à rendre plus difficile l'accès au sevrage, mais visaient à mieux cerner la notion de sevrage. Les délais d'attente étant très importants entre l'indication du sevrage et sa réalisation, il est nécessaire de mobiliser davantage les services hospitaliers sur leur mission de sevrage des toxicomanes.

A partir de 1993, les circulaires sur l'accès aux soins des plus démunis¹⁰⁷ visent expressément les toxicomanes comme une population ne bénéficiant pas d'une bonne couverture sociale. Cette nouvelle optique est à mettre en relation avec le rapport de l'IGAS sur la protection sociale des toxicomanes (Trouvé et Malivoire de Camas, 1989), sur lequel nous reviendrons.

La circulaire du 7 mars 1994¹⁰⁸ implique davantage les services hospitaliers, implantés dans les villes d'au moins 50 000 habitants, dans la prise en charge des toxicomanes en les invitant à réserver entre trois et cinq lits aux cures de sevrage afin de réduire les délais importants entre la décision du sevrage et sa réalisation. De même l'annexe 2 de la circulaire du 3 avril 1996¹⁰⁹ rappelle de manière explicite les devoirs du service public vis-à-vis de cette population : *tout usager de drogue souhaitant des soins qu'il s'agisse de problèmes somatiques ou en relation avec sa dépendance doit pouvoir avoir recours à l'hôpital*. Trois axes sont définis : l'accès aux soins, qui doit être assuré quelle que soit la couverture sociale, l'accompagnement vers une consultation spécialisée et le dépistage des affections telles que le VIH, les hépatites et la tuberculose.

¹⁰⁴ - Loi n°91-748 portant réforme hospitalière (NOR : SPSX9000155L), publiée au *J.O.* du 2 août 1991, 10255-10269.

¹⁰⁵ - Circulaire DGS/2D n°20 du 23 mars 1992 relative aux orientations 1992 de la Direction Générale de la Santé dans la lutte contre la toxicomanie.

¹⁰⁶ - Lettre-circulaire DGS/672 du 14 juin 1991.

¹⁰⁷ - Circulaire n°33 du 17 septembre 1993 et circulaire n°95-08 du 21 mars 1995.

¹⁰⁸ - Circulaire DGS-DH n° 15 du 7 mars 1994 relative aux lits réservés pour les cures de sevrage dans les services hospitaliers et au développement des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues.

¹⁰⁹ - Circulaire DGS/DH n° 96-239.

(b) Le contrôle des instruments et produits utilisés- les traitements de substitution

Les dispositions de la loi de 1970 prévoyant un délit de facilitation de l'usage de stupéfiants, un ensemble de textes réglemente la distribution des produits ou accessoires pouvant servir à un tel usage.

Outre l'organisation des soins aux toxicomanes, les textes réglementaires exposent les actions préconisées en matière de contrôle des matériels d'injection et de traitement de substitution.

i - Les matériels d'injection

L'exemple le plus connu est celui des seringues qui ont fait l'objet d'une surveillance très stricte, afin que les toxicomanes ne puissent pas facilement se les procurer ou soient découragés face à cette difficulté.

Le décret du 13 mars 1972¹¹⁰ restreint la vente des seringues destinées aux injections aux officines pharmaceutiques, sur présentation d'une ordonnance ou aux personnes de plus de dix-huit ans justifiant de leur identité et de leur domicile. Ces dispositions vont être fortement critiquées par les milieux médicaux et soignants car les conséquences en terme de santé publique sont désastreuses, les toxicomanes utilisant des seringues souillées. Dès la fin des années 1970, la contamination des toxicomanes par les virus des hépatites est dénoncée comme une conséquence directe de ce décret, par les médecins soignant les toxicomanes¹¹¹. L'apparition de la contamination par le virus du sida relance ensuite la polémique et les pouvoirs publics sont contraints de revenir sur leur position, l'objectif prioritaire de santé publique devenant alors la lutte contre le sida.

Néanmoins par une circulaire du 7 février 1985, le ministre de la Santé demande encore un renforcement de cette mesure : *mon attention a été appelée sur la vente sans ordonnance de certaines spécialités pharmaceutiques auxquelles sont jointes des seringues et aiguilles jetables, faisant courir le risque d'une utilisation de ces seringues par les toxicomanes.*

¹¹⁰- Décret n°72-200 du 13 mars 1972.

¹¹¹ Par exemple, dans leur ouvrage : *Drogues, toxicomanes et toxicomanie*, les Docteurs Biron, Huerre et Reymond notent en 1979 : « il suffit de rappeler celles [les conséquences] du décret réglementant la vente des seringues qui a provoqué un accroissement considérable du nombre d'hépatites virales chez les toxicomanes réduits à utiliser en groupe un matériel non aseptisé, faute de pouvoir librement s'en procurer d'autres », (Biron et al., 1979, p.84).

Pour lutter plus efficacement contre la toxicomanie, les dispositions du décret (de 1972) doivent être appliquées strictement.

Ces dispositions seront finalement suspendues pour une durée d'un an à compter du 15 mai 1987¹¹², suspension reconduite ensuite pour une année supplémentaire¹¹³. La vente libre des seringues dans les officines, sans ordonnance aux personnes de plus de dix-huit ans est autorisée à l'issue de cette dernière période¹¹⁴. L'orientation vers une politique de prévention des risques entraîne un nouvel assouplissement de ces mesures. L'utilisation de matériel stérile à chaque injection est reconnue comme la principale mesure de prévention face aux risques liés aux hépatites et au sida.

Le décret du 7 mars 1995¹¹⁵ donne les bases juridiques nécessaires aux programmes d'échange ou de mise à disposition de seringues stériles hors circuit officinal. L'arrêté du 7 mars 1995¹¹⁶, relatif aux conditions de mise en œuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal, des seringues stériles, décrit les actions de prévention mentionnées dans le décret en date du même jour. Ces actions doivent être nécessitées par la situation épidémiologique locale et avoir fait l'objet d'une concertation, ainsi qu'être complémentaires des actions visant notamment à *réduire les risques de contamination par le virus du sida et les hépatites des usagers de drogue par voie intraveineuse*. Un avis du Conseil de la Concurrence, en date du 9 août 1994 et rendu public huit mois plus tard¹¹⁷, rend compte des estimations du ministère de la Santé : sur les 120 millions de seringues à insuline (à injection parentérale), environ 9 millions sont utilisées par des toxicomanes ; ce nombre laisse penser qu'en moyenne une même seringue serait utilisée trois ou quatre fois¹¹⁸.

La circulaire du 12 avril 1995¹¹⁹ concerne la mise en œuvre d'actions de prévention des risques infectieux destinées aux usagers de drogues par voie intraveineuse et d'accessibilité au matériel d'injection stérile. Cette réalisation *est une nécessité impérieuse de santé publique*. Ces actions doivent favoriser la diversification des modes d'accès au matériel d'injection stérile et impliquer les pharmaciens (formation et mise en réseau). Elles doivent faire l'objet d'une concertation préalable et d'évaluation.

¹¹² - Décret n°87-328 du 12 mai 1987.

¹¹³ - Décret n°88-894 du 24 août 1988.

¹¹⁴ - Décret n°89-560 du 11 août 1989.

¹¹⁵ - Décret n°95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.

¹¹⁶ - Arrêté du 7 mars 1995 (NOR : SPSP9500714A) relatif aux conditions de mise en œuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal, des seringues stériles.

¹¹⁷ - Avis du Conseil de la concurrence en date du 9 août 1994 relatif au projet de décret modifiant le décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles (NOR : ECOX9500675V), publié au *J.O.* du 9 mars 1995, 3728-3729.

¹¹⁸ - Environ 100.000 toxicomanes se font une piqûre par jour en moyenne, leur consommation moyenne atteindrait 36,5 millions d'unités par an.

¹¹⁹ - Circulaire n° 37 du 12 avril 1995, DGS-SIDA, relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile.

Un dispositif d'échange des seringues usagées est mis en place sous diverses formes (dont les unités mobiles). Ses objectifs spécifiques sont la diminution du partage des seringues ou de l'utilisation de matériel non stérile, l'information et l'incitation à une pratique sexuelle sans risques, la diminution du nombre de seringues usagées abandonnées sur les lieux publics¹²⁰. Ces actions concernent particulièrement les usagers ne fréquentant pas ou peu les lieux de soins et les circuits médico-sociaux.

Parallèlement les actions destinées à accroître les accès au matériel stérile doivent être poursuivies¹²¹. La distribution des seringues sous forme de kit de prévention (Stéribox), généralisée à l'ensemble du territoire depuis le 15 septembre 1994¹²², est non seulement autorisée mais fait maintenant l'objet d'une subvention des pouvoirs publics¹²³ et bénéficie de même que toutes les seringues d'une baisse du taux de la TVA¹²⁴. Des automates¹²⁵ sont mis en place : ils comprennent les distributeurs-échangeurs de seringues, les récupérateurs et les distributeurs. Ils doivent permettre un approvisionnement aisé en matériel stérile sur la voie publique sous réserve de l'accord formel des municipalités. Ils fonctionnent avec des jetons donnés soit par les associations soit par les pharmaciens à l'occasion de l'achat d'un Stéribox. Les modalités du programme de collaboration avec les communes sont rappelées et précisées en octobre 1995¹²⁶, l'Etat peut prendre en charge l'achat des récupérateurs de seringues à condition que les villes en assument la maintenance et l'élimination des seringues usagées.

¹²⁰ - Annexe II de la circulaire n° 37 du 12 avril 1995, DGS-SIDA, relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile.

¹²¹ - Lettre DGS-DIV-SIDA n°95-1320 du 15 octobre 1995 (NOR : TASP9510473Y) relative à la prévention du sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et récupération des seringues usagées. Programme de collaboration avec les communes.

¹²² - Circulaire n° 37 du 12 avril 1995, DGS-SIDA, relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile.

¹²³ - Décret n°96-494 du 7 juin 1996 (NOR : TASP9621471D) instituant une aide de l'Etat à la mise sur le marché de matériels destinés à la prévention de la contamination par les virus du sida et des hépatites. Arrêté du 7 juin 1996 (NOR : TAPS9621472A) fixant le montant unitaire de l'aide de l'Etat à 1,87 francs toutes taxes comprises pour les trousseaux de prévention.

¹²⁴ - Instruction du 10 mars 1995, B.O. Impôts n° 54 du 20 mars 1995 (NOR : BUDF9530023J)

¹²⁵ - Annexe III de la circulaire n° 37 du 12 avril 1995, DGS-SIDA, relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile.

¹²⁶ - Lettre DGS-DIV-SIDA n° 95-1320 du 15 octobre 1995 (NOR : TASP9510473Y) relative à la prévention du sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et récupération des seringues usagées. Programme de collaboration avec les communes, B.O. 96/4 du 29 février 1996.

ii - Les précurseurs

Tout un ensemble de produits chimiques d'origine naturelle ou de fabrication industrielle sont soumis à des contrôles rigoureux à tous les niveaux de leur élaboration et de leur distribution. Il s'agit en particulier des produits susceptibles d'être détournés de leur usage initial à des fins toxicomaniaques.

Au fil des textes, la liste de ces produits sous surveillance s'allonge. On peut citer parmi les exemples les plus connus du public, l'éther, les colles à boyaux, etc... Ainsi, la délivrance de l'éther éthylique au public est interdite sauf sur présentation d'une ordonnance non renouvelable à partir de 1984¹²⁷.

La production industrielle et le commerce des produits chimiques précurseurs sont soumis au contrôle de la commission nationale des précurseurs¹²⁸ et à un agrément délivré par le ministre de l'Industrie après avis de cette commission¹²⁹.

La nécessité de clarifier toutes ces interdictions, notamment dans le cadre des échanges communautaires a abouti à la loi du 19 juin 1996¹³⁰ : concernant *la fabrication, la transformation, le transport, le stockage, le courtage et la mise à disposition de tiers à titre onéreux ou gratuit de substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants...* Toutes ces opérations sont soumises à un agrément dont les conditions sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Les agents des douanes sont chargés des contrôles nécessaires, y compris sur les lieux de fabrication. La liste des substances concernée, classées en trois catégories est fixée par décret du Premier ministre¹³¹.

(c) Les traitements de substitution à la Méthadone et à la Buprénorphine¹³².

L'expérimentation de la méthadone comme produit de substitution pour les toxicomanes dépendants à l'héroïne avait commencé en France dès 1973. Seuls deux centres spécialisés

¹²⁷ - Arrêtés du 26 juin 1984, *J.O.* du 5 juillet 1984, p. NC 5897.

¹²⁸ - Créée par arrêté du 11 mars 1993 (NOR : INDA9300143A), portant création d'une mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques, *J.O.* du 12/3/1993, p. 3848.

¹²⁹ - Décret n° 95-106 du 31 janvier 1995, *J.O.* du 3/2/95.

¹³⁰ - Loi n° 96-542 du 19 juin 1996 relative au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants, (NOR : INDX9500023L).

¹³¹ - Décrets n° 96-1060 et 96-1061 du 5 décembre 1996, *J.O.* du 10 décembre 1996, pp. 18016 et s. (NOR : INDD9600698D et INDD9600699D).

¹³² - Opiacé synthétique (Temgésic et Subutex), circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996.

sur les quatre sollicités avaient accepté d'y participer : « *Leur expérience va durer plus de vingt ans, dans un climat d'hostilité générale de la part des autres intervenants en toxicomanie qui gardent comme unique objectif la désintoxication. Cette hostilité subsistera jusqu'au retournement spectaculaire des années 1990* » (Geismar-Wievorka et al., 1997, p. 59).

La circulaire du 15 mai 1990¹³³ souligne la nécessité de développer de petites unités disposant d'un agrément pour une prise en charge globale incluant un traitement de substitution à la méthadone. Dans la circulaire du 23 mars 1992, le Directeur Général de la Santé rappelle que *ce type de traitement ne saurait s'inscrire dans une logique de maintenance mais constitue une période transitoire, pour aider certains toxicomanes à vivre sans produit de dépendance.*

La Direction Générale de la Santé présente en février 1994 le cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes. Les objectifs sont de *favoriser une stabilisation de la consommation de drogues issue du marché illicite et de générer un moindre recours à la voie injectable, source de transmission du VIH, de favoriser une insertion dans le système sanitaire pour une prise en charge de la dépendance mais aussi pour faciliter le suivi médical d'éventuelles pathologies associées psychiatriques et/ou somatiques, de favoriser une insertion sociale.* L'objectif ultime est *de permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance à un quelconque produit* (la méthadone ne peut être conçue comme produit de maintenance).

La circulaire du 7 mars 1994¹³⁴ précise les caractéristiques du centre autorisé pour la prescription et la délivrance de la méthadone en assurant la prise en charge des patients, les critères concernant les toxicomanes pouvant bénéficier d'une prescription de méthadone, les contraintes liées à la délivrance et les contrôles concernant l'usage d'autres produits, l'évaluation des unités de prescription et de délivrance. Cette circulaire modifie le protocole d'utilisation diffusé dans la circulaire du 15 mai 1990¹³⁵. Le développement des capacités de prise en charge des toxicomanes avec prescription de méthadone constitue la priorité pour l'année 1994 : la capacité totale de prescription est de 525 places (contre 275 fin 1993) et devait être portée à 1 000 d'ici la fin de l'année 1994.

Une commission consultative des traitements de substitution de la toxicomanie est mise en place par un arrêté du même jour¹³⁶. Elle a pour mission de suivre l'évolution de l'utilisation de la méthadone pour la prise en charge des toxicomanes et d'étudier le cadre d'utilisation de tout autre produit de substitution. Dix-neuf membres sont nommés pour trois ans et la présidence en est assurée par le directeur général de la santé.

¹³³- Circulaire DGS-DAS/405/2D-FE2.

¹³⁴- Circulaire DGS n°14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la Méthadone dans la prise en charge des toxicomanes.

¹³⁵- Circulaire DGS-DAS/405/2D-FE2 du 15 mai 1990 relative aux priorités dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie.

¹³⁶- Arrêté du 7 mars 1994 (NOR : SPSP9400779A), *J.O.* du 30/3/1994, page 4739.

La circulaire du 11 janvier 1995¹³⁷ précise les nouvelles orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995. Le texte rappelle que "la capacité de prescription de méthadone est de 1 695 places réparties sur le territoire en 45 unités" et souligne la volonté de diversifier les modes de prise en charge notamment par le recours à la prescription de méthadone. Trois modifications concernent sa prescription. Tous les centres spécialisés conventionnés avec l'Etat sont désormais autorisés à prescrire et délivrer la méthadone sans demande d'autorisation préalable. Chaque centre doit déterminer le nombre de personnes devant bénéficier de cette prescription. La durée de cinq années de dépendance et d'échecs préalables de sevrage ne sont plus les indications nécessaires. Toutefois la dépendance aux opiacés doit être majeure et avérée.

La circulaire du 31 mars 1995¹³⁸ présente les mesures d'accompagnement de la mise sur le marché des médicaments de traitement des pharmacodépendances aux opiacés avec mise en place de comités de suivi départementaux et de formation des professionnels. Ce texte rappelle que la prescription de médicaments de substitution constitue un volet essentiel de la politique de santé publique. Ces traitements s'insèrent dans une stratégie thérapeutique d'ensemble visant à terme le sevrage. Les modalités de la prise en charge sont précisées.

En ce qui concerne la méthadone, la première phase du traitement (prescription et délivrance) a lieu dans le centre spécialisé ; le médecin traitant peut, dans un second temps, poursuivre la prescription ; la délivrance de la méthadone s'effectue dans une officine, relevant du choix du patient. Dans tous les cas, le nom des intervenants est connu de chaque professionnel, la prescription et la délivrance sont effectuées à partir de carnets à souche. Différents critères relatifs à la durée du traitement en centre sont proposés : dosage de méthadone stabilisée, dosage urinaire négatif aux opiacés, acquisition d'un minimum de stabilité sociale (logement stable, revenu minimum assuré, acquisition d'une couverture sociale), amélioration de son équilibre personnel, suivi somatique et/ou psychiatrique organisé sans nécessité d'un accompagnement éducatif.

En ce qui concerne la buprénorphine-haut-dosage (BHD), une demande d'autorisation de mise sur le marché est en cours : le Subutex l'obtient le 31 juillet 1995¹³⁹. L'arrêté du 2 octobre 1995¹⁴⁰ stipule que la prescription - à l'attention des patients non hospitalisés - de médicaments à base de buprénorphine par voie orale à des doses supérieures à 0,2 mg ne doit pas être supérieure à 28 jours. La circulaire précise également les mesures de mise en œuvre des comités départementaux de suivi et de développement d'une politique de formation et d'information des professionnels.

¹³⁷ - Circulaire n° 4 du 11 janvier 1995.

¹³⁸ - Circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés.

¹³⁹ - Voir le cadre d'utilisation du Subutex en annexe 1 de la circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés.

¹⁴⁰ - Arrêté du 2 octobre 1995 (NOR : SANP9503027A) relatif à la durée de prescription de médicaments à base de Buprénorphine par voie orale aux doses supérieures à 0,2 mg., *J.O.* du 14 octobre 1995, p.14994.

L'arrêté du 6 septembre 1995¹⁴¹ ajoute le sulfate de morphine par voie orale à la liste des médicaments stupéfiants pouvant être prescrits pour une durée supérieure à sept jours mais ne dépassant pas 28 jours.

La circulaire du 3 avril 1996¹⁴² souligne qu'en 1995, la prise en charge sanitaire des toxicomanes a été marquée par l'extension du dispositif de prescription et de dispensation de la méthadone à tous les centres spécialisés et par la mise en place d'un relais de ce traitement en médecine de ville. Elle fait état de plus de 2630 patients sont suivis dans 75 centres spécialisés et 41 départements.

Le développement des traitements de substitution est poursuivi durant l'année 1996, le bilan se montant à 63 départements pouvant dispenser de la méthadone¹⁴³.

L'organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes a elle aussi montré une évolution. Une première période s'appuie essentiellement sur le réseau existant de centres spécialisés pour alcooliques, d'hôpitaux psychiatriques et de médecins psychiatres. Ces structures éventuellement adaptées à la prise en charge de toxicomanes « lourds » se révèlent non susceptibles de faire face à la demande judiciaire de surveillance sanitaire. Les DDASS désignées comme pivot de l'organisation ne répondent pas à cette nouvelle mission.

Dans une seconde période, la prise en charge s'appuie sur des centres de soins spécialisés pour toxicomanes, tournés également vers l'information et la prévention. L'accueil y est plus social que médical. Un groupe professionnel, composé en grande partie sur une base militante, émerge et se positionne comme interlocuteur : les intervenants en toxicomanie.

Enfin, face aux épidémies -sida et hépatites- une médicalisation s'avère nécessaire, de même que de pouvoir répondre à une urgence ; les hôpitaux sont alors sollicités. Ce retour du médical va entraîner le recentrage des crédits de l'Etat sur les soins, les associations uniquement orientées vers la prévention et l'information devant chercher d'autres sources de financement. Parallèlement, nous le verrons dans la partie suivante, la décentralisation et le passage de la compétence de l'Etat vers les collectivités locales va entraîner un glissement vers les réseaux de proximité, les réseaux ville-hôpital-toxicomanie vont devenir un nouvel interlocuteur, les médecins de ville et les pharmaciens étant à leur tour sollicités. La lutte contre la toxicomanie va alors perdre sa

¹⁴¹ - Arrêté du 6 septembre 1995 (NOR : SANP9502657A) modifiant l'arrêté du 10 septembre 1992 modifié fixant la liste des stupéfiants bénéficiant des dispositions de l'article R.5213 du code de la santé publique, publié au *J.O.* du 13 septembre 1995.

¹⁴² - Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996.

¹⁴³ - Circulaire DGS/SP3 n° 97-366 du 23 mai 1997, relative aux mesures nouvelles pour 1997 dans le domaine du soin aux toxicomanes.

spécificité et se fonde dans la lutte contre le sida, nouvel objectif de santé publique. A ce titre, l'ensemble des acteurs sont mobilisés dans la nouvelle politique de réduction des risques.

La dualité des textes que nous venons de mettre en évidence, entre sanitaire et pénal, non seulement nécessite une collaboration des administrations chargées de la mise en application de la loi, mais crée nécessairement un rapprochement de la « clientèle » de ces deux institutions. Ainsi l'existence des obligations de soins, prononcées par une autorité judiciaire mais mise en œuvre par l'autorité sanitaire implique une double prise en charge simultanée. De même, le fait qu'un usager de stupéfiants puisse être condamné à une peine privative de liberté entraîne une double prise en charge à la fois sanitaire et pénitentiaire. Nous allons maintenant étudier plus précisément ces lieux de confluence.

C/ Les obligations de soins

La loi de 1970 distinguait trois cures ordonnées par les instances judiciaires : celle du parquet, celle du juge d'instruction ou des enfants, celle du tribunal. Seule la première de ces cures va réellement subsister sous sa forme originelle jusqu'à nos jours. Les deux autres vont s'avérer impossibles à mettre en œuvre¹⁴⁴ et vont évoluer. Leur discrétion sera telle, puisqu'elles ont été remplacées par des dispositions de droit commun, que la littérature, même spécialisée, est quasiment muette à leur propos. Le rapport Pelletier (1978) par exemple vise surtout l'injonction thérapeutique, les autres obligations de soins sont à peine évoquées, bien que les statistiques publiées en fin de volume les mentionnent. Le rapport Henrion (1995) est tout aussi discret à leur propos.

(a) L'injonction thérapeutique

Ce terme n'est pas inscrit dans la loi de 1970. Les premières circulaires d'application visent « la cure ». Dès la circulaire du ministre de la Justice du 25 août 1971 apparaît « l'injonction du procureur de la République ». De son côté, le ministère de la Santé se réfère aux « cures de toxicomanes sous main de Justice » dans sa circulaire du 29 mars 1972. En 1975, le ministère de la Justice utilise l'expression de « cures de désintoxication ordonnées par les autorités judiciaires »¹⁴⁵. La circulaire du garde des Sceaux du 17 septembre 1984 utilise ce raccourci : *sans doute l'injonction thérapeutique organisée par la loi de 1970...*

¹⁴⁴- Voir en particulier à ce sujet, la fin de cette partie présentant les enquêtes auprès des procureurs généraux sur la mise en œuvre de la loi.

¹⁴⁵- Par exemple dans sa lettre du 9 octobre 1975 au ministre de la Santé (SDLC n° 1208-11-D).

Cet intitulé est devenu d'usage habituel dans toutes les circulaires et désigne expressément la cure ou la surveillance médicale de l'article L. 628-1 CSP mais souvent aussi, abusivement, toutes les obligations de soins décidées par les autorités judiciaires.

L'injonction thérapeutique, bien qu'elle ne soit pas mentionnée sous cette appellation, est le dispositif central de la loi de 1970. Elle reflète la position intermédiaire prise par le législateur entre le malade qu'il faut soigner et le délinquant qu'il faut punir. Pour les délits d'usage simple, les soins doivent être privilégiés et le contrevenant placé sous l'autorité sanitaire. Sa mise en œuvre est fixée par l'article L.628-1 du code de la santé publique pour ce qui concerne les dispositions pénales et par l'article L. 355 alinéa 15 et suivants : « dispositions particulières aux personnes signalées par le procureur de la République », pour ce qui concerne les dispositions sanitaires.

Cette double tutelle de l'injonction thérapeutique exige dans sa mise en application une coopération entre les autorités judiciaires et sanitaires¹⁴⁶. Le système est souple et doit permettre une adaptation locale, mais va à ce titre être source de disparités. Disparités à la fois dans le volume des injonctions prononcées selon les juridictions et dans les modalités de leur mise en œuvre.

Le bilan réalisé au terme de quinze années d'application de la loi de 1970 peut permettre de conclure à un échec de cette liaison pénal/sanitaire malgré quelques réussites locales. A tel point que deux circulaires du ministère de la Justice rappellent tout à la fois les grandes directives de la mise en œuvre de la loi et la nécessaire coopération entre les différents services. Trois expériences locales sont ainsi décrites afin que les procureurs puissent en tirer profit : *vous pourriez utilement vous inspirer des pratiques actuellement en vigueur dans les ressorts des tribunaux de Paris, Créteil et Bordeaux*¹⁴⁷.

Dans ses orientations pour un service public de la Justice¹⁴⁸, le ministre dans une sous-partie intitulée « une réponse pénale équilibrée » rappelle que *le parquet ne doit pas hésiter à reconnaître ... que la saisine des autorités sanitaires et sociales, par exemple en matière d'usage de stupéfiant par l'injonction thérapeutique ... est bien préférable au prononcé tardif d'une peine de principe, en définitive dépourvue de toute portée*.

Dans ces objectifs pour l'année 1992, le ministre de la Santé rappelle que l'injonction thérapeutique a été réactivée par la circulaire de 1987. Une évaluation a été réalisée en 1991¹⁴⁹ et a montré que pour 59 % des personnes ayant bénéficié d'une mesure

¹⁴⁶ - Ce que note le ministre de la Justice dans sa circulaire sur l'application de la loi : circulaire n° 71-8 du 25 août 1971.

¹⁴⁷ - Circulaire CAB 87-02 du 12 mai 1987 (NOR : JUSA8700057C) : coopération entre les autorités judiciaires et les autorités sanitaires et sociales pour l'application de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses.

¹⁴⁸ - Circulaire CAB du 7 novembre 1988 (NOR : JUSA8900008X).

¹⁴⁹ - Par l'INSERM, U.302.

d'injonction, celle-ci a été l'occasion d'un premier recours aux soins. Ce rôle de l'injonction thérapeutique comme accès aux soins sera souvent rappelé par la suite.

En février 1993, le ministre de la Justice fait le point sur la mesure d'injonction thérapeutique¹⁵⁰: le renforcement de la lutte contre la drogue au quotidien, devant impliquer un accroissement de la répression et *l'établissement d'un nombre croissant de procédures à l'égard des toxicomanes*. Dans ce cadre répressif, les objectifs de santé publique sont réaffirmés en ces termes : *il convient de veiller à ce que les modes d'intervention ne contredisent pas les efforts mis en œuvre par ailleurs pour la prévention du sida*. Cette prise de position nouvelle peut être interprétée comme une réponse aux critiques adressées au système répressif par les associations de lutte contre le sida qui présentent l'action des forces de l'ordre comme le premier obstacle à la politique de réduction des risques.

Cette circulaire demande une généralisation du recours à l'injonction thérapeutique à l'ensemble du territoire, le nombre de mesures prononcées, environ 4 000 par an, n'étant pas proportionné à l'ampleur du phénomène¹⁵¹. Or, il apparaît que le nombre d'injonctions prononcées dans les départements peut résulter de la situation géographique (région parisienne, zones frontalières) mais aussi être *fonction des politiques policières, judiciaires et sanitaires mises en œuvre au plan local*. Dans un souci d'uniformisation de cette mesure, le ministre annonce la transmission d'une note technique d'information et le renforcement des moyens financiers portés à 14 millions de francs pour 1993 contre 11 millions en 1992.

Le développement de l'injonction thérapeutique est également un objectif affiché par le plan gouvernemental de lutte contre la drogue du 21 septembre 1993. Une réponse ministérielle¹⁵² à ce propos indique ainsi : *un effort financier significatif a été fait afin de concrétiser la volonté gouvernementale de voir se développer cette mesure sur l'ensemble du territoire français*. Cette réponse fait état d'une circulaire prochaine conjointe des ministères de la Justice et de la Santé pour relancer cette mesure.

Il faudra en fait attendre le début de l'année 1995 pour que cette circulaire soit effectivement adressée aux préfets et procureurs généraux et de la République¹⁵³. Cette circulaire fixe les conditions dans lesquelles l'usage de l'injonction thérapeutique pourrait être étendu, non seulement sur le territoire français, mais dans les affaires susceptibles de recevoir une telle orientation.

Ainsi, et pour la première fois, il est envisagé d'utiliser l'injonction thérapeutique, alors même que l'usager a été interpellé à l'occasion d'un autre délit. Dans ce cas de figure (délit d'usage plus autre délit), selon la gravité, le parquet disposera de trois modalités

¹⁵⁰ - Circulaire CRIM 93-03 E du 15 février 1993 (NOR : JUSD9330007C).

¹⁵¹ - Ne serait-ce qu'au regard du nombre des interpellations, environ 60 000 par an, voir deuxième chapitre.

¹⁵² - Rép. min. n° 4452 : J.O. SénatQ, 17 mars 1994, p. 605.

¹⁵³ - Circulaire conjointe DGLDT/CRIM/DGS n° 20 C du 28 avril 1995, relative à l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique, B.O. Justice n° 58 du 30 juin 1995.

pour le traitement de l'affaire : choisir la poursuite, associer une injonction thérapeutique à une poursuite pour le délit connexe, prononcer une injonction thérapeutique en classant le délit connexe. Dans le même ordre d'idée, quand un juge d'instruction découvre qu'il a affaire à un usager dans le cadre d'une procédure, il peut transmettre cette information au parquet afin que celui-ci puisse éventuellement mettre en place une injonction thérapeutique.

Rien ne s'oppose à ce qu'un même usager fasse l'objet de plusieurs mesures d'injonctions thérapeutiques successives mais la crédibilité de cette mesure nécessite un retour d'information de la part des autorités sanitaires afin qu'en cas de manquement, le parquet puisse engager les poursuites sans délai.

Ce texte innove donc sur deux points. Tout d'abord, l'injonction thérapeutique n'est plus réservée au seul usage simple, ce qui était l'esprit des circulaires antérieures. La réponse sanitaire est de nouveau privilégiée, s'écartant de la tendance précédente, d'une répression ferme. Ensuite, elle peut empiéter sur le domaine de l'obligation de soins définie par les articles L.628 alinéa 2 CSP, puisque le juge d'instruction peut désormais opter entre une obligation de soins, sous contrôle judiciaire, et une saisie du parquet sur les faits d'usage de stupéfiants.

Cette circulaire rappelle néanmoins que l'injonction thérapeutique est une alternative aux poursuites mais qu'elle n'est pas la seule, le parquet pouvant également recourir au classement sans suite de la procédure avec signalement à la DDASS, et au classement sans suite avec avertissement.

Les pratiques des tribunaux montrent ainsi le recours à des classements sous condition de soins, ou avec incitation aux soins, voire le recours au texte sur la médiation pénale pour provoquer la rencontre entre l'usager de stupéfiants et les professionnels du champ sanitaire. Nous allons y revenir à plusieurs reprises.

Enfin, l'indication de l'injonction thérapeutique doit être bien posée : *il conviendrait, à cet égard, que ne fassent l'objet d'injonctions thérapeutiques que les usagers de stupéfiants tels que l'héroïne ou la cocaïne, ou ceux qui s'adonnant au cannabis en font une consommation massive, répétée ou associée à d'autres produits (médicaments, alcool...)*¹⁵⁴.

Cette restriction, en termes de produits, va à l'encontre de la pratique des juridictions, certaines réservant l'injonction thérapeutique aux usagers de haschich. En cela, au lieu de relancer la mesure, elle pourrait bien au contraire freiner son développement (voir à ce propos le deuxième et le quatrième chapitres).

¹⁵⁴ - Même circulaire, p.4, souligné dans le texte.

(b) Les autres obligations de soins

La surveillance sanitaire sous les différentes formes que nous venons de voir est proposée comme une alternative aux poursuites pénales, donc à l'entrée de la partie judiciaire du traitement pénal. En aval, d'autres recours aux soins existent, se situant après la mise en œuvre par le parquet des poursuites pénales.

Deux autres obligations de soins existent dans le dispositif de la loi de 1970 : la cure de désintoxication ordonnée par le juge d'instruction ou le juge des enfants (art. L.628-2 CSP) et celle prononcée par une juridiction de jugement (art. L.628-3 CSP). Elles sont tombées en désuétude et ont été remplacées par des dispositions de droit commun dans les pratiques des juridictions. Aujourd'hui, quatre dispositions principales sont utilisées pour imposer une obligation de soins à un usager de stupéfiants.

La première s'inscrit dans le cadre du contrôle judiciaire : le juge dans le cas d'une instruction ou le magistrat du parquet dans le cas d'une convocation par procès-verbal peut requérir une obligation de soins. Cette voie de procédure était explicitement indiquée dans la circulaire du 12 mai 1987, comme devant être choisie lorsque *l'usager refuse l'alternative thérapeutique ou si, l'ayant initialement acceptée, il s'y soustrait*. Le recours au contrôle judiciaire de manière générale, par les mesures d'assistance et d'accompagnement qu'il propose paraît bien adapté au cas des toxicomanes.

La seconde obligation de soins peut être prononcée par la juridiction de jugement dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve. Ainsi le nouveau code pénal, dans ses dispositions relatives au sursis avec mise à l'épreuve prévoit les obligations que peut imposer la juridiction de condamnation ou le juge de l'applications des peines, à l'article 132-45, et plus particulièrement à l'alinéa 3 : *se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation*. Ces mesures ne sont pas spécifiques aux seuls toxicomanes mais leur sont applicables et existaient antérieurement (à l'article R. 58-4 du code pénal). En cas de non-respect de l'obligation de soins, le sursis prononcé est révoqué.

La circulaire du 12 mai 1987 précitée prévoit également le recours à cette modalité, en particulier dans les cas d'usager-trafiquant ou d'usager auteur d'un autre délit. La répression pénale et donc la condamnation n'exclut pas forcément la dimension curative d'autant plus que celle-ci aurait un impact sur la prévention de la récidive.

Les tribunaux peuvent également prononcer à l'égard des usagers des ajournements de peine avec mise à l'épreuve. Cette modalité a été reprise par le nouveau code pénal, article 132-63.

La quatrième obligation de soins intervient après une condamnation à une peine d'emprisonnement ferme : dès lors qu'une personne condamnée à une peine de prison

ferme a effectué la moitié de sa peine, le juge de l'application des peines peut la faire bénéficier d'une libération conditionnelle, assortie de conditions particulières (art. 729 s. du CPP).

La mise en œuvre de ces textes n'a pas fait l'objet d'études systématiques et les ouvrages destinés aux praticiens escamotent assez facilement ces dispositions. On peut ainsi lire : « *A l'expérience, l'astreinte s'est révélée inefficace. Tout au plus les toxicomanes étaient-ils sevrés physiquement, mais leur problèmes plus profonds n'étaient pas traitées du fait qu'ils n'adhéraient pas vraiment à un traitement suivi sous la contrainte et le taux de rechute était considérable. De ce fait, l'astreinte est tombée en désuétude* »¹⁵⁵. Or les expériences locales montrent bien au contraire leur utilisation souvent très dense dans certaines juridictions (voir *infra*).

La déconcentration des services de l'Etat au début des années 1980, bien que ne touchant pas les services des ministères de l'Intérieur et de la Justice, va entraîner une nouvelle stratégie basée sur la notion de proximité.

La lutte contre la toxicomanie se fonde peu à peu dans la lutte contre la délinquance et l'insécurité urbaine pour le volet répressif et dans la lutte contre le sida pour le volet sanitaire. Des réponses doivent être apportées aux incivilités pour rassurer l'opinion publique, et à la prévention du sida, il s'agit de la réduction des risques. Parallèlement, les toxicomanes sont identifiés comme des exclus ne bénéficiant même pas d'une couverture sociale (Trouvé, Malivoire de Camas, IGAS, 1989). Or l'assistance et la lutte contre l'exclusion font traditionnellement partie des attributions des communes, ce qui parachève ce glissement : l'action de proximité doit les inclure comme population-cible.

D/ Le dispositif local

Le partage des compétences entre l'Etat et les collectivités locales est issu des lois de 1982 et 1983¹⁵⁶. Celles-ci transfèrent aux collectivités locales de larges compétences en matière d'action économique, de formation professionnelle, d'urbanisme et d'aménagement du territoire. Ces textes seront ensuite complétés et cette compétence du local sera étendue à d'autres niveaux, en particulier celui de l'action sociale.

Par contre, le service public de la Justice reste clairement de la compétence de l'Etat (art. 87 de la loi du 7 janvier 1983). Néanmoins, des services particuliers ont fait l'objet dès cette époque d'un partage des compétences, par exemple par la mise en place d'une politique départementale de l'Education surveillée¹⁵⁷.

¹⁵⁵ - *Les pratiques professionnelles du pénal*, Triangle Edition, 1992.

¹⁵⁶ - Loi du 2 mars 1982 et loi n° 83-8 du 7 janvier 1983, *J.O.* du 8/1/83.

¹⁵⁷ - Circulaire ES 83-60 DIR du 11 avril 1983, *B.O.* ministère de la Justice n° 10 du 30/6/1983.

La déconcentration des services chargés de la répression, de la prévention de la délinquance mais aussi de ceux porteurs de missions sanitaires donne au dispositif local une place qui s'accroît régulièrement au cours des années 1990. Cette déconcentration s'est opérée très tôt en ce qui concerne l'agrément des établissements et des médecins chargés de la lutte contre la toxicomanie, puisqu'elle date de 1977¹⁵⁸.

Pourtant l'aspect financier de la gestion des services de lutte contre la toxicomanie a suivi le mouvement inverse, dépendant des départements jusqu'au 1er janvier 1984, transféré à l'Etat ensuite. A titre transitoire jusqu'au 31 décembre 1989 un certain nombre d'établissements sont alors gérés par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, après un recensement exhaustif des personnels concernés¹⁵⁹. A partir de 1990, ces services sont gérés directement par les services extérieurs de l'Etat¹⁶⁰.

Schématiquement, la répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales sur les questions de la délinquance englobant la toxicomanie, a connu trois étapes (Gleizal, 1994). Les années 1970 à 1982 s'inscrivent dans une logique d'ordre public dominée par la répression. Suite au rapport Bonnemaïson (1983), la politique glisse sur le terrain de la sécurité publique et à une logique de prévention. Le bilan fait à partir du début des années 1990 globalement négatif, entraînera un retour au pouvoir de l'Etat avec une redéfinition de ses relations avec les collectivités locales sous la forme de conventions. Ces deux dernières étapes se traduisent par la mise en place d'organes territoriaux que nous allons maintenant décrire. Le problème de la toxicomanie sera tour à tour l'objet de dispositions spécifiques ou d'une sous-partie d'une organisation plus généraliste sur la question de la délinquance.

(a) Les conseils départementaux et communaux de prévention de la délinquance (CDPD) et les actions de prévention pour la sécurité dans la ville

Des structures sont mises en place au niveau national pour l'étude de la violence dès le milieu des années 1970 : le comité d'études sur la violence, la criminalité et la délinquance¹⁶¹ et le comité d'application du rapport sur la violence¹⁶². En 1978 sont créés le comité national et les comités départementaux de prévention de la violence et de la criminalité¹⁶³.

¹⁵⁸ - Circulaire du ministre de la Santé du 12 septembre 1977, DGS/2346/AS2.

¹⁵⁹ - Recensement demandé par la circulaire DGS/104/2D du 22 janvier 1988.

¹⁶⁰ - Circulaire DGS/2D n° 204 du 21 février 1989, BOSSPS n° 17 du 8/6/89.

¹⁶¹ - Décret du 23 mars 1976.

¹⁶² - Décret n° 77-1114 du 3 octobre 1977.

¹⁶³ - Décret n° 78-246 du 28 février 1978 portant création d'un comité national et de comités départementaux de prévention de la violence et de la criminalité, *J.O.* du 9 mars 1978, p. 967.

La création d'un conseil national et des conseils départementaux et communaux de prévention de la délinquance date du 8 juin 1983¹⁶⁴. Le Premier ministre en diffuse l'information aux commissaires de la République en octobre 1983¹⁶⁵ et précise les missions et fonctionnement de ces conseils. La création des conseils communaux de prévention de la délinquance est laissée à l'initiative des conseils municipaux, une liste de dix-huit communes pilotes étant annexée à cette lettre. Le Premier ministre recommande notamment que dans les départements comportant un correspondant de la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie, celui-ci soit associé au conseil départemental de prévention de la délinquance afin d'établir une bonne coopération entre toutes les actions.

Le ministre de la Justice donne des directives pour l'application du décret du 8 juin 1983¹⁶⁶ en assignant aux procureurs de la République deux tâches en tant que représentants de la Justice dans les conseils départementaux : fournir des renseignements statistiques sur l'importance et la nature des contentieux traités et informer les conseils de la politique pénale menée dans leur ressort.

Les contrats d'action de prévention pour la sécurité dans la ville font quant à eux l'objet d'une mise en place par le Premier ministre en 1985¹⁶⁷ : *il s'agit d'une nouvelle forme d'intervention de nature contractuelle*. A cette date, plus de 300 conseils communaux et départementaux ont été installés. Le budget du Conseil national de prévention de la délinquance sera doublé entre 1984 et 1985, de 24 à 48 millions de francs. Les contrats sont passés entre l'Etat et une collectivité locale disposant d'un conseil de prévention suivant les dispositions du décret du 8 juin 1983. La diffusion de cette circulaire par le ministre de la Justice¹⁶⁸ insiste plus particulièrement sur les actions de prévention telles que les mesures de réinsertion sociale, le développement du contrôle judiciaire et du travail d'intérêt général, les dispositifs d'aide aux sortants de prison. Une circulaire spécifique à l'application des peines insistera sur les mêmes actions¹⁶⁹.

Une circulaire du ministre de la Justice du 8 octobre 1990¹⁷⁰ indique que pour cette année, le nombre de conseils communaux de prévention de la délinquance a été porté à 660 et que 369 contrats action-prévention ont été passés entre les collectivités locales et l'Etat. Cette circulaire met l'accent sur la nécessité que ces actions soient recentrées sur les publics les plus marginalisés, et notamment les populations prises en charge par la Justice.

¹⁶⁴ - Décret n° 83-459 du 8 juin 1983.

¹⁶⁵ - Le Premier Ministre à MM. les commissaires de la République, 14 octobre 1983, n° 1637/SG.

¹⁶⁶ - Circulaire CRIM 83-31 bis du 1er décembre 1983.

¹⁶⁷ - Circulaire du Premier ministre, n° 2004/SG du 27 février 1985.

¹⁶⁸ - Circulaire CRIM 85-7 E5 du 29 mars 1985.

¹⁶⁹ - Circulaire AP 85-30 GH2 du 12 novembre 1985, comporte en annexe la liste des projets intégrés dans des contrats d'action et de prévention par établissement pénitentiaire.

¹⁷⁰ - Circulaire CRIM.90 11/ES du 8 octobre 1990 (NOR : JUSD9030082C).

Une circulaire du Premier ministre en date du 8 juillet 1991 rappelle par ailleurs que l'action de ces conseils doit faire le lien avec les mesures de droit commun pour lesquelles les préfets disposent de moyens, dont les crédits de lutte contre la toxicomanie.

Les conseils départementaux et communaux de prévention de la délinquance sont redéfinis par décret du 1er avril 1992¹⁷¹ : les premiers sont créés dans chaque département, les seconds sont laissés à l'initiative des conseils municipaux. Le conseil départemental est présidé par le préfet, le président du conseil général et le procureur de la République en sont vice-présidents. Des magistrats siègent également : le président du tribunal de grande instance du chef-lieu du département, un juge de l'application des peines et un juge des enfants de chacun des tribunaux de grande instance du département. Le conseil communal est présidé par le maire de la commune et comprend le procureur de la République du tribunal de grande instance dans le ressort duquel est située la commune ou son délégué.

Le garde des Sceaux fait ainsi une communication le 3 juin 1992 d'où il ressort que la Justice se doit d'être plus présente face à la délinquance urbaine. En matière de toxicomanie, priorité sera donnée à l'interpellation des usagers revendeurs et petits trafiquants de drogue et la prise en charge par les instances sanitaires des toxicomanes suivis judiciairement sera facilitée par des conventions d'objectif conclues dans les départements les plus touchés par le phénomène de la drogue.

Dans une circulaire du 8 octobre 1992¹⁷², le ministre de l'Intérieur note cependant que la répression du trafic régional et international de stupéfiants relève de la police judiciaire et que celle-ci ne peut compromettre cette mission en dispersant ses moyens et ses efforts sur les petits trafics locaux, le *deal* de rue et les multiples faits d'usage. Il indique le rôle du directeur départemental de la police nationale qui se fera assister d'un correspondant impliqué en matière de lutte contre la toxicomanie. Ce dernier devra entre autres *organiser techniquement le fichier départemental des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants, la centralisation des données techniques, humaines, géographiques et juridiques relatives à la toxicomanie et leur consultation par les services.*

Les priorités définies par le 1er ministre pour l'année 1993 sont les suivantes : consolider la génération des adultes dans son rôle d'éducation, lutter contre les toxicomanies, prévenir les récidives et aider les victimes¹⁷³.

Dans ce cadre, le ministre de l'Intérieur¹⁷⁴ définit des conventions départementales d'objectifs (dans quinze départements prioritaires). Deux types d'actions sont prioritaires : le développement de l'injonction thérapeutique pour les usagers n'ayant pas commis

¹⁷¹ - Décret n° 92-343 du 1er avril 1992 (NOR : VILM9100035D), *J.O.* du 2 avril 1992, pp. 4735-4736.

¹⁷² - Circulaire du 8 octobre 1992 (NOR : INTC9200282C).

¹⁷³ Lettre aux préfets du 23 décembre 1992 (3.824/SG), complétée par une lettre du Secrétaire d'Etat à la ville, même date.

¹⁷⁴ - Circulaire du 14 janvier 1993 (NOR : INTK9300009C).

d'autres infractions et une réponse répressive pour ceux coupables d'autres infractions. Ces actions nécessitent que l'ensemble des données relatives à la toxicomanie puisse être recueilli sous l'autorité du procureur de la République. Ces nouvelles actions vont être mises en œuvre dans le cadre des plans départementaux de sécurité.

Le soutien aux CCPD et CIPD est un objectif défini par la circulaire interministérielle du 19 mai 1994 donnant les instructions pour 1994 en matière de prévention de la délinquance et de lutte contre l'insécurité en milieu urbain. Une part importante de cette circulaire est consacrée aux modalités de mise en œuvre au plan local, qui définit ces structures comme éléments clés des stratégies adoptées : *les dispositifs CCPD et DPD créés en 1983, améliorés en 1992 sont les outils de droit commun pour une approche locale et partenariale des problèmes et l'élaboration de stratégies concertées et cohérentes*. Différentes stratégies de coordination sont définies par cette circulaire, la création d'un conseil intercommunal CIPD incluant le CCPD existant étant décrit comme la meilleure solution.

Le conseil départemental de prévention de la délinquance est redéfini par la circulaire du Premier ministre du 9 juillet 1996¹⁷⁵. Le nouveau dispositif comporte trois niveaux pour la lutte contre la drogue et la toxicomanie : un niveau de direction composé du préfet et du chef de projet, un niveau de coordination consistant en un comité restreint de lutte contre la drogue et la toxicomanie (le procureur de la République ainsi que les magistrats du siège seront invités à participer aux réunions) et un niveau de concertation représenté par le CDPD qui inscrira à l'ordre du jour de chacune de ses réunions la lutte contre la drogue.

(b) Les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie

Parallèlement à cette déconcentration de la prévention de la délinquance, au niveau local, la politique du gouvernement en matière de toxicomanie trouve ses prolongements par les bureaux de liaison de la lutte contre la toxicomanie, mis en place en 1971. Ils sont remplacés ensuite par les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie.

Ces comités ont été créés par une circulaire du Premier ministre en date du 6 décembre 1985¹⁷⁶. Après rattachement de la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie en 1985¹⁷⁷, cette circulaire veut lui donner un prolongement local *pour coordonner et animer au niveau local, et vis-à-vis des services extérieurs de l'Etat et des collectivités locales, l'ensemble des actions de lutte contre la toxicomanie*.

¹⁷⁵ - Circulaire Premier ministre du 9 juillet 1996 (NOR : PRMX9601581C), *J.O.* du 10/7/96, pp. 10392-10394.

¹⁷⁶ - Circulaire du 6 décembre 1985, *B.O.* Justice n° 21 du 31 mars 1986.

¹⁷⁷ - Décret n° 85-191 du 7 février 1985.

La circulaire du Premier ministre aux préfets en date du 23 janvier 1986 rappelle que la lutte contre la toxicomanie est l'une des priorités du Conseil National de Prévention de la délinquance, *compte tenu des interactions entre toxicomanie et délinquance*. Or, du fait de la spécificité de la lutte contre la toxicomanie, des dispositifs sanitaires à mettre en place et du besoin d'assistance et de coordination au plan local, un dispositif permanent spécialisé doit exister au plan départemental ; c'est le rôle du comité départemental de lutte contre la toxicomanie.

Ce comité n'a pas de composition préétablie, il doit réunir des élus locaux, des représentants des associations qui interviennent dans le domaine de la toxicomanie, des personnalités qualifiées, etc. Sa composition est en partie similaire à celle du conseil départemental de prévention de la délinquance.

Enfin, dans les grandes agglomérations, il pourra être opportun de lui adjoindre un comité communal de lutte contre la toxicomanie. A terme, cette circulaire prévoit *la fusion des groupes spécialisés du conseil de prévention de la délinquance avec le comité de lutte contre la toxicomanie*.

L'Administration pénitentiaire manifeste aussitôt sa volonté d'être impliquée dans ce projet et demande qu'un représentant local, et plus précisément un membre du CPAL soit nommé dans chaque département pour siéger dans ce comité¹⁷⁸.

Dans ce cadre, une circulaire du ministère de l'Intérieur présente quelques mois après les mesures de police concourant à la lutte contre la toxicomanie¹⁷⁹. Les services de police se voient ainsi confier la tâche de centraliser les informations en matière d'usage de stupéfiants : interpellations pour usage, décès par surdose, mais aussi sevrages physiques, admissions aux urgences relevés auprès des services sanitaires. Outre une surveillance des lieux connus pour le trafic, la vente et l'usage de stupéfiants avec une attention particulière aux lieux d'enseignement, les services de police et de gendarmerie se voient confier la mission de participer aux programmes départementaux de prévention et d'information contre la toxicomanie. Cette circulaire rappelle en outre les mesures de fermeture qui peuvent viser les établissements accueillant du public en cas d'infraction à la législation sur les stupéfiants. Elle rappelle enfin les dispositions en vigueur en matière de circulation routière et de police des étrangers.

Une enquête est lancée par la MILDT pour effectuer une synthèse sur le fonctionnement des CDLT de 1986 à juin 1989. Un premier document de travail a été remis à la MILDT le 20 février 1990, dont une note fait le bilan¹⁸⁰. Elle conclut à la nécessité d'aborder la toxicomanie de manière spécifique, donc dans une action distincte de celle visant la délinquance, ce qui nécessite de séparer CDLT et CDPD.

¹⁷⁸ - Circulaire AP 86-08 GH2 du 28 janvier 1986, *B.O.* Justice n° 21 du 31 mars 1986.

¹⁷⁹ - Circulaire n° 86-375 du 23 décembre 1986, Mesures de police concourant à la lutte contre la toxicomanie, non publiée.

¹⁸⁰ - Note du 22 février 1990, Les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie.

Pourtant le bilan de fonctionnement des CDLT montre que si 79 pour 100 des préfectures en avaient créé au départ, seuls 30 pour 100 des départements comportent encore un CDLT en 1994, la plupart des départements ayant opté pour le traitement des questions de toxicomanie par les CDPD. Il est dès lors décidé en septembre 1995¹⁸¹ de ne pas maintenir les deux structures. Le Premier ministre demande aux préfets de désigner un chef de projet et annonce la définition d'un organe départemental de concertation qui prendra le relais des CDLT¹⁸². Les CDLT disparaissent mais le CDPD comporte un comité restreint de lutte contre la drogue et la toxicomanie et se réunit sous un ordre du jour « lutte contre la drogue et la toxicomanie » afin de ne pas réduire la prévention de la toxicomanie à la prévention de la délinquance¹⁸³.

(c) Les plans départementaux de sécurité

Après la création de directions départementales de la sécurité publique¹⁸⁴, le ministre de l'Intérieur définit les grands axes de leur mission dans le cadre des plans départementaux de sécurité¹⁸⁵. Il rappelle ainsi que le plan départemental de sécurité *est un document qui, dès lors qu'il est arrêté, vaut instructions pour les divers services de police, de gendarmerie ou de douane concernés*. Le directeur départemental de la sécurité publique est nommé par arrêté du ministre de l'Intérieur, parmi les contrôleurs généraux ou les commissaires de police (art. 2). Le directeur départemental est le conseiller du préfet en matière de sécurité publique (art. 4). Son rôle est par ailleurs précisé dans une autre circulaire du même jour¹⁸⁶.

Le plan départemental de sécurité repose sur la coopération entre préfet et procureur. Pour ce faire, un comité départemental est créé.

La circulaire interministérielle du 9 septembre 1993, portant création des plans départementaux de sécurité, leur assigne quatre missions prioritaires : la lutte contre les violences urbaines, la lutte contre la drogue, la lutte contre la petite et moyenne délinquance et la lutte contre l'immigration irrégulière et le travail clandestin.

Une circulaire du 22 mars 1996¹⁸⁷ du ministre de la Justice rappelle que la lutte contre les violences en milieu scolaire doit être une priorité des plans départementaux de sécurité ;

¹⁸¹ - Lors de la réunion du comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie le 14 septembre 1995.

¹⁸² - Circulaire n° 4.278 du 5 octobre 1995, Lutte contre la drogue et la toxicomanie.

¹⁸³ - Circulaire premier Ministre du 9 juillet 1996 (NOR : PRMX9601581C), *J.O.* du 10/7/96, pp. 10392-10394.

¹⁸⁴ - Décret n° 93-1031 du 31 août 1993 (NOR : INTC9300491D).

¹⁸⁵ - Circulaire du 9 septembre 1993 (NOR : INTC9300211C).

¹⁸⁶ - Circulaire du 9 septembre 1993 relative au rôle du directeur départemental de la sécurité publique (NOR : INTC9300212C).

¹⁸⁷ - Circulaire CRIM 96-07 E1/22 du 22 mars 1996 : Lutte contre la violence en milieu scolaire, (NOR : JUSD9630033C), *B.O. Justice* n° 96/41, pp. 140-144.

dans ce cadre, *ils devront déterminer, en tenant compte des particularismes locaux, les phénomènes de délinquance contre lesquels il convient de lutter plus particulièrement, tel le racket en milieu scolaire, les violences avec arme, les outrages à personne dépositaire de l'autorité publique ou les infractions à la législation sur les stupéfiants.*

La réorganisation du cadre départemental est apparue nécessaire après le comité interministériel du 14 septembre 1995. Selon un rapport de l'inspection générale du ministère de l'Intérieur, la plupart des départements traitent les problèmes de drogue au sein des conseils départementaux de prévention de la délinquance, au détriment des conseils départementaux de lutte contre la toxicomanie¹⁸⁸. La coexistence des deux structures apparue inutile, le Premier ministre¹⁸⁹ indique que la direction de la politique départementale de lutte contre la drogue et la toxicomanie est désormais assurée par le préfet.

Le ministre de la Justice diffuse cette information pour attribution en septembre de la même année¹⁹⁰. Après un rappel des trois niveaux de décision institués, le ministre de la Justice souligne que cette nouvelle organisation ne concerne en rien l'action pénale : *le domaine d'action de ce nouveau dispositif n'inclut évidemment pas les aspects répressifs de la lutte contre la drogue et plus généralement l'exercice de l'action publique en la matière qui continuent de s'inscrire dans le cadre des plans départementaux de sécurité. La compétence des chefs de projet, du comité restreint et du CDPD en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie concerne les secteurs de la prévention, des soins et de l'insertion des toxicomanes.* La conclusion du ministre de la Justice étant que ses services doivent contribuer à ce nouveau dispositif mais *dans le respect de la spécificité de l'intervention judiciaire.*

Le Pacte de relance pour la ville complète les plans départementaux de sécurité par des plans départementaux de prévention de la délinquance, afin de recentrer l'action sur une prévention spécialisée à destination des jeunes.

(d) Le conseil national des villes et les conseils locaux de prévention de la délinquance

Le conseil national et le comité interministériel des villes et du développement social urbain sont créés par décret du 28 octobre 1988¹⁹¹ qui définit les priorités de la politique nationale des villes. Le renforcement de la prévention de la délinquance et des toxicomanies y figure en quatrième position.

¹⁸⁸ - Voir A.S.H. du 12 juillet 1996, p. 9.

¹⁸⁹ - Circulaire du 9 juillet 1996, *J.O.* du 10/07/1996.

¹⁹⁰ - Circulaire du 19 septembre 1996, Objet : circulaire du Premier ministre du 9 juillet 1996 relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental, (NOR : JUSA9600304C).

¹⁹¹ - Décret n° 88-1015 du 28 octobre 1988, *J.O.* du 3/11/1988, page 13798.

Dans le cadre de la politique de la ville et de la prévention de la délinquance définie pour l'année 1990, le rôle de la police est souligné par le ministère de l'Intérieur¹⁹². L'action des services de police dans ce domaine s'articule autour de sept axes dont l'accueil du public, l'îlotage, les campagnes de prévention et la prévention des toxicomanies : *chaque service de police doit disposer de fonctionnaires formateurs relais anti-drogue... l'action policière en ce domaine doit trouver sa juste place dans la politique locale mise en place*. Rappelons que les formateurs anti-drogue ont été mis en place par une instruction du 9 janvier 1984¹⁹³.

A partir de l'année 1990, une nouvelle étape de cette politique est définie¹⁹⁴. La prévention locale des toxicomanies est la troisième priorité retenue après l'insertion sociale des jeunes en difficultés dans la cité et les actions menées en concertation avec les établissements scolaires. Les conseils locaux de prévention de la délinquance travaillent sur des contrats de trois ans entre l'Etat et les collectivités locales.

Une participation de l'Etat est prévue au financement d'agents de développement local qui assureront une permanence des travaux des conseils locaux. Cette étape ne se substitue pas au conseil de départemental de prévention de la délinquance qui doit au contraire pleinement y participer.

La note d'orientation en ce qui concerne la prévention locale de la toxicomanie est ainsi rédigée : *Comme avec d'autres phénomènes, les liens entre la toxicomanie et la délinquance sont établis. A cet égard, la collaboration existant au niveau national entre la délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et la délégation à la lutte contre la drogue et la toxicomanie doit se traduire sur le terrain par une grande attention portée par les conseils communaux à cet aspect de la délinquance...*

(e) Les conventions d'objectifs et les réseaux ville-hôpital

Au niveau sanitaire également, le transfert à l'Etat de certaines compétences antérieures des départements a nécessité une re-précision de ces compétences. Ainsi, nombre de conventions avaient été signées entre des associations à but non lucratif gérant des actions sanitaires contre la toxicomanie et des départements. Sauf cas particuliers nécessitant que la convention soit réactualisée, une simple substitution existe de fait entre l'Etat et le département¹⁹⁵.

¹⁹²- Instruction du 4 août 1990.

¹⁹³- Modifiée par l'instruction du 5 août 1991.

¹⁹⁴- Circulaire Premier ministre n° 3605/SG du 17 août 1990, NOR : PRMG9030043C.

¹⁹⁵- Lettre-circulaire DGS/106/2D du 22 février 1984 relative aux actions sanitaires de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme, *B.O. santé* n° 88-23bis, pp. 59-60.

Ce transfert de compétence a néanmoins posé de sérieux problèmes en ce qui concerne le financement par l'Etat des structures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, certaines d'entre elles se retrouvant en état permanent de rupture de trésorerie, ce que note le ministre des affaires sociales¹⁹⁶.

Les conventions d'objectifs sont présentées dans les circulaires du 14 janvier 1993¹⁹⁷. Elles doivent répondre entre autres au souci "d'améliorer le réseau de prise en charge et de soins des toxicomanes" dans le cadre de la politique de la ville. Il est demandé aux quinze départements prioritaires de la politique de la ville, auxquels il est prévu d'ajouter le département de Paris, d'élaborer une convention départementale d'objectifs¹⁹⁸ afin de "*renforcer le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes relevant de la Justice*". S'inscrivant dans des objectifs sécuritaires, ces conventions doivent notamment contribuer à favoriser "*la cohérence des réponses apportées aux toxicomanes d'un département et de coordonner les différents dispositifs de manière à ce que leurs actions soient complémentaires*". Ce dispositif est applicable à 16 départements à titre expérimental. Les conventions seront conclues pour une durée de un an renouvelable.

Deux objectifs prioritaires sont définis par le ministère de la Justice¹⁹⁹ dans ce cadre : généraliser sur le territoire français le recours à l'injonction thérapeutique pour les simples usagers de stupéfiants, donner une réponse répressive diversifiée pour les usagers coupables d'autres infractions. La finalité de ce deuxième objectif est *d'accompagner sur le plan sanitaire et social l'ensemble des mesures de sûreté et des peines ordonnées par les juridictions à l'égard des délinquants toxico-dépendants*.

Le financement de ces conventions d'objectifs reste à la charge de l'Etat, sur des crédits interministériels. Il est prévu qu'une partie significative des crédits soit consacrée à *renforcer les réponses aux toxicomanes relevant de la Justice*.

Le développement des réseaux ville-hôpital fait l'objet de la circulaire du 7 mars 1994²⁰⁰. Il s'appuie sur la mise en place dès 1991 de réseaux ville-hôpital centrés sur la prise en charge des patients infectés par le VIH. Les réseaux sont destinés à améliorer la prise en charge concertée des toxicomanes en favorisant l'échange et la communication entre les divers intervenants appelés à accueillir, soigner ou orienter ces patients. Il répond au souhait des toxicomanes (?) de continuer à être pris en charge en ambulatoire par leur médecin de ville tout en continuant "à bénéficier du plateau technique et de

¹⁹⁶ - Circulaire n° 738/2d du 19 juillet 1985, relative au financement des structures sanitaires de prévention et de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies, *B.O. santé* n° 88-23bis, pp. 65-66.

¹⁹⁷ - Circulaire du 14 janvier 1993 (NOR : INTK9300009C).

¹⁹⁸ - Annonce faite par le garde des Sceaux au conseil des ministres du 3 juin 1992 sur les réponses à la délinquance urbaine.

¹⁹⁹ - Note CRIM du 14 janvier 1993, *B.O. Justice* n° 49 du 31 mars 1993.

²⁰⁰ - Circulaire DGS-DH n° 15 du 7 mars 1994 relative aux lits réservés pour les cures de sevrage dans les services hospitaliers et au développement des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues.

l'infrastructure hospitalière". Le réseau doit s'appuyer au minimum sur un site hospitalier, et en son sein sur plusieurs services aussi bien psychiatriques que somatiques, et sur les médecins généralistes impliqués dans la prise en charge.

La circulaire du 11 janvier 1995 informe du fonctionnement de 12 réseaux ville-hôpital et du projet de création de 10 nouveaux réseaux en 1995. Le ministre de la Santé rappelle que les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et que plusieurs services hospitaliers doivent y être impérativement associés. La circulaire du 3 avril 1996 précise qu'à cette date 22 réseaux ville-hôpital sont fonctionnels ²⁰¹.



²⁰¹ - Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996.

L'ensemble des textes étudiés ici montre que si le débat public sur la dépénalisation de l'usage de stupéfiants a toujours été esquivé, les pratiques des institutions chargées de la mise en œuvre de la loi de 1970 ont subi de très nettes réorientations sur les vingt-cinq années considérées ; la lutte contre la toxicomanie y a perdu sa spécificité.

Au niveau répressif, elle est écartelée entre la répression du trafic de stupéfiants, objectif prioritaire d'ordre public, et les politiques d'action de proximité l'englobant dans la prévention de la délinquance.

Au niveau sanitaire, les toxicomanes sont redéfinis comme une population en risque d'exclusion sociale, population-cible des réseaux locaux et souffrant de pathologies graves, donc relevant à ce titre d'une lutte plus globale contre le sida.

L'objectif de départ assigné à l'injonction thérapeutique de soigner des toxicomanes en les incitant à subir une cure est redéfini de façon beaucoup plus pragmatique comme une tentative pour les rapprocher des structures de soins et éviter qu'ils ne soient à la fois des laissés pour compte de la protection sociale et des vecteurs de propagation de maladies graves. On est bien loin de l'argument principal de 1970 en faveur du soin imposé, à savoir que la société qui apporte la santé gratuite à tous, peut bien en retour exiger que les personnes se soignent.

Malgré un texte généraliste englobant tous les produits et tous les usagers, les institutions tant judiciaires que sanitaires tentent de mettre en place des stratégies visant des catégories spécifiques d'usagers. D'un point de vue juridique, pour ce qui concerne la pratique, la question qui se pose immédiatement est de savoir si les tribunaux appliquent strictement la loi ou si cette évolution, de nature réglementaire, transparaît également dans les décisions prises. La jurisprudence publiée constitue à ce titre une première approche des pratiques.



II. La jurisprudence

Anne Kletzlen

INTRODUCTION

Plusieurs sources de données sont disponibles pour étudier la pratique des juridictions françaises en matière d'usage de stupéfiants, elles sont présentées en annexe n° 17.

De l'exploration de la jurisprudence publiée, il ressort que le contentieux lié à l'usage des stupéfiants a peu de visibilité. Des raisons de diverses natures peuvent expliquer cette faible visibilité.

La jurisprudence publiée dans les recueils d'arrêts de la Cour de Cassation et du conseil d'Etat, dans les revues juridiques et dans certaines bases de données est sélectionnée. Divers critères président à cette sélection, dont l'intérêt juridique d'un arrêt ou d'un jugement et les attentes des lecteurs et utilisateurs des matériaux juridiques²⁰².

Sans doute est-ce en raison de l'intérêt juridique que présente une affaire d'usage de stupéfiants, que la jurisprudence en la matière est constituée principalement d'arrêts rendus par la Cour de Cassation et le Conseil d'Etat et, dans une moindre mesure, par les cours d'appels. Le contentieux de première instance est quasiment invisible. De ce fait, une grande part de la pratique des tribunaux nous échappe puisque tous les jugements ne sont pas frappés d'appel.

Il est également possible, qu'en raison de l'utilisation des procédures de l'avertissement et de l'injonction thérapeutique, le contentieux lié à l'usage de stupéfiants soit moins important que ce qu'on peut penser. En atteste la pratique du tribunal correctionnel de Paris : saisi en 1994 de 2 913 procédures d'usage de stupéfiants concernant chacune une personne, le parquet de cette juridiction a prononcé un simple avertissement assorti d'un classement sans suite à l'encontre de 1 037 usagers de cannabis primo-infractants. A l'égard des consommateurs d'héroïne (43,22 % des interpellés) et de cocaïne (13,34 % des interpellés), le parquet du tribunal correctionnel de Paris a recouru à la procédure de l'injonction thérapeutique²⁰³. Ces pratiques -avertissement et injonction thérapeutique- affectent le traitement judiciaire des affaires d'usage de stupéfiants. Les affaires poursuivies et jugées sont malgré tout fort nombreuses à Paris. En effet, la plupart des "feuilletons de la 10^e chambre correctionnelle de la Cour d'Appel de Paris concernent

²⁰²Flasaquier (A.), 1996. L'auteur expose les critères de publication des décisions judiciaires dans certaines revues juridiques dont le recueil *Dalloz*.

²⁰³Vaubailon (M.), 1997, p. 36.

des affaires d'usage de stupéfiants, ce qui porte le nombre d'arrêts (rendus dans ce champ) à plusieurs par jours pendant plusieurs années²⁰⁴.

La jurisprudence publiée concernant des affaires liées au contrôle sanitaire des consommateurs de drogue est très rare. Deux explications peuvent rendre compte de cette quasi-absence de contentieux. On peut penser d'abord que la mise en œuvre du dispositif sanitaire prévu par la loi du 31 décembre 1970 ne soulève pas de problème spécifique ; tout au plus, peut-on penser, le contentieux se limite à des affaires traitées en première instance. Ensuite, on peut se demander si le volet médical de la loi est réellement mis en œuvre. Un garde des Sceaux a reconnu que jusqu'en 1993, la procédure d'injonction thérapeutique a été diversement utilisée par les magistrats, faute de moyens. Des crédits ont été depuis cette date débloqués afin de remédier à cette situation²⁰⁵. Nous sommes donc actuellement dans la phase d'expérimentation du dispositif sanitaire de la loi. De ce fait, il est possible qu'aucune juridiction d'appel ou de cassation ne se soit encore prononcée sur le déroulement des mesures de soins des usagers de drogue.

Quoiqu'il en soit, l'analyse de la jurisprudence tend à montrer que la prise en charge de l'"usager-malade" est semblable à celle de l'alcoolique dangereux. Une loi du 15 avril 1954 a institué un dispositif de soins -notamment une cure de désintoxication- pour les alcooliques réputés dangereux. Ce dispositif n'a pas été mis en œuvre, en raison entre autres d'une difficile collaboration des autorités judiciaires et médicales.

En l'état actuel de la jurisprudence, l'usager de drogue semble davantage relever d'un contrôle judiciaire que d'un contrôle médical. Car, dans le contexte prohibitionniste qui est le nôtre, l'usage de stupéfiants est la plupart du temps associé à une autre infraction : infraction à la législation sur les stupéfiants ou infraction de "droit commun" (vol, cambriolage de pharmacie, falsification d'ordonnances...). Le contentieux de l'usage de stupéfiants se fonde alors, comme le montre la jurisprudence publiée, dans un autre contentieux²⁰⁶, en particulier le contentieux très dense lié au trafic de stupéfiants. Et, de ce fait, l'analyse de ce dernier permet de connaître des faits d'usage illicite de stupéfiants. Cela concourt à la faible visibilité du contrôle de la seule consommation de substances illicites.

Il arrive aussi, dans une moindre mesure cependant, que le jugement d'infractions étrangères à la législation sur les stupéfiants révèle un usage de stupéfiants. L'illustre par exemple la condamnation de ce chauffeur routier auteur d'un accident mortel : poursuivi pour mise en danger d'autrui, le transporteur routier a reconnu fumer quelques joints durant les trajets qu'il effectuait afin de mieux supporter les conditions de travail auxquelles il était astreint. Dans cette affaire, l'usage de stupéfiants n'a fait l'objet

²⁰⁴Flasaquier (A.), 1996.

²⁰⁵J.O., A.N., Q., 16 août 1993, p. 2579 ; voir *infra*.

²⁰⁶Par exemple, le contentieux du vol. L'illustre ainsi l'inculpation d'une personne du chef de vol avec effraction et en réunion, tentative de vol avec effraction et en réunion en état de récidive légale et usage illicite de stupéfiants ; Cass. Crim., 23 août 1993, *Lexilaser, Cour de Cassation*.

d'aucune poursuite ; il a seulement constitué une circonstance aggravante du délit d'homicide et de blessures par imprudence²⁰⁷.

A/ Le champ d'utilisation du délit d'usage illicite de stupéfiants

(a) Les sources d'incrimination

L'art. L.628 CSP punit "*ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants*". L'usage illicite de stupéfiants n'est incriminé que s'il a lieu sur le territoire national : la Cour de Cassation a eu l'occasion de préciser que la consommation de stupéfiants réalisée « à l'étranger n'entre pas dans les prévisions de l'art. L 628 CSP »²⁰⁸.

La constitution du délit d'usage de stupéfiants suppose la réunion de deux éléments : une consommation volontaire et une substance stupéfiante. Quelques arrêts, isolés, objets d'un pourvoi en cassation rejeté, portent sur la définition du délit : les prévenus reprochent vainement à la Cour d'Appel de n'avoir pas suffisamment caractérisé les circonstances des faits constitutifs de l'infraction²⁰⁹.

Mais en général, seule la définition juridique de la notion de stupéfiants est l'objet d'un contentieux.

i - L'art. R 5166 du CSP et la convention unique sur les stupéfiants

Des arrêts antérieurs à la promulgation du décret du 29 décembre 1988 modifiant le chapitre "des substances vénéneuses" de la partie réglementaire du code de la santé publique ont posé la question de la législation applicable à des faits de trafic, de culture, de production, d'utilisation et d'offre à autrui de certaines catégories de cannabis -en l'occurrence cannabis en herbe, résine de cannabis.

²⁰⁷Tribunal correctionnel, Vesoul, 06 février 1994, *JurisData*, n° 006834 et *Gaz. Pal.*, 23 août 1995, *Jurisprudence*, p. 36.

²⁰⁸Cass. Crim., 10 mai 1988, *Lexilaser Cour de Cassation*.

²⁰⁹Cass. Crim., 26 septembre 1988, *Lexilaser Cour de Cassation*, : usage d'héroïne et Cass. Crim., 22 octobre 1990, *Lexilaser Cour de Cassation*, : usage de haschich, stupéfiant classé au tableau B.

Pour savoir si le commerce ou l'utilisation des produits en cause est légal, il faut se référer à l'art. R 5166 du CSP -abrogé en 1988 et remplacé par l'art. R 5181- qui définit les stupéfiants illicites. Or, la France a ratifié en 1969 la convention unique sur les stupéfiants signée à New-York en mars 1961. Cette convention est plus complète et détaillée que les dispositions de droit français. Comme les traités internationaux ont une autorité supérieure aux textes de droit interne (art. 55 de la constitution), la Cour de Cassation a utilisé la convention internationale sur les stupéfiants pour incriminer des faits de trafic et d'utilisation de diverses sortes de cannabis non expressément définies par l'art. R 5166 du CSP²¹⁰.

En effet, certains inculpés, poursuivis notamment pour trafic et utilisation de cannabis, ont argué que l'art. R 5166 visait seulement "le cannabis sativa », variété indienne, et non le cannabis en herbe ou la résine de cannabis. Mais la Cour de Cassation a rejeté ce moyen au motif que le terme "cannabis en herbe" mentionné aux procès-verbaux de douane et de police et repris par les jugements et arrêts, implique qu'il s'agit d'une substance entrant dans les prévisions de l'art. R 5166 du CSP et signifie que la drogue en cause se trouvait sous sa forme brute de plante et non sous celle d'une huile. Le terme "herbe" dans le jargon des drogués et trafiquants, désigne une drogue à fumer²¹¹.

A contrario, une décision récente²¹² a considéré que la destruction par les services de police des drogues saisies ne permettait pas d'identifier la substance comme étant la variété incriminée, en l'occurrence du « cannabis sativa ».

De même, « le terme haschich désigne la résine extraite du chanvre indien ou cannabis tel que défini par la convention unique »²¹³.

Enfin, la convention unique sur les stupéfiants « ne distingue ni la variété, ni le sexe du cannabis » et s'applique notamment aux termes « cannabis et résine de cannabis » inscrits au tableau B²¹⁴. De manière générale, la Cour de Cassation énonce que « le cannabis ou chanvre indien ne (doit) plus être défini en se référant à l'article R. 5166 CSP. mais à la convention internationale »²¹⁵.

La Cour de Cassation a utilisé la théorie de la hiérarchie des normes juridiques pour incriminer les actes de trafic et d'utilisation d'un produit n'entrant pas dans les catégories définies par les dispositions de droit interne²¹⁶. Ce faisant, la Cour Suprême a donné à un

²¹⁰Par exemple, cass. Crim. 12 décembre 1984, *Gaz. Pal.*, 1985 II, somm. p. 343 ; Cass. Crim., 9 mars 1992, *Gaz. Pal.*, 1992, II, chr. p. 374.

²¹¹Cass. Crim., 28 novembre 1983, *Bul7. crim.*, 1983, n° 319, p. 817 et Dalloz, 1984, IR, p. 148.

²¹²Trib. Corr. Basse-Terre, 3 mai 1996, *Gaz. Pal.*, 1997, chr. p.217 n° 97/4243.

²¹³Cass. Crim. 18 décembre 1987, *Lexis*.

²¹⁴Cass. Crim. 5 février 1990, D.P., 1990, p. 9-10 ; *Cass. Crim.* 12 décembre 1984, *Gaz. Pal.*, 1985 II, somm. p. 343 Cass. Crim. 13 mars 1995, *Gaz. Pal.*, 1995, II, chr. p. 343.

²¹⁵Cass. Crim. 12 décembre 1984, *Gaz. Pal.*, 1985 II, somm. p.343 ; Cass. Crim., 9 mars 1992, *Gaz. Pal.*, 1992, II, chr. p.374 et D.P., 1992, p. 12-13.

²¹⁶Par exemple, Crim. 12 décembre 1984, *Gaz. Pal.*, 1985 II, somm. p. 343 ; crim., 9 mars 1992, *Gaz. Pal.*, 1992, II, chr. p.374 et D.P., 1992, p. 12-13.

texte international une force incriminatrice dont il était dépourvu. Car une convention internationale, même ratifiée et publiée, ne peut devenir une source d'incrimination que si le législateur l'assortit de sanctions pénales nationales, ce qui n'était pas fait en l'espèce²¹⁷. Cependant, par la promulgation du décret du 22 décembre 1988, le gouvernement a mis sa définition du cannabis en accord avec celle de la convention unique sur les stupéfiants -c'est l'art. R 5181 du CSP. C'est pourquoi, depuis cette date, les arrêts précisent que les textes français sont conformes à la convention internationale²¹⁸ y compris ceux qui concernent entre autres la culture de stupéfiants²¹⁹.

La Cour de Cassation a néanmoins conféré aux traités une force obligatoire que le droit pénal leur refuse²²⁰. Cela, comme le souligne l'auteur d'une note publiée sous un arrêt relatif à la législation applicable en matière de culture de cannabis, "rend d'avance inutile et caduque toute réglementation administrative française qui ne reproduirait pas les termes de la convention unique"²²¹.

ii - La légalité des règlements administratifs

La désignation de la substance stupéfiante dont la consommation est incriminée doit être conforme à son classement pour permettre son identification²²².

Des prévenus, inculpés de trafic et d'usage de cannabis, ont vainement contesté le pouvoir du gouvernement de déterminer les modalités de classement des substances ou plantes définies comme stupéfiants. La Cour de Cassation a rappelé que les art. L 627 et L 628 du code de la santé publique confèrent ce pouvoir à l'autorité réglementaire : « le classement de la résine de cannabis comme stupéfiant résulte de l'art. R 5181 du CSP, introduit dans la partie réglementaire de ce code par le décret du 29 décembre 1988 »²²³.

De même, le tribunal correctionnel de Nanterre a jugé que le classement du cannabis par l'autorité administrative dans la catégorie des stupéfiants ne peut constituer une erreur manifeste du fait que la France a ratifié la Convention Unique sur les stupéfiants « que dès lors, la position du ministre de la Santé, concordant avec celles des instances internationales, notamment avec celles de l'OMS, ne peut sérieusement être considérée comme procédant d'une erreur manifeste d'appréciation de sa dangerosité »²²⁴.

²¹⁷Robert (J.H.), p. 96, 122 et 136.

²¹⁸Par exemple, Cass. Crim. 13 mars 1995, *Gaz. Pal.*, 1995, II, chr. p. 343.

²¹⁹Cass. Crim., 9 mars 1992, D.P., novembre 1992, p. 13.

²²⁰Note sous Cass. Crim., 5 février 1990, D..P., juin 1990, p. 9 et 10.

²²¹Cass. Crim., 9 mars 1992, D.P., novembre 1992, p. 13.

²²²Cass. Crim. 28 novembre 1983, *Bull. crim.*, n° 319, p.817.

²²³Cass. Crim., 14 décembre 1995, *Juris-Data*, n° 004249.

²²⁴Tribunal correctionnel de Nanterre, 28 mars 1994, non publié.

D'autres prévenus ont invoqué, également en vain, l'illégalité de l'interdiction du cannabis en France²²⁵. Ils se sont appuyés, semble-t-il²²⁶, sur des dispositions de la réglementation européenne distinguant entre le chanvre à drogue, dont la culture est illicite et le chanvre à fibre, dont la production est subventionnée²²⁷. Mais la Cour d'Appel d'Agen a considéré que « le législateur français ne saurait violer une quelconque déclaration ou convention internationale en interdisant un produit dont les effets nocifs sur l'individu sont avérés. Est donc coupable le prévenu qui cultive des plants de cannabis pour satisfaire sa passion pour la botanique et sa consommation personnelle ou pour en offrir à ses amis à l'occasion de fumeries organisées à son domicile »²²⁸.

La légalité de l'arrêté ministériel du 22 février 1990 classant la méthadone comme produit stupéfiant a également été contestée. Dans une première affaire, la Cour d'Appel de Besançon, conformément à la théorie de la hiérarchie des normes juridiques, a déclaré irrecevable l'exception d'illégalité au motif que « l'art. R 5181 du CSP, résultant d'un décret en Conseil d'Etat, norme juridique supérieure à l'arrêté litigieux, interdit l'usage de cannabis »²²⁹.

Dans une seconde affaire, le tribunal de grande instance de Paris a déclaré irrecevable l'exception d'illégalité en se fondant sur la procédure du parallélisme des formes : il résulte de l'art. R 5171 du CSP que "compétent pour instituer un régime dérogatoire d'autorisation (d'utilisation de certains stupéfiants), le ministre de la Santé l'est également nécessairement pour prendre l'acte contraire qui est celui d'interdire". De plus, le prévenu alléguant que le classement de la méthadone comme stupéfiant n'est pas conforme au droit communautaire et au droit belge qui définit ce produit comme un médicament, le tribunal précise que la France n'a pas violé la réglementation européenne. En effet, « il résulte de l'art. 36 du traité de Rome et en l'absence d'harmonisation communautaire complète dans le domaine des médicaments, que la réglementation française, quelle que soit la classification donnée à la méthadone en Belgique, a pu, pour des raisons tenant à la protection de la santé des personnes, classer ce produit comme stupéfiant et donc interdire sous peine de sanctions pénales sa libre circulation »²³⁰.

²²⁵Cour d'appel, Agen, chambre des appels correctionnels, 19 octobre 1995, *Juris-Data*, n° 051426.

²²⁶Nous ne disposons que des abstracts et du résumé de l'arrêt.

²²⁷Règl. CEE 1308/70, 29 juin 1970, 1430/82, 18 mai 1982, 2059/84, 16 juillet 1984, 421/86, 25 février 1986 ; in note sous Crim., 9 mars 1992, D.P., novembre 1992, p. 13.

²²⁸Cour d'Appel d'Agen, chambre des appels correctionnels, 19 octobre 1995, *Juris-Data*, n° 051426.

²²⁹Cour d'Appel de Besançon, chambre des appels correctionnels, 27 septembre 1994, *Juris-Data*, n° 049366.

²³⁰Tribunal de grande instance de Paris, chambre 24, 11 février 1994, *Juris-Data*, n° 040958.

(b) L'usage de stupéfiants, un délit associé à une infraction à la législation sur les stupéfiants

L'usage de stupéfiants est puni d'une peine d'emprisonnement de un an maximum et de 25 000 francs d'amende (art. L 628 du CSP). Le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicite de stupéfiants sont punis de dix ans d'emprisonnement et de 50 000 000 francs d'amende (art. 222-37 du nouveau code pénal).

Le législateur érige en délits distincts l'usage et les actes nécessaires à la consommation de stupéfiants. De la sorte, l'usage de substances vénéneuses est bien souvent l'objet de poursuites diligentées à propos d'opérations de trafic.

i - Usage et détention

Le législateur ne prévoit pas l'hypothèse d'une détention -acte nécessaire à l'usage- en vue de la consommation. C'est pourquoi, afin d'éviter que des usagers de stupéfiants soient l'objet de poursuites pénales fondées sur la détention de certaines substances illicites (art. L 627 du CSP et art. 222-37 NCP), des circulaires ministérielles ont précisé que la détention de quantités minimales de substances et de plantes en vue de l'usage doit être assimilée à l'usage. De même, doivent être assimilés à l'usage, les faits de transport, d'importation, d'exportation ou d'acquisition de quantités minimales de stupéfiants destinées à l'usage exclusif du toxicomane²³¹.

Durant les premières années de la mise en œuvre de la loi du 31 décembre 1970, des poursuites ont été engagées et des condamnations prononcées pour détention et infractions à l'art. L 627 du CSP, à l'égard de personnes trouvées en possession de quantités négligeables de stupéfiants²³². Des circulaires²³³, en particulier celle du 17 mai 1978 consacrant une dépénalisation *de facto* de l'usage de cannabis, ont recommandé aux parquets de cesser de poursuivre les détenteurs de quelques grammes de cannabis.

Mais l'abrogation implicite de ces dispositions par une circulaire du 12 mai 1987 a entraîné la poursuite des renvois en correctionnelle pour détention de faibles quantités de haschisch. On peut citer par exemple le cas d'une serveuse hollandaise déférée devant le tribunal de grande instance de Paris pour possession d'un gramme ou celui d'une enseignante martiniquaise poursuivie devant le tribunal correctionnel de Fort-de-France

²³¹Circulaires n° 71-8 du 25 août 1971 et n° 79-11 du 30 mars 1973.

²³²Circulaire n° 79-11 du 30 mars 1973. La circulaire a prohibé cette pratique.

²³³Circulaires du 30 mars 1973 et du 17 mai 1978.

pour six grammes²³⁴. Ces cas ne paraissent pas isolés puisque le tribunal correctionnel de Valenciennes fait comparaître périodiquement à ses audiences plus de quatre-vingts jeunes de 18 à 25 ans poursuivis pour avoir passé la frontière avec des quantités variant de un à vingt grammes²³⁵. De manière générale, en province, les résistances à la dépénalisation de fait du cannabis sont plus fortes qu'à Paris. C'est pourquoi, l'usager de cannabis demeure exposé à des sanctions pénales²³⁶.

Ces pratiques, lorsque les jugements de première instance sont frappés d'appel, sont condamnées par les juridictions du second degré. La Cour d'Appel de Grenoble a écarté, en raison de la quantité de drogue trouvée en possession du prévenu, une condamnation pour détention de drogue en vue du trafic sur le fondement des art. 222-37 du nouveau code pénal et L 627 du CSP : la Cour a considéré que la détention de résine de cannabis manifestement destinée à la consommation personnelle n'est pas punissable au titre de l'art. 222-37 du code pénal ; elle constitue l'infraction d'usage illicite de stupéfiants²³⁷. En l'espèce, la quantité de drogue en possession de l'intéressé caractérise le délit d'usage de stupéfiants.

La quantité matérielle en cause n'est généralement pas mentionnée dans la qualification des infractions retenues. Ainsi la Cour de Cassation a jugé « que caractérise la détention de substances stupéfiantes, au sens tant de l'art. L 627 CSP, alors applicable que de l'art. 222-37 du (nouveau) code pénal (...), le fait pour un prévenu de reconnaître qu'il savait que la drogue était cachée dans sa cellule, bien qu'il ait soutenu que la drogue avait été cachée à cet emplacement par un autre détenu et qu'il n'avait pas osé l'en ôter de peur des représailles »²³⁸.

Dans le contexte prohibitionniste qui est le nôtre, tout usager simple est nécessairement un usager acquéreur, détenteur, transporteur ou, éventuellement, revendeur. L'usager est alors considéré comme un trafiquant.

ii - Usage et faits de trafic

La jurisprudence est généralement confrontée à une infraction de trafic associée à un délit d'usage illicite de stupéfiants. Elle utilise une formule générique regroupant les infractions concernées : coupable "d'acquisition, de détention, transport, cession et usage

²³⁴TGI Paris, 10 juillet 1991, Tuijhof c. Ministère public et TGI Fort de France, 6 février 1992, Isserman c. ministère public cités par Caballero (F.), 1992, p. 22.

²³⁵Caballero (F.), 1992, p. 22.

²³⁶Caballero (F.), 1989, p. 499.

²³⁷Cour d'Appel de Grenoble, 18 novembre 1994, Juris-Data, n° 047253.

²³⁸Cass. Crim., 17 octobre 1994, Dalloz, 1995, IR, p. 8 et Bull. crim., 1994, n° 334, p. 818.

de stupéfiant »²³⁹ condamnation pour « détention, cession et usage illicite de stupéfiant »²⁴⁰ « acquisition et usage »²⁴¹, pour « usage, transport et acquisition »...²⁴²

La loi de 1970 ne prévoit aucune règle spécifique à l'encontre de l'usager-trafiquant : elle laisse aux juges le soin de choisir la qualification appropriée en fonction des circonstances. De même, la Cour de Cassation laisse aux juges du fond un pouvoir souverain pour condamner ceux qui excipent de leur qualité d'usager en vue d'échapper à une incrimination de trafic de drogue²⁴³.

Selon F. Caballero, « il semble que le critère jurisprudentiel décisif pour attribuer à une personne la qualité d'usager ou de trafiquant soit la distinction entre revendeur occasionnel et revendeur régulier ». Seul le premier paraît susceptible de conserver sa qualité d'usager, alors que le second est systématiquement considéré en sa double qualité d'usager et de trafiquant. La jurisprudence veut ainsi prévenir la réitération d'agissements jugés dangereux pour l'ordre public²⁴⁴.

Il est vrai qu'une circulaire du 12 mai 1987 invite les magistrats saisis d'une procédure pour usage et actes de trafic de poursuivre en priorité ces dernières infractions²⁴⁵. C'est pourquoi, la pratique judiciaire est d'une grande rigueur. La chambre criminelle de la Cour de Cassation affirme que l'usage suppose nécessairement la détention de la marchandise prohibée²⁴⁶.

Lorsque une personne est poursuivie à la fois pour usage et trafic de stupéfiants, le principe de non-cumul des peines -une personne ne doit pas être condamnée deux fois pour les mêmes faits- implique que seules les peines les plus sévères sont prononcées. De ce fait, un usager de drogue peut, sur le fondement de l'art. L 627 du CSP et de l'art. 222-37 NCP, être placé en détention provisoire et condamné à une peine d'emprisonnement ferme voire au paiement d'une amende sans pour autant bénéficier d'un traitement médical.

Ainsi, une toxicomane a été mise en détention provisoire dans le cadre d'une procédure pour usage et trafic de stupéfiants ; devant la chambre d'accusation de la Cour d'appel d'Orléans, elle a sollicité, en s'appuyant sur une lettre du médecin psychiatre de la maison d'arrêt, son placement sous contrôle judiciaire et l'exécution d'un traitement médical spécifique non réalisable en détention. La chambre d'accusation a rejeté la demande de mise en liberté de l'intéressée au motif que les nécessités de l'instruction et

²³⁹ Cass. crim., 16 décembre 1985, *Gaz. Pal.*, 1986, chr.272.

²⁴⁰ Cass. Crim. 20 janvier 1986, *Lexilaser Cour de Cassation*.

²⁴¹ Cour d'Appel Metz, 26 novembre 1992, *Juris-Data*, n° 050426.

²⁴² Cour d'Appel, Limoges, Chambre correctionnelle, 13 septembre 1995, *Juris-Data*, n° 045397.

²⁴³ Cass. Crim., 4 mai 1984, *Lexis*, arrêt cité par Caballero (F.), 1989, p. 503 ; par exemple, pour échapper à une condamnation pour acquisition, détention, offre et cession de cannabis et d'héroïne, Cass. Crim., 5 décembre 1988, *Lexilaser Cour de Cassation*.

²⁴⁴ Caballero (F.), 1989, p. 503.

²⁴⁵ Caballero (F.), 1989, p. 503.

²⁴⁶ Cass. Crim., 16 mai, 1983, *Lexis*, arrêt cité par Caballero (F.), 1989, p. 503.

le trouble que causaient à l'ordre public les faits incriminés justifient son maintien en détention. Comme les magistrats se sont abstenus de répondre à la question des soins, la Cour de cassation a cassé et annulé leur arrêt, en précisant que les dispositions de l'art. L 628-2 CSP revêtent un caractère péremptoire²⁴⁷. La Cour suprême veille donc à ce que les juges n'écartent pas les dispositions de la loi de 1970 concernant le traitement des toxicomanes.

(c) La pratique de la cure de désintoxication

Lorsqu'une personne est déférée pour la première fois au parquet pour usage illicite de stupéfiants, le procureur de la République a la faculté de lui ordonner une cure de désintoxication avant toute poursuite (art. L 628-1 CSP). Ce n'est qu'une simple faculté que le procureur de la République peut ne pas exercer²⁴⁸.

Il semble, que faute de l'institution des moyens et infrastructures nécessaires à la mise en œuvre d'un dispositif de soins des toxicomanes, les parquets ont diversement utilisé la procédure de l'injonction thérapeutique. C'est ce que constate en 1993 le ministre de la Justice lors d'une réponse ministérielle portant sur la pratique de la cure de désintoxication. Le garde des Sceaux précise que cette situation résulte du nombre de toxicomanes localement recensés, des pratiques policières, judiciaires et médicales. Le ministre souligne le manque de moyens des DDASS de certains départements pour assurer le suivi social des usagers de drogues illicites faisant l'objet d'une injonction thérapeutique. Il déclare que les administrations de la Justice et de la Santé viennent d'adresser des instructions aux préfets et procureurs généraux pour généraliser les injonctions sur tout le territoire national des crédits supplémentaires ayant été affectés à cette fin²⁴⁹.

C'est dire que jusqu'en 1993, date de l'annonce par le gouvernement d'un plan de lutte contre la toxicomanie, les contextes locaux ont principalement conditionné la pratique de l'injonction thérapeutique. La loi a donc fait l'objet d'une application différenciée.

²⁴⁷Cass. Crim. 10 octobre 1984, *Bull. crim.*, 1984, n° 276, p. 743-745.

²⁴⁸Pierre Chambon, *note* sous Tribunal correctionnel de Vannes, 18 février 1982, Dalloz, 1982, jurisprudence, p. 132.

²⁴⁹*J.O.*, A.N., Q., 16 août 1993, p. 2579.

i - La cure de désintoxication et l'exercice de l'action publique

En vertu de l'art. L 628-1 CSP, les personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants et qui se sont soumises à un traitement médical bénéficient de l'extinction de l'action publique.

La Cour de Cassation considère qu'il incombe aux intéressés de faire état de ces dispositions²⁵⁰. La Cour précise qu'elles ne sont pas applicables aux infractions prévues aux articles L 627 et L 626 CSP, lorsque ces délits sont seuls retenus à la charge du demandeur²⁵¹.

La jurisprudence est très libérale quant aux modalités du traitement.

Les conditions de réalisation de la cure de désintoxication

Les dispositions de l'art. L 628 CSP peuvent être valablement invoquées par les personnes qui, ayant fait un usage illicite de stupéfiants, se sont spontanément soumises à une cure de désintoxication. Il importe peu que cette cure ait été réalisée après le déclenchement des poursuites pénales²⁵².

De même, il importe peu qu'elle ait été effectuée à l'étranger car aucun texte ne réserve aux seules autorités françaises le traitement du toxicomane. Mais encore faut-il que la cure subie à l'étranger puisse être considérée comme équivalente, quant aux garanties présentées à celle que les intéressés auraient pu suivre dans un établissement français²⁵³. La Cour de Cassation a considéré, à propos d'un couple américain poursuivi pour infractions à la législation sur les stupéfiants et qui alléguait s'être spontanément soumis à une cure de désintoxication dans un établissement hospitalier suisse, qu'il appartient aux juges du fond de se prononcer sur ce point²⁵⁴.

²⁵⁰Cass. Crim. 4 mai 1972, *Bull. crim.*, n° 156, p. 391.

²⁵¹Cass. Crim., 5 décembre 1988, *Lexilaser Cour de Cassation. Pal.*, 1982, I, 276, *note* Doucet et Dalloz, 1982, jurisprudence, p. 129-132, *note* Chambon.

²⁵²Cass. Crim., 16 octobre 1975, *Bull. crim.*, 1975, n° 218, p.581 ; Dalloz, 1976, 206, *note* J.P. Doll ; *Gaz. Pal.*, 11 janvier 1976 ; *J.C.P.*, 1976, II, 18291, *note* Caleb. Ce dernier auteur souligne que c'est le premier arrêt par lequel la Chambre Criminelle se prononce sur les conditions d'application de l'art. L 628-1 al. 3 du CSP ; l'arrêt a été diffusé accompagné d'une circulaire dans tous les parquets.

²⁵³Cass. Crim., 16 octobre 1975, *Bull. crim.*, 1975, n° 218, p.581 ; Dalloz, 1976, 206, *note* J.P. Doll ; *Gaz. Pal.*, 11 janvier 1976 ; *J.C.P.*, 1976, II, 18291, *note* Caleb ; Tribunal correctionnel de Basse-Terre, 23 juillet 1982, Dalloz, 1982, *somm.* 9.

²⁵⁴Cass. Crim., 16 octobre 1975, *Bull. crim.*, 1975, n° 218, p.581 ; Dalloz, 1976, 206, *note* J.P. Doll ; *Gaz. Pal.*, 11 janvier 1976 ; *J.C.P.*, 1976, II, 18291, *note* Caleb.

De la sorte, les juges examinent si les soins invoqués par les prévenus sont sérieux. C'est une question d'appréciation. Par exemple, ils constatent, pour accorder à une prévenue le bénéfice de l'extinction de l'action publique, que "le certificat médical versé aux débats atteste de la réalité du traitement suivi dans le cabinet du docteur X... à New-York et qu'il n'y a pas lieu de douter des avis donnés par ce praticien exerçant dans un pays où le problème de la lutte contre le trafic de drogue et le traitement des intoxiqués revêt la même actualité et acuité qu'en France »²⁵⁵. Dans une autre affaire, les magistrats ont pu estimer que les certificats médicaux sont insuffisants pour attester une cure de désintoxication régulière²⁵⁶.

En bref, l'autorité judiciaire se prononce sur la réalisation de la cure. Cela revient, comme l'écrit F. Caballero à propos du toxicomane qui décide de son plein gré de suivre une cure de désintoxication, "à écarter purement et simplement tout contrôle des autorités sanitaires (...). Seule compte la réalité pratique de la cure et non la nature de l'établissement où elle est entreprise »²⁵⁷.

L'ordonnance de cure de désintoxication et les poursuites pénales

L'art. L.628-2 CSP dispose que le juge d'instruction peut prescrire une cure de désintoxication et que l'exécution de celle-ci ne remet pas en cause la validité de l'ouverture de l'information ni ne fait obstacle au renvoi de l'intéressé devant le tribunal. Celui-ci peut s'abstenir de prononcer les peines prévues par l'art. L 628 CSP (art. L 628-3 CSP).

Certains tribunaux appliquent à la lettre ces dispositions : la réalisation de la cure de désintoxication ordonnée par un juge d'instruction "ne met pas obstacle à l'exercice de l'action publique qui a été régulièrement engagée, ni au renvoi après instruction devant le tribunal correctionnel"²⁵⁸. L'exécution d'une cure de désintoxication n'éteint donc pas l'action publique.

La jurisprudence diverge sur ce point puisque, dans le même temps, le tribunal correctionnel de Basse-Terre a jugé que la réalisation d'une cure de désintoxication met fin à l'action publique. En l'espèce, une personne ayant sollicité et obtenu d'un juge d'instruction l'autorisation de se rendre aux Etats-Unis pour suivre la cure de désintoxication dans des conditions similaires à celles appliquées dans les centres français a pu prétendre au non exercice de l'action publique²⁵⁹.

²⁵⁵Tribunal correctionnel de Basse-Terre, 23 juillet 1982, *Daloz*, 1982, somm. 9.

²⁵⁶Cass. crim., 31 octobre 1984, *Lexis*.

²⁵⁷Caballero (F.), 1989, pp. 511-512.

²⁵⁸Tribunal correctionnel de Vannes, 18 février 1982, *Gaz. Pal.*, 1982, I,276 note Doucet et Dalloz, 1982, jurisprudence, p. 129-132, note Chambon.

²⁵⁹Tribunal correctionnel de Basse-Terre, 23 juillet 1982, *Daloz*, 1982, somm. 9.

ii - La cure de désintoxication et les peines

Des tribunaux correctionnels condamnent l'usager de drogue à une peine en dépit de la réalisation de la cure de désintoxication ; leurs jugements sont réformés en appel. Ainsi, la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence, saisie par un usager de stupéfiants ayant suivi une injonction thérapeutique et condamné en première instance à six mois d'emprisonnement avec sursis a prononcé une dispense de peine. Elle a cependant confirmé le jugement du tribunal correctionnel quant à la culpabilité de l'intéressé²⁶⁰. De même, la cour d'Appel de Bourges a infirmé un jugement condamnant pour la première fois un usager de cannabis qui s'est présenté volontairement dans un établissement hospitalier pour une prise en charge sur le plan psychothérapeutique. La Cour a jugé que le bénéfice de l'extinction de l'action publique entraîne une relaxe²⁶¹.

Ces deux arrêts, fondés sur l'art. L 628-1 al. 3 du CSP, ont des conséquences juridiques différentes : l'arrêt de la Cour d'Aix-en-Provence reconnaît la culpabilité du prévenu et prononce une dispense de peine²⁶². L'action publique n'a donc pas été éteinte. En revanche, l'arrêt de la Cour d'Appel de Bourges affirme le principe de l'extinction de cette action et en conséquence, relaxe le prévenu. En l'absence d'éléments, -*Juris-Data* fait état seulement des abstracts et du résumé des arrêts sélectionnés-, on peut penser que la Cour d'Aix était en présence d'un prévenu qui avait déjà fait un usage illicite de stupéfiants. En effet, en cas de réitération de l'infraction, le procureur apprécie s'il convient ou non d'exercer l'action publique (art. L 628-1 al. 5 CSP). On peut aussi penser que les mesures de désintoxication ont été ordonnées au stade de l'instruction ou du jugement (art. L 628-3 du CSP).

iii - La prise en charge de la cure de désintoxication

Cette question est rarement discutée. Elle a été quelquefois soulevée devant la chambre sociale de la Cour de Cassation et devant le Conseil d'Etat.

²⁶⁰ Cour d'Appel, Aix-en-Provence, chambre 13, 7 janvier 1994, *Juris-Data*, n°040434.

²⁶¹ Cour d'Appel, Bourges, 6 mai 1993, *Juris-Data*, n° 051740. Pour une affaire similaire, objet d'un pourvoi en cassation irrecevable, Crim. 22 mars 1994, *Lexilaser cour de Cassation*.

²⁶² Comme il y a quand même condamnation, l'arrêt figure au casier judiciaire de l'intéressé, avec toutes les conséquences que cela implique.

Le contentieux civil

La chambre sociale de la Cour de Cassation a eu à se prononcer sur les conditions d'application des dispositions de la loi du 31 décembre 1970. Elle a rappelé que les usagers-trafiants, prévenus ou condamnés, doivent bénéficier du traitement qu'exige leur état. Elle a aussi rappelé que, lorsque les poursuites pénales ne peuvent être évitées à l'encontre des usagers simples, le ministère public est invité à préférer les interventions médicales prévues aux articles L 628-1 à 3 et L 355-15 à 17 du CSP²⁶³.

La chambre sociale de la Cour de Cassation s'est également prononcée sur la prise en charge des dépenses occasionnées par la cure de désintoxication. En l'espèce, une caisse primaire d'assurance maladie avait pris en charge, au titre de l'assurance maladie, les frais entraînés par le séjour d'un assuré social dans l'établissement géré par l'association Le Patriarche où il avait subi une cure de désintoxication. La Cour de Cassation, confirmant en cela l'arrêt de la Cour d'Appel de Paris, a précisé que, conformément à l'art. 3 de la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, il appartient à l'Etat de prendre en charge les dépenses d'hospitalisation et de soins des personnes se présentant spontanément aux services de prévention et de cure. La cure de désintoxication réalisée dans un établissement du Patriarche était directement liée à la lutte contre la toxicomanie²⁶⁴.

Cette question de la prise en charge des frais liés au traitement de la toxicomanie est également quelquefois traitée par les juridictions administratives.

Le contentieux administratif

Le tribunal administratif de Paris a rendu une décision, apparemment non frappée d'appel, sur les conditions d'application de l'art. 3 de la loi de 1970.

En l'espèce, un toxicomane a subi volontairement une cure de désintoxication ; quelques mois plus tard, parce que sa vie est en danger, il se présente dans un hôpital où il est admis d'urgence et soigné en raison d'une fièvre d'allure septicémique. Le tribunal administratif de Paris considère que l'Etat n'a pas à prendre en charge les frais liés à cette dernière hospitalisation au motif que celle-ci n'est pas motivée par une action de désintoxication mais par le but de traiter une septicémie, bien que celle-ci résulte d'une injection intraveineuse provoquée par le toxicomane. D'autant qu'il n'apparaît pas que cette septicémie soit la conséquence directe de la cure de désintoxication. Enfin, il importe peu que l'intéressé -ait arrêté l'usage de stupéfiants après cette septicémie²⁶⁵.

²⁶³ Aff. soc. 20 novembre 1984, *Revue de droit sanitaire et social*, 2, 1985, p. 133 ; dans le même sens, Cour de Justice, 17 septembre 1984, B.O.S.N.S., 84/52, 149, 21 février.

²⁶⁴ Cass. soc., 24 mai 1989, Trunel c/ CPAM de Paris, *Bull. civ.*, 50 partie, 1985-2, n° 384, arrêt présenté dans la *Revue de droit sanitaire et social*, 26, 1, janvier-mars 1990, p. 216.

²⁶⁵ TA de Paris, Auer, 29 juin 1988, Recueil Lebon, 1988, p. 523.

Le contrôle sanitaire des toxicomanes est susceptible d'entraîner la responsabilité de la puissance publique pour faute. Les juridictions administratives ont condamné l'Etat à verser des dommages-intérêts aux ayant-droits des victimes.

Ainsi, un centre hospitalier a été déclaré responsable du décès d'une personne survenu lors du traitement de sa toxicomanie : il y a eu retard dans l'administration des soins imputables à un défaut de transmission des résultats d'examens de laboratoire²⁶⁶.

De même, le ministère de la Justice a vu sa responsabilité engagée en raison d'une faute grave commise dans la prise en charge d'un toxicomane par une maison d'arrêt. Cette dernière, sans autorisation du corps médical, a décidé de ne pratiquer qu'une seule injection de valium par jour à un jeune détenu drogué d'habitude alors que le psychiatre en avait prescrit deux. Et surtout, l'établissement pénitentiaire a, toujours sans avis médical, placé ce malade, psychologiquement fragile et manifestant des tendances suicidaires, dans une cellule d'isolement où il a pu échapper à tout contrôle et se suicider²⁶⁷. Le tribunal administratif saisi de l'affaire a retenu la notion de faute grave alors qu'en principe, seule la faute lourde c'est-à-dire la grave négligence, la faute grossière, est de nature à entraîner la responsabilité des établissements pénitentiaires pour dommage survenu au détenu.

Cette décision illustre l'empiètement de l'administration pénitentiaire sur les pouvoirs du corps médical. En d'autres termes, ce jugement révèle les conflits de pouvoir présidant au contrôle du toxicomane détenu.

B/ Preuve et sanctions du délit d'usage illicite de stupéfiants

La preuve du fait matériel d'absorption de stupéfiants se fait par tous moyens, et notamment par la voie du flagrant délit²⁶⁸. Le flagrant délit donne à la police judiciaire, en raison de l'actualité de l'infraction -cette dernière est en train de se commettre ou vient de se commettre- des pouvoirs plus étendus que pour l'enquête ordinaire, afin de rechercher tous renseignements utiles à l'aide de moyens coercitifs. En l'absence de flagrance, les témoignages d'autres usagers ou, bien souvent, l'aveu de l'usager lui-même sont des modes de preuve également admissibles²⁶⁹. Dans la plupart des cas, la preuve est facilitée par le fait que l'usager soit en possession de produits stupéfiants.

²⁶⁶Cour administrative d'appel de Paris, Consorts Lahouel, 13 juin 1989, *Lexilaser Conseil d'Etat*.

²⁶⁷TA, Lyon, 6 mars 1980, Epoux J., JCP, 1980, II, 19395, note J.Y. Plouvin ; *Revue de droit sanitaire et social*, 1980, p. 332-333.

²⁶⁸Par exemple, Cour d'Appel, Besançon, Chambre correctionnelle, 14 septembre 1993, *Juris-Data*, n° 044723.

²⁶⁹Par exemple, Cass. Crim., 29 octobre 1996, *Lexilaser Cour de Cassation* ; Cass. Crim., 26 septembre 1988, *Lexilaser Cour de Cassation* ; Cass. Crim. 2 octobre 1980, *Lexis*.

Beaucoup des décisions publiées d'usage illicite et d'infractions à la législation sur les stupéfiants portent sur des questions de preuve des délits poursuivis ou plus exactement sur les pratiques policières présidant à la découverte des preuves.

C/ Les perquisitions et saisies

(a) Le droit commun des perquisitions et saisies

Hormis l'hypothèse des cas de flagrance, une perquisition n'est possible qu'avec autorisation du parquet ou avec l'accord du perquisitionné. On se doute que ce dernier, s'il est en train de commettre une infraction à la législation sur les stupéfiants, n'autorisera pas volontiers les policiers à procéder à une visite de lieux privés.

De la sorte, le tribunal correctionnel de Vannes a pu annuler une perquisition faite sans l'assentiment des intéressés alors que cette perquisition avait abouti à prouver un usage de cocaïne et d'héroïne²⁷⁰. Les gendarmes avaient perquisitionné le domicile d'un couple qu'ils soupçonnaient de s'adonner à l'usage de stupéfiants et saisi du matériel permettant de confirmer leurs soupçons et d'obtenir les aveux du couple. Cette perquisition irrégulière à défaut du consentement écrit des intéressés n'intervenait pas dans le cadre d'une commission rogatoire délivrée par le juge d'instruction, ni dans celui d'une procédure de flagrant délit. En effet, la présomption selon laquelle une personne est susceptible de consommer des stupéfiants n'est pas assimilable au flagrant délit dans la mesure où elle ne "permet pas (aux gendarmes) de présumer qu'au moment où ils disposaient de (leurs informations) le délit d'usage de stupéfiants venait d'être commis dans un temps voisin"²⁷¹. L'annulation de cette perquisition entraîne celle de la procédure subséquente -une enquête préliminaire était ouverte, en dépit du fait que les intéressés s'étaient soumis spontanément à une cure de désintoxication. Les magistrats ont été, dans cette affaire, soucieux de protéger les libertés publiques.

En revanche, les perquisitions effectuées dans le cadre d'une enquête de flagrance diligentée pour un délit quelconque et qui autorisent la constatation d'une infraction à la législation sur les stupéfiants sont légales. En l'occurrence, la procédure régulièrement entreprise sous le régime de la flagrance a abouti à la constatation d'infractions de recel et d'usage de stupéfiants matérialisées par la découverte de documents d'identité volés et

²⁷⁰Tribunal correctionnel de Vannes, 18 février 1982, Dalloz, 1983, p. 130, note Chambon et *Revue de droit sanitaire et social*, 1982, pp. 428-429, note Dubouis.

²⁷¹Louis Dubouis, note sous Tribunal correctionnel de Vannes, 18 février 1982, *Revue de droit sanitaire et social*, 1982, p. 429.

de papiers ayant contenu de la drogue²⁷². De même, des policiers, qui, à l'occasion de la notification d'une fiche de recherche se présentent au domicile d'une personne et constatent la présence d'une boîte ouverte contenant des stupéfiants, peuvent régulièrement procéder à une perquisition conduisant à la découverte d'autres quantités de ces substances : il y a état de flagrance caractérisé²⁷³.

La notion de flagrance est large : la Cour de Cassation, confirmant l'arrêt attaqué, a qualifié de régulière une perquisition effectuée au domicile du prévenu, consommateur occasionnel de haschich, le lendemain du jour suivant l'interpellation d'un ami en possession de cette substance ; la perquisition entre en l'espèce dans le cadre d'une enquête de flagrance²⁷⁴. Elle autorise des poursuites pour infractions à la législation sur les stupéfiants.

Une dénonciation anonyme indiquant que des jeunes gens se droguent dans la rue ne constitue pas un indice apparent d'infraction à la législation sur les stupéfiants justifiant leur fouille à corps²⁷⁵. Par contre, le fait de se reconnaître usager devant des policiers recherchant des trafiquants, constitue la flagrance et justifie la perquisition ayant abouti à la découverte de cocaïne²⁷⁶. De manière générale, la jurisprudence exige que les renseignements donnés aux policiers soient confirmés par l'existence d'indices apparents avant la découverte des stupéfiants²⁷⁷. C'est pourquoi une fouille corporelle est nulle si elle est pratiquée par un officier de police judiciaire alors que l'existence d'un délit imputable à la personne fouillée n'est révélée par aucun indice apparent²⁷⁸.

(b) Les perquisitions et saisies douanières

Le code des douanes incrimine la détention, le transport, l'importation ou l'exportation de stupéfiants. Afin de ne pas faire échec aux dispositions de la loi de 1970, une circulaire du ministère de la Justice du 13 mars 1971 recommande aux agents des douanes de ne pas poursuivre la détention de petites quantités de stupéfiants manifestement destinées à la consommation personnelle.

²⁷² Cour d'Appel de Bordeaux, 10 février 1993, *Juris-Data*, n° 041882.

²⁷³ Cass. Crim., 9 janvier 1989, *Dalloz*, 1989-2, IR, p. 105.

²⁷⁴ Cass. Crim., 15 juin 1994, *Lexilaser Cour de Cassation Cour d'Appel de Besançon*, 14 septembre 1993, *Juris-Data*, n° 044723.

²⁷⁵ Cass. Crim. 2 février 1988, *Bull. crim.*, n° 52, p. 142.

²⁷⁶ Cass. Crim., 11 juin 1981, *Lexis*.

²⁷⁷ Cass. Crim., 1er juillet 1986, *Lexis* : flagrant délit admis pour une perquisition opérée le même jour chez le vendeur à partir d'une filature de l'acheteur interpellé en possession de stupéfiants ; Cass. Crim., 18 mai 1988, *Lexis* et Cass. Crim. 10 mai 1990, *Lexilaser Cour de Cassation* : flagrant délit admis en cas de renseignements confirmés par des allées et venues autour du domicile du suspect ou d'un café.

²⁷⁸ Cass. Crim., 21 juillet 1982, *Bull. Crim.*, n° 196, p. 535.

Néanmoins, comme le montre la jurisprudence, l'usage de stupéfiants se cumule fréquemment avec une infraction douanière²⁷⁹. Un des problèmes soulevés par la jurisprudence est de savoir dans quelle mesure les douaniers disposent du droit de fouiller ou de perquisitionner en dehors d'un cas d'infraction flagrante.

Les agents des douanes sont soumis à la fois aux règles du code de procédure pénale et du code des douanes. Si les douaniers agissent en exécution de l'art. 60 du code des douanes, ils ont tout pouvoir pour procéder à la visite de la marchandise et de fouiller les moyens de transport et les personnes²⁸⁰. La Cour de Cassation précise cependant que l'art. 60 ne permet de retenir une personne que pendant le temps nécessaire à cette visite et au procès-verbal qui la constate. Ainsi, a-t-elle déclaré irrégulière une retenue de plus de quinze heures, bien qu'elle ait permis la découverte de plus d'un kilo de cocaïne dans les bagages du voyageur²⁸¹.

L'art. 60 du code des douanes vise des situations spécifiques, tel le passage à la frontière. La Cour de Cassation fait parfois une utilisation extensive des conditions d'application de l'art. 60 du code des douanes. Il a été jugé qu'à la suite d'un rendez-vous donné dans un jardin public par un douanier qui s'est porté acquéreur de stupéfiants, le prévenu a pu régulièrement faire l'objet, en application de l'art. 60 du code des douanes, d'une fouille corporelle ; "des éléments objectifs déduits de circonstances extérieures (ont laissé) présumer l'existence d'une infraction douanière". La découverte de résine de cannabis sur la personne du prévenu a autorisé une perquisition au domicile de l'intéressé réalisée dans le cadre de la flagrance²⁸².

Lorsqu'ils ne peuvent pas se prévaloir de l'art. 60 du code des douanes, les agents des douanes doivent se soumettre aux dispositions du code de procédure pénale concernant la flagrance. Ainsi, dans une affaire de trafic de stupéfiants et d'importation en contrebande de marchandises prohibées, la Cour de cassation a annulé le procès-verbal de douane -et toute la procédure subséquente- établi à la suite de fouilles à corps ayant permis la découverte de stupéfiants : aucune information n'était ouverte et aucun indice apparent ne révélait l'existence d'un délit imputable aux personnes fouillées. En l'espèce, les fonctionnaires de police ont été informés anonymement que des stupéfiants étaient transportés par des personnes dont la description leur avait été donnée²⁸³.

La Cour de Cassation veille donc au respect des libertés individuelles. Ce souci l'a également conduit à annuler une perquisition consistant en l'ouverture de courrier provenant de Thaïlande et contenant de l'héroïne. Les fonctionnaires des douanes ont agi

²⁷⁹Par exemple, Cass. Crim., 9 mars 1987, *Lexilaser Cour de Cassation* ; Cass. Crim., 25 septembre 1987, *Lexilaser Cour de Cassation* ; Cass. Crim., 5 février 1990, *Lexilaser Cour de Cassation*, Cour d'Appel, Aix-en-Provence, Chambre 13, 16 septembre 1991, *Juris-Data*, n°047222.

²⁸⁰Cass. Crim. 18 avril 1988, *Dalloz*, 1989, p. 313, note Pannier ; Cass. Crim., 26 février 1990, D. P., 1990, n° 226.

²⁸¹Cass. Crim., 15 juin 1987, *Bull. crim.*, n° 243, p. 675.

²⁸²Cass. Crim., 16 mai 1994, *Gaz. Pal.*, chr. dr. crim., 28.

²⁸³Cass. Crim., 21 juillet 1982, *Dalloz*, 1982, jurisprudence, p. 642-643, note C. J. Berr ; dans le même sens, Cass. Crim., 15 octobre 1984, *J.C.P.*, 1985, II, 20410, note C.J. Berr.

sur la base de renseignements communiqués par l'administration des Postes, par conséquent en l'absence d'indice d'un comportement délictueux révélant l'existence d'une infraction flagrante²⁸⁴.

D/ Les sanctions

Toute infraction à la législation sur les stupéfiants est passible, certes de sanctions pénales, mais aussi d'autres types de sanctions : douanières, administratives, disciplinaires notamment. Ces dernières mesures sont prononcées par le tribunal correctionnel -les pénalités douanières par exemple- ou bien par l'autorité administrative -fermeture d'un débit de boissons, mesure d'expulsion du territoire français, entre autres. Les sanctions peuvent enfin émaner d'un ordre professionnel donné : il s'agit alors d'une interdiction d'exercer telle ou telle profession, interdiction éventuellement contestée devant les juridictions.

(a) Les sanctions pénales

Une peine d'emprisonnement ferme frappe les usagers de drogue lorsqu'ils sont en état de récidive, jugés par défaut ou bien auteurs d'une infraction de trafic.

Les sanctions de l'usage

L'analyse de la jurisprudence montre que l'usage simple ne donne pas lieu à condamnation à une peine d'emprisonnement ferme : l'illustrent l'amende de 1 000 Fr. - assortie d'une inscription au bulletin n°2 du casier judiciaire- infligée à un consommateur de haschich²⁸⁵, les dix mois d'emprisonnement avec sursis et une mise à l'épreuve de trois ans sanctionnant une consommatrice d'héroïne²⁸⁶.

Les juges sanctionnent la récidive au moyen d'une peine d'emprisonnement ferme. En atteste l'exemple de cet étranger condamné à un an d'emprisonnement avec maintien en détention et à deux ans d'interdiction du territoire²⁸⁷. De même, les magistrats semblent sévères vis-à-vis des condamnés par défaut : La Cour de Paris, a par exemple, prononcé

²⁸⁴ Cass. Crim., 4 mars 1991, D.P., 1991, n° 328, p. 14.

²⁸⁵ Cass. Crim., 15 juin 1994, Lexilaser Cour de Cassation.

²⁸⁶ Cour de Cass., I^{er} ch. civ., 1^{er} décembre 1993, Lexilaser Cour de Cassation, De même, pour une mise à l'épreuve, Cass. Crim., 22 mars 1994, Lexilaser Cour de Cassation.

²⁸⁷ Cass. Crim., 10 juin 1991, Lexilaser Cour de Cassation.

une peine de quatre mois d'emprisonnement ferme à l'encontre d'un condamné par défaut ayant formé opposition au jugement²⁸⁸.

Les condamnations à une peine de prison ferme pour usage simple semblent malgré tout fort limitées, ce qui rejoint les conclusions du rapport Henrion²⁸⁹.

En revanche, les juges ordonnent quasi systématiquement une peine d'emprisonnement ferme lorsque l'infraction d'usage se cumule avec une infraction de trafic. La Cour de Cassation veille alors au respect du principe du non-cumul des peines. Ainsi a-t-elle censuré l'arrêt d'une Cour d'Appel ayant prononcé à l'encontre d'un prévenu poursuivi pour usage de stupéfiants et revente de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle une peine d'emprisonnement ferme de sept ans alors que la durée légale maximum d'incarcération ne pouvait excéder cinq ans²⁹⁰.

Les éléments déterminant la fixation de la peine encourue pour usage et trafic de stupéfiants

Dans la fixation de la peine, les magistrats tiennent compte de la gravité des faits. Il semble que l'appréciation de cette gravité repose d'abord sur l'existence d'un acte de trafic. L'illustre, par exemple, la condamnation récente d'un ancien joueur international de football, reconnu coupable d'acquisition, détention, transport, usage, et complicité de trafic-de stupéfiants, à dix-huit mois de prison dont quatre fermes²⁹¹.

L'appréciation de cette gravité repose ensuite sur la nature de la substance stupéfiante en cause -héroïne en l'occurrence et cocaïne. En effet, la Cour d'Appel de Metz a condamné à quatre mois -fermes apparemment- et à dix huit d'emprisonnement -dont huit mois avec sursis- des prévenus ayant importé et utilisé une dizaine de pochettes d'héroïne et de la cocaïne²⁹². De même, la Cour d'appel de Limoges a prononcé une peine d'emprisonnement ferme à l'encontre d'une personne poursuivie pour usage, transport et acquisition d'héroïne et qui a déjà fait l'objet d'une condamnation pour des faits de même nature. L'intéressé a aussi commis des actes de violence afin de se procurer des stupéfiants²⁹³.

Les magistrats tiennent également compte de la quantité du produit stupéfiant en cause. Ainsi, un acte de trafic portant sur une centaine de grammes de cocaïne présente "un

²⁸⁸Cass. Crim., 10 février 1994., *Lexilaser Cour de Cassation*.

²⁸⁹Rapport Henrion, 1995, p. 26.

²⁹⁰Cass. Crim., 14 novembre 1988, *Bull. Crim.*, 1988, n° 386, pp. 1020-1021 et *Lexilaser Cour de Cassation*.

²⁹¹Tribunal correctionnel de Bourg-en-Bresse, 11 juin 1997, *Le Monde*, 13 juin 1997, p. 9.

²⁹²Cour d'Appel, Metz, chambre des appels correctionnels, 3 juin 1994, *Juris-data*, n° 045616 et 9 septembre 1993, *Juris-Data*, n° 049357.

²⁹³Cour d'Appel, Limoges, Chambre correctionnelle, 13 septembre 1995, *Juris-Data*, n° 045397; la durée de la peine n'est pas précisée.

caractère de gravité certain qui a causé et continue de causer un trouble objectif à l'ordre public" et justifie le maintien en détention de l'intéressé²⁹⁴.

La gravité des faits en cause n'est pas le seul critère du prononcé d'une peine d'emprisonnement ; les juges prennent également en considération la personnalité de l'intéressé. A cet égard, la Cour de Cassation a pu considérer, confirmant en cela l'arrêt d'une Cour d'Appel, que le prononcé d'une peine d'emprisonnement ferme de six mois s'impose à l'égard d'une personne poursuivie pour cession et usage de stupéfiants, mise en examen et placée sous contrôle judiciaire²⁹⁵.

Les magistrats tiennent aussi compte "des efforts de désintoxication entrepris surtout s'ils sont couronnés de succès". C'est pourquoi, la Cour d'appel d'Aix-en-Provence, saisie par un prévenu poursuivi pour transport, cession et consommation de cannabis a substitué à la peine d'emprisonnement de six mois prononcée en première instance une peine d'emprisonnement d'un mois avec sursis assortie d'une amende de trois mille francs. La Cour a néanmoins estimé que le prévenu « doit être condamné avec fermeté eu égard à la gravité des faits poursuivis »²⁹⁶.

(b) Les sanctions douanières

Les sanctions douanières sont prononcées dès lors qu'il y a condamnation pour trafic de stupéfiants. En pratique, on a vu que cette dernière infraction se cumule fréquemment avec le délit d'usage. Des sanctions douanières, amendes et/ou mesures de confiscation, frappent donc le consommateur de drogue.

L'amende douanière

Prononcée par la juridiction pénale sur requête de l'administration des Douanes, l'amende douanière sanctionne des faits de contrebande, d'importation et d'exportation sans déclaration de marchandises prohibées²⁹⁷.

Le montant de l'amende douanière est compris entre une et deux fois la valeur de l'objet de la fraude. Comme la plupart des stupéfiants saisis par les douanes n'ont pas de valeur marchande, la jurisprudence²⁹⁸ calcule l'amende « à partir des prix des substances prohibées, évalués par l'administration sur la base des cours du trafic »²⁹⁹.

²⁹⁴Cass. Crim. 14 novembre 1990, *Lexilaser Cour de Cassation*.

²⁹⁵Cass. Crim., 14 novembre 1994, *Juris-Data*, n° 002814; D.P., mars 1995, comm. 59. et *Lexilaser Cour de Cassation*.

²⁹⁶Cour d'Appel de Aix-en-Provence, chambre 13, 4 mai 1992, *Juris-Data*, n° 045622.

²⁹⁷Caballero (F.), 1989, p. 626.

²⁹⁸Cass. Crim. 1er mars 1972, *Lexis* ; Cass. Crim. 7 mars 1973, *Lexis*.

²⁹⁹Caballero (F.), 1989, p. 627.

En droit douanier, l'amende a une nature juridique mixte, à la fois sanction pécuniaire - des agissements contraires à l'ordre public- et de réparation civile -des sommes fraudées au détriment du Trésor. Cependant, en matière de trafic de stupéfiants, le caractère pénal des sanctions pécuniaires prédomine sur l'aspect indemnitaire³⁰⁰ : les stupéfiants, exceptés lorsqu'ils sont destinés à un usage médical ou scientifique, ne sont soumis à aucun droit de douane ; dès lors, toute absence de déclaration ne saurait causer préjudice au Trésor. La jurisprudence communautaire a clairement affirmé l'impossibilité d'appliquer des droits douaniers ou taxes à des marchandises prohibées³⁰¹.

Pourtant, la chambre criminelle de la Cour de Cassation a jugé dans plusieurs arrêts que cette jurisprudence ne met pas obstacle à l'application des pénalités douanières en raison de leur nature mi-indemnitaire mi-sanctionnatrice³⁰². La Cour Suprême considère que l'amende douanière « n'est pas liée à un droit de douane mais à la dissimulation et dans des cachettes spécialement aménagées (...) de toutes marchandises, quelle qu'en soit la nature, notamment de stupéfiants, marchandises qui deviennent ainsi un produit de contrebande importé, dès (qu'elles pénètrent) sur le territoire national »³⁰³. C'est implicitement reconnaître le caractère punitif de l'amende douanière.

Se pose alors la question du respect du principe du non-cumul des peines. Le tribunal correctionnel prononce, à côté de l'amende douanière, une amende pénale et/ou une peine d'emprisonnement pour infraction à la législation sur les stupéfiants. La Cour de Cassation a considéré à plusieurs reprises que "le principe du non-cumul des peines ne concerne ni les amendes, ni les pénalités douanières, en raison de leur caractère mixte, à la fois pénal et de réparation civile³⁰⁴. La position de la Cour de Cassation est conforme à la circulaire du ministère de la Justice du 25 août 1971 qui précise que "les peines pécuniaires, considérées comme des réparations civiles, se cumulent (art. 439-2 du code des douanes)".

De même, se pose le problème de la compatibilité des pénalités douanières infligées aux trafiquants de drogue avec les règles du traité de Rome. La chambre criminelle de la Cour de Cassation estime que les pénalités douanières ne sont pas contraires au droit communautaire : la Cour de Justice des Communautés européennes a spécifié qu'en matière de stupéfiants, chacun des Etats-membres conservait la possibilité d'appliquer aux trafiquants de ces produits, toutes sanctions appropriées³⁰⁵.

³⁰⁰ Cass. Crim. 3 janvier 1986, Bull. crim., n° 1, P. 1.

³⁰¹ Arrêt Horvath, C.J.C.E., Aff. 50-81 du 5 février 1981, Rec. 385 ; arrêt Wolf, C.J.C.E., Aff. 221-81 et 240-81 du 26 octobre 1982, Rec. 3681.

³⁰² Cass. Crim. 2 mars 1987, Gaz. Pal., 15 décembre 1987, p.776-778, note A. de La Servette ; Cass. Crim. 3 janvier 1986, Bull. crim. p. 1 et 2. ; Cass. Crim. 7 avril 1986, Bull. crim., n° 11 ; Cass. Crim. 28 avril 1986, Bull. crim. n° 142.

³⁰³ Cass. Crim. 25 juin 1985, Bull. crim., n° 24 5, p. 634 ; RSC, 1986, obs. Massé.

³⁰⁴ Crim. 2 mars 1987, G..P.1 15 décembre 1987, p. 776-778, note A. de la Servette.

³⁰⁵ Cass. Crim. 24 juin 1985, Bull. crim., n° 245, p. 634 Cass. Crim. 3 janvier 1986, Bull. crim., n° 2, p. 4.

La confiscation douanière

Une mesure de confiscation en nature et/ou en valeur est systématiquement ordonnée par les juges en cas de contrebande de marchandises prohibées. Elle porte soit sur les marchandises en fraude, soit sur les moyens et instruments de la fraude (art. 435 du code des douanes).

La confiscation en valeur -elle est égale au prix des stupéfiants sur le marché illicite- frappe systématiquement les trafiquants. Et comme une saisie-destruction des produits est en principe ordonnée, le montant de l'amende se trouve en quelque sorte doublé. La jurisprudence précise que la condamnation au paiement d'une somme pour tenir lieu de confiscation de la marchandise saisie ne constitue pas une dette douanière au sens du droit communautaire³⁰⁶.

Les juges confisquent aussi fréquemment les véhicules de transport ayant permis la dissimulation des stupéfiants³⁰⁷ -sauf lorsque le véhicule appartient à un tiers de bonne foi, il est accordé main-levée. La confiscation en valeur du véhicule est souvent retenue. De la sorte, le total des confiscations et amendes prononcées peut atteindre des sommes considérables³⁰⁸.

(c) Les fermetures d'établissement

La fermeture d'établissement peut être ordonnée par l'autorité judiciaire ou par l'autorité administrative. Dans cette dernière hypothèse, la fermeture d'établissement constitue une mesure de police ; elle intervient sur décision du préfet pour une durée maximum de six mois, ou sur décision du ministre de l'Intérieur pour une durée de un mois à un an.

La fermeture de tout lieu ouvert au public est prononcée par l'autorité administrative en cas d'infraction aux art L 627, L627-2 et L628 CSP. Mais l'art. 62 du code des boissons confère aussi à l'autorité administrative la faculté de fermer les débits de boissons et les restaurants qui troublent l'ordre, la santé et la moralité publics. Depuis longtemps, les préfets utilisent ce texte pour fermer des débits de boissons ou des discothèques à l'intérieur desquels se réalisent des infractions à la législation sur les stupéfiants³⁰⁹. Ainsi,

³⁰⁶Cass. Crim. 9 mai 1988, *Bull. crim.*, n° 196, p. 504.

³⁰⁷Par exemple, Cass. Crim. 8 décembre 1971, *Bull. crim.*, n° 343, p. 861.

³⁰⁸Ainsi, le montant des pénalités encourues par l'équipage d'un bateau transportant 7874 Kgs de cannabis a été évalué à plus de 80 millions de francs représentant la valeur du navire et des stupéfiants saisis. cass. crim. 3 janvier 1986, Lexis in Caballero (F.), 1989.

³⁰⁹Par exemple, CE. 3 janvier 1974, Min. Int./ Dame Besson Rec.,8. 1990, Min. Int./ Dame Salièges, *Lexilaser Conseil d'Etat* (fermeture d'une discothèque) ; CE, 22 novembre 1995, M. 01lier, Recueil

des mesures de fermeture d'un débit de boissons et de discothèques fréquentés par des personnes se livrant au trafic et à la consommation de stupéfiants ont été prononcées la première pour une durée de six mois, les secondes pour une durée de quatre mois³¹⁰.

Les mesures de fermeture d'établissement cessent de plein droit en cas de non-lieu ou de relaxe, et, en cas de condamnation, leur durée s'impute sur celle ordonnée par le juge. En effet, la fermeture d'établissement est le plus souvent prononcée par l'autorité judiciaire en application de l'art. L 629-1 CSP³¹¹.

Les exploitants des établissements en cause peuvent être également condamnés pour avoir facilité à autrui l'usage de stupéfiants (art. L 627 CSP) dès lors qu'ils n'ignoraient pas que certaines personnes faisaient circuler des stupéfiants dans leurs établissements et que leur clientèle était constituée de toxicomanes³¹².

(d) Les mesures de police frappant les étrangers

Les tribunaux disposent, par la loi du 31 décembre 1970, de la faculté d'ordonner à titre de peine complémentaire, l'interdiction temporaire ou définitive du territoire français aux étrangers auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants. Cette interdiction frappe les simples usagers de drogue. Ainsi, une interdiction définitive du territoire pour une durée de cinq ans a été ordonnée à titre de peine principale semble-t-il à une personne ayant consommé de l'héroïne pendant quatre mois³¹³.

Cette sanction est aussi prononcée, pour une durée moindre, et, en tant que peine complémentaire, à l'encontre d'usagers de stupéfiants en état de récidive légale³¹⁴. La Cour de Cassation précise que le prononcé d'une Interdiction du territoire doit être spécialement motivé³¹⁵.

des arrêts et jugements ann^otés publiés dans le quotidien juridique, 1^{er} semestre 1996, 260, (fermeture d'une discothèque).

³¹⁰CE 27 juillet 1984, Min. Int./M. Faller, *Lexilaser Conseil d'Etat* (fermeture d'un restaurant) ; CE, 29 juillet

³¹¹Par exemple, Cass. Crim. 22 juillet 1986, *Bull. crim.*, n° 242, p. 614, Cass. Crim. 5 décembre 1990, *Lexilaser Cour de Cassation* et Cass. Crim. 15 décembre 1993, *Bull. crim.*, n° 395, p.979 : ordonnances du juge d'instruction prescrivant la fermeture provisoire d'établissement ; Cass. Crim. 29 février 1988, *Bull. crim.*, n° 104, 266 : renouvellement d'une mesure de fermeture provisoire d'un bar-hôtel dont les copropriétaires ont été inculpés d'acquisition, de détention et de cession de stupéfiants ; Cass. Crim. 22 mai 1991, *Bull. crim.*, n° 216, p. 552 : fermeture d'établissement et retrait de la licence d'exploitation.

³¹²Par exemple, à propos des exploitants d'un bar, Cass. Crim. 3 février 1992, *Juris-Data*, n° 002465 et Cass. Crim. 7 mars 1994, *Lexilaser Cour de Cassation*.

³¹³Cass. Crim., 26 septembre 1988, *Lexilaser Cour de Cassation*.

³¹⁴Cass. Crim., 19 juin 1991, *Lexilaser Cour de Cassation* (interdiction du territoire pendant deux ans) et Cass. crim., 7 novembre 1996, *Lexilaser Cour de cassation*.

³¹⁵Cass. Crim., 7 novembre 1996, *Lexilaser Cour de Cassation*.

Le prononcé de cette peine facultative est indépendant des mesures de police édictées par le ministre de l'Intérieur...³¹⁶ Ces mesures font l'objet de nombreux recours devant le Conseil d'Etat. La jurisprudence en ce domaine est très dense. Son analyse montre que les condamnations pour le seul usage de stupéfiants n'entraînent pas le prononcé de mesures de police. Celles-ci concernent l'usage lorsque le délit se cumule avec une infraction de trafic.

Les mesures de police, ordonnées la plupart du temps à des Africains, sont diverses : refus d'une carte de résident³¹⁷ ou de nationalité française³¹⁸, ou encore refus d'autorisation de séjour³¹⁹. Sont aussi édictées des assignations à résidence³²⁰, des injonction de quitter le territoire³²¹, et, surtout, des expulsions³²². Ces mesures, rappelle le Conseil d'Etat, sont exclusivement destinées à protéger l'ordre et la sécurité publics³²³ : elles ne constituent donc pas des sanctions.

Ces mesures reposent sur l'ordonnance du 2 février 1945 ; ce texte autorise l'expulsion "d'un étranger condamné définitivement pour crime ou délit à une peine au moins égale à six mois d'emprisonnement sans sursis ou un an avec sursis ou à plusieurs peines d'emprisonnement au moins égales, au total, à ces mêmes durées". Les mesures d'expulsion ne peuvent donc pas être subordonnées à de simples interpellations, quels qu'en soient les motifs³²⁴.

³¹⁶ Les condamnations pour infractions à la législation sur les stupéfiants ne peuvent motiver un refus de délivrance d'un passeport sous peine de violer la déclaration européenne des droits de l'homme, TA de Strasbourg, 3 novembre 1983, Peltier c. ministre de l'Intérieur et de la décentralisation, Dalloz, 1984, 300-304 ; CE, 8 avril 1987, ministre de l'Intérieur et de la décentralisation c. Peltier, JCP, 1987, II, 20904-20905.

³¹⁷ CE, 9 décembre 1991, El Khattabi, *Lexilaser Conseil d'Etat*

³¹⁸ CE, 8 juillet 1996, Zidane, *Lexilaser Conseil d'Etat* (condamnation de divers chefs dont usage et trafic de stupéfiants) ; CE, 20 novembre 1991, *Lexilaser Conseil d'Etat*.

³¹⁹ CE, 17 novembre 1982, Ben Houssain Allaoui, *Lexilaser Conseil d'Etat*, (refus du ren^oouvellement d'une autorisation de séJ.O.ur d'une personne ne pouvant plus prétendre au statut d'étudiant et faisant l'objet d'une procédure pour usage et cession de stupéfiants).

³²⁰ CE., 30 avril 1993, Odai, *Lexilaser Conseil d'Etat* (assignation à résidence d'un réfugié politique condamné pour infractions à la législation sur les stupéfiants et CE., 25 mars 1996, Adda, *Lexilaser Conseil d'Etat*

³²¹ Par exemple, CE, 27 février 1995, M. Odum, *Lexilaser Conseil d'Etat* (injonction de quitter le territoire français à l'expiration d'une peine de cinq ans d'emprisonnement pour importation et détention de stupéfiants. Pour ce motif n^otamment, refus de la demande de l'intéressé au statut de réfugié).

³²² CE. 6 juillet 1992, Belhadj, *Lexilaser Conseil d'Etat* (expulsion pour condamnation de divers chefs dont usage de stupéfiants; CE. 22 janvier 1996, Bouchibi, *Lexilaser Conseil d'Etat* et CE. 22 février 1993, osamani, *Lexilaser Conseil d'Etat* (expulsion pour acquisition, détention, cession et usage de stupéfiants).

³²³ Par exemple, CE, 13 avril 1992, Cheikh, *Lexilaser Conseil d'Etat*

³²⁴ TA de Lyon, 13 juillet 1994, A. Youbi et M. Madaci c. ministre de l'Intérieur, Gaz. Pal., 1994, 20 sem., 740777746. Le fait que l'auteur de jets de pierres contre les forces de l'ordre lors d'une manifestation ait été auparavant interpellé pour usage de haschich ne justifie pas une expulsion du territoire français.

Cependant, les condamnations ne motivent pas à elles seules les mesures d'expulsion : celles-ci sont prises au vu de l'ensemble du dossier. C'est ce que rappelle le Conseil d'Etat à propos notamment de deux étrangers condamnés l'un pour acquisition, détention, usage et cession de stupéfiants, l'autre pour détention et cession de stupéfiants³²⁵.

Les mesures d'expulsion sont liées au maintien de la sécurité et de l'ordre publics : la présence de l'intéressé sur le territoire français doit constituer une menace pour l'ordre public. C'est une question d'appréciation de l'autorité administrative.

Le Conseil d'Etat considère généralement que les mesures d'expulsion préalablement déférées devant le tribunal administratif ne sont pas entachées d'erreur manifeste d'appréciation. C'est donc à bon droit que le ministre de l'Intérieur peut enjoindre à des personnes condamnées à plus de six mois d'emprisonnement ferme pour divers délits dont usage de stupéfiants de quitter le territoire français³²⁶. C'est également à bon droit que le ministre de l'Intérieur peut estimer que l'expulsion d'une personne condamnée à deux ans d'emprisonnement pour trafic et usage de stupéfiants constitue une nécessité impérieuse pour la sécurité publique et présente un caractère d'urgence absolue³²⁷. De même, le ministre de l'Intérieur peut légalement considérer que la probabilité de réinsertion d'un individu condamné à trois reprises pour vols-recels et trafic de stupéfiants, faits commis sous l'emprise de la toxicomanie, est insuffisamment établie et, que dès lors, la présence de l'intéressé sur le territoire constitue une menace pour l'ordre public³²⁸.

Peu importe que l'arrêté d'expulsion soit édicté plusieurs mois après la sortie de prison de l'intéressé. Cette circonstance n'est pas de nature à ôter tout caractère d'urgence à cette expulsion, compte tenu de la gravité des faits reprochés -en l'occurrence usage et détention de stupéfiants³²⁹.

Désormais, en expulsant un étranger vers un pays où sa vie est en danger, l'autorité administrative risque de violer la convention européenne des droits de l'homme. En effet, la Cour européenne des droits de l'homme vient d'affirmer dans une affaire d'expulsion d'un passeur de drogue colombien, que l'art. 3 de la convention européenne qui prohibe les traitements inhumains et dégradants, peut s'appliquer lorsque l'étranger expulsé court le risque d'être exposé à une violence privée ou émanant de forces non étatiques. Cette jurisprudence peut donner une arme juridique nouvelle aux étrangers menacés

³²⁵Par exemple, CE, 24 juillet 1988, Hamade, *Gaz. Pal.*, 1989, 1^{er} sem., p. 152 CE, 9 juin 1989, Mohammad, *Gaz. Pal.*, 1989, 1^{er} sem., p. 277.

³²⁶CE, 6 juillet 1992, Min. Int./M. Belhadj, *Lexilaser Conseil d'Etat* ; CE, 13 avril 1992, M. Cheikh, *Lexilaser Conseil d'Etat*.

³²⁷CE, 21 mars 1990, M. Wong, *Lexilaser Conseil d'Etat*.

³²⁸CE, 3 avril 1991, Min. Int./Hlimi, *Lexilaser Conseil d'Etat*.

³²⁹CE, 26 février 1992, Yahiaoui, *Lexilaser Conseil d'Etat* ; CE, 24 juillet 1988, Hamade, *Gaz. Pal.*, 1989, 1^o sem., 152 : acquisition, détention, usage et cession de stupéfiants.

d'expulsion, et par là-même, limiter le pouvoir souverain d'appréciation de l'autorité administrative³³⁰.

(e) Les sanctions disciplinaires

Les sanctions disciplinaires semblent très peu utilisées ou, plus exactement, elles sont peu contestées devant les juridictions. Frappant les auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants, elles punissent des faits qui constituent des « manquements à la probité, aux bonnes moeurs ou à l'honneur »³³¹ tel le fait pour un médecin de favoriser l'usage de stupéfiants³³² ou le fait pour un instituteur d'être l'objet d'une condamnation, certes assortie du sursis, pour achat et détention de stupéfiants³³³.

Les mesures disciplinaires sont aussi prononcées à l'encontre des usagers de stupéfiants. Ainsi, un avocat, consommateur d'héroïne et condamné de ce chef à 10 mois d'emprisonnement avec sursis et à une mise à l'épreuve pendant trois ans, a fait l'objet d'une suspension du barreau pour deux ans assortie de l'interdiction pendant cinq ans de se présenter aux élections du conseil de l'ordre³³⁴.

Il n'est pas toujours nécessaire que les usagers de stupéfiants aient fait l'objet d'une condamnation pénale de ce chef. Ainsi, un basketteur, consommateur de stupéfiants pour son plaisir personnel, et sanctionné par les instances sportives a été licencié pour faute grave. Mais le conseil des prud'hommes a considéré que l'usage de stupéfiants ne constituait pas une faute grave dès lors que le club sportif employeur a continué, pendant plusieurs mois après la connaissance des faits et pendant plusieurs mois après le prononcé de la sanction disciplinaire, à utiliser les services du joueur³³⁵. De même, le Conseil d'Etat a déclaré illégale la décision d'un centre hospitalier spécialisé de licencier pour inaptitude physique un infirmier stagiaire soupçonné de s'adonner aux stupéfiants : les faits reprochés et contredits par des analyses médicales sont insuffisants pour justifier le licenciement³³⁶.



³³⁰ Cour européenne des droits de l'homme, 29 avril 1997 arrêt cité et commenté par Philippe Bernard dans *Le Monde*, 2 mai 1997.

³³¹ CE, 11 mai 1984, *Lexilaser Conseil d'Etat*.

³³² CE, 11 mai 1984, *Lexilaser Conseil d'Etat*, le conseil national des médecins a fait interdiction à un médecin auteur de cette infraction d'exercer pendant deux ans sa profession.

³³³ TA Nantes, 2 novembre 1989, *Gaz. Pal.*, 1990, 20 sem., p.408 ; radiation par le rectorat de la liste des cadres.

³³⁴ Cass. 10 ch. civ., 1er décembre 1993, *Lexilaser Cour de Cassation*.

³³⁵ Conseil des Prud'hommes de Grasse, 14 janvier 1994, *Dalloz*, 1995, som.S960.

³³⁶ Conseil d'Etat, 1er février 1993, Durand Barthélémy, *Lexilaser Conseil d'Etat*.

CONCLUSION

L'analyse de la jurisprudence montre que les arrêts relatifs à la pratique de l'injonction thérapeutique sont rares. La loi ne prévoit aucune sanction à l'encontre de l'utilisateur qui se soustrait à une injonction thérapeutique, d'où l'absence de contentieux sur ce point. Sinon, en l'état actuel de la jurisprudence, ce sont les tribunaux qui se prononcent sur la réalité pratique et la validité de la cure de désintoxication. Le contrôle médical du consommateur de drogue est quasiment inexistant.

De ce fait, le contrôle de l'usage de stupéfiants est judiciaire. Il se fonde dans celui du trafic. On peut se demander si cette pratique, certes, depuis 1987, conforme aux circulaires mais qui aboutit à écarter l'application du dispositif sanitaire de la loi de 1970, n'est pas une stratégie des acteurs de la scène judiciaire destinée à écarter tout contrôle médical de l'usage de stupéfiants.



III. La pratique des parquets

Laurence Simmat-Durand

Deux enquêtes³³⁷ ont été menées dans les juridictions : l'une en 1981 qui a fait l'objet d'une exploitation quantitative et qualitative (Gortais et Pérez-Diaz, 1983) et l'autre en 1996 uniquement qualitative (Sagant, 1997).

Pour l'enquête de 1981, nous disposons des lettres adressées par les procureurs généraux et procureurs, en réponse à une demande de la Chancellerie³³⁸. Ces lettres constituaient le volet qualitatif de l'enquête, le volet quantitatif reposant sur les fiches de renseignements statistiques remplies par les parquets. L'enquête portait sur huit items dont un « divers » : les relations avec les DDASS ; les relations avec les médecins, les assistants sociaux, les enseignants ; les structures d'accueil et de soins ; la prison ; la procédure de mise en garde ; les perquisitions et gardes à vue ; les relations avec l'administration des douanes et les services de police judiciaire.

L'exploitation faite de ce matériau en 1983 ne nous a pas paru pertinente à utiliser directement, compte tenu de l'évolution des textes et de la perception du phénomène. Nous avons préféré une nouvelle lecture des documents établis par les parquets, au regard des préoccupations actuelles.

Pour l'enquête de 1996, nous disposons du rapport réalisé à partir des réponses à une nouvelle demande du même type³³⁹. L'enquête était divisée en deux parties, l'une sur l'organisation et l'action du parquet, la deuxième sur les relations avec les services de la DDASS. Le rapport établi en 1997 par Mme Sagant nous a paru suffisamment détaillé pour être utilisé directement.

Les items à quinze ans d'intervalle ne sont pas les mêmes, les préoccupations ayant changé, et les difficultés d'application de la loi étant mieux cernées, ce que mettent en évidence les réponses des parquets.

Trois thèmes principaux nous paraissent devoir être dégagés :

³³⁷ - Outre une enquête en 1995 pour l'IHESI pour laquelle seuls 60 parquets ont répondu, correspondant à un tiers des injonctions thérapeutiques prononcées sur le territoire national en 1994.

³³⁸ - Circulaire STA/18 (81) du 12 février 1982.

³³⁹ - Circulaire du 14 mai 1996, DACG, Bilan de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique.

- la place de l'injonction thérapeutique parmi les autres abandons de poursuite pour l'usage de stupéfiants, les mises en garde et classements avec avertissement ;
- les populations visées : en particulier le sort des usagers de cannabis et des usagers mineurs ;
- les relations avec les autorités sanitaires.

Ces points vont être abordés en mettant en évidence l'évolution ou les continuités que révèlent les réponses des magistrats.

A/ L'application de la loi

Pour situer de manière quantitative, l'application de la loi en 1981, nous pouvons résumer en quelques indicateurs la situation détaillée au chapitre 2.

Le nombre d'injonctions thérapeutiques fourni par les juridictions nationales pour l'année 1981 s'élève à 2 075.

Avec 33 cours d'Appel en France, une équirépartition sur le territoire donnerait une moyenne de 63 mesures par ressort de cours. La répartition est en fait celle-ci : 11 cours ne comptabilisent aucune injonction, 10 en comptabilisent moins de 10 et 12 plus de 11. Un tiers des cours d'Appel participent donc effectivement à l'application de la mesure. Mais la réalité montre encore une concentration beaucoup plus forte : les seules cours de Paris et Versailles réalisent à elles deux 92 % des injonctions françaises.

Interrogés sur l'application de la loi de 1970, il serait plus exact de dire sur sa non-utilisation, les procureurs lient des raisons d'ordre pratique, à une hésitation quant au sens même de la liaison entre judiciaire et sanitaire, et montrent finalement que toutes les possibilités de mise en œuvre de l'opportunité des poursuites sont utilisées sur le territoire national.

Certains abordent des questions de fond

(TGI de Troyes) : la spécificité de la toxicomanie -rechute- est difficile à concilier avec le judiciaire (récidive). En ce domaine les limites de la médecine et de la justice sont certaines. Le choix de la ou des solutions est très délicat. La plupart des juridictions décrit ses pratiques.

(a) Le manque de structures sanitaires

La raison la plus souvent invoquée pour ne pas mettre en œuvre la loi de 1970, en 1981, soit après dix ans de fonctionnement, reste l'absence de structures sanitaires susceptibles de remplir les obligations de soins définies par la loi.

Ce premier élément prend plusieurs formes :

- soit les structures n'existent pas

(TGI Roanne) : *aucune cure hospitalière n'est possible dans le département. A notre connaissance, il n'y a aucun traitement ambulatoire même au centre Médico-psychologique.*

(TGI Luré) : *faute d'équipement sanitaire adapté, il n'a pas été ordonné de cure de désintoxication ou de placement sous surveillance médicale.*

Dans un cas, la création d'une telle structure est jugée inopportune par crainte du prosélytisme (Troyes) ;

- soit les structures sont jugées inadaptées par les magistrats : dans les départements ne disposant que d'hôpitaux psychiatriques, les toxicomanes côtoient les malades mentaux (Evry) ;

- soit les réticences du corps médical sont telles que les structures ne peuvent être sollicitées ;

- soit les tentatives de mise en œuvre se sont avérées un échec, ce qui a provoqué une hésitation des magistrats sur l'intérêt d'une telle mesure (CA Poitiers), voire son abandon (CA Pau) :

(CA Poitiers) : *« Les magistrats se plaignent des difficultés qu'ils rencontrent, en général, pour assurer le suivi des cures et ils déplorent l'insuffisance, voire l'inexistence, des relations avec les services de l'action sanitaire et sociale... ainsi, les magistrats du Parquet comme leurs collègues de l'Instruction hésitent-ils de plus en plus à prescrire des mesures de désintoxication ».*

L'argument repose en grande partie sur le problème des moyens alloués à la mise en œuvre de la loi : il faudra en fait attendre le début des années 1990 pour que le budget consacré à l'injonction thérapeutique incite une grande majorité de départements à mettre en place les structures nécessaires.

Ces moyens ont été débloqués en particulier dans le cadre de la politique de la ville : les 31 départements prioritaires dans ce cadre assurent 85 % des injonctions au plan national.

En 1995, la diffusion de la mesure sur le territoire est indéniable d'un strict point de vue quantitatif : toutes les cours d'Appel ont comptabilisé des injonctions thérapeutiques, bien que pour certaines le nombre reste très faible. Mais le changement d'échelle est énorme : au total 8 630 mesures, soit une moyenne de 261 par cour. Bien que 10 cours d'Appel assurent moins de 10 injonctions dans l'année, 8 en ont réalisé plus de 300. Mais ce développement au niveau quantitatif masque de nouvelles disparités quant à la clientèle visée, sur lesquelles nous allons revenir.

Au bilan, après 20 ans de fonctionnement, il semble que les dispositions de la loi sont enfin appliquées, mais elles demeurent sans commune mesure avec le développement des interpellations sur la même période (voir deuxième chapitre). Les tensions sont néanmoins tombées, la participation des services sanitaires s'étant sensiblement améliorée.

Le développement des structures reste inégal sur le territoire, certains départements restant sous-équipés (Facy, 1991).

(b) La non-application de la loi

Le panorama dressé par les procureurs sur la mise en application de la loi en 1981 ne serait pas complet si l'on ne prenait en compte les pratiques de certains, montrant qu'ils faisaient un choix délibéré de ne pas appliquer la loi de 1970.

Ce choix peut revêtir deux positions extrêmes : certains poursuivent tous les usagers de stupéfiants, sans leur proposer d'alternative sanitaire, d'autres au contraire pratiquent une dépenalisation de fait et classent toutes les procédures (TGI Luré).

Même en choisissant une position intermédiaire, certains parquets reconnaissent ne pas appliquer la loi, soit de manière générale (TGI Colmar), soit pour l'année 1981 en particulier (TGI Moulins), tandis que l'un d'entre eux ne la fait appliquer que de manière officieuse par les OPJ (TGI Evreux).

Le parquet de Villefranche-sur-Saône décrit ainsi sa pratique :

« Le parquet utilise peu les dispositions de l'article L628-1 du CSP... Dans les cas bénins, une mise en garde est notifiée avant classement par les services chargés de l'enquête. Dans les cas les plus graves, les intéressés peuvent faire l'objet de poursuites pour usage, voire usage et trafic de stupéfiants ».

Cette dernière difficulté est de nouveau signalée pour 1995 puisqu'il paraît utile de signaler aux parquets que la délégation de l'opportunité des poursuites ne saurait exister car elle est contraire aux dispositions du code de procédure pénale (Sagant, 1997).

(c) Les autres alternatives sanitaires

Les autres obligations de soins, définies par l'article L. 628 CSP alinéas 2 et 3 sont comptabilisées au niveau national jusqu'en 1981 et font l'objet de commentaires de la part des magistrats.

i - Les contrôles judiciaires

En 1981 beaucoup de parquets signalent privilégier les contrôles judiciaires qui leur paraissent donner de meilleures garanties, en particulier en matière de réinsertion sociale. Cette possibilité est directement issue de l'article L. 628-2, mais utilise en réalité les dispositions de droit commun. Jusqu'en 1981, nous le verrons, la fiche de renseignements statistiques porte également sur les cures ordonnées par les juges d'instruction sans qu'il soit possible de savoir si ce sont des cures « directes » ou si elles sont mises en œuvre par le biais d'un contrôle judiciaire.

(CA Pau) : il est donc préférable d'inculper avec un contrôle judiciaire comportant des obligations précises : le contrôle est ainsi plus efficace, et les intéressés finissent parfois par s'y conformer.

La circulaire de 1995 empiète sur ce terrain en demandant aux juges d'instruction de signaler aux parquets tous les usagers de stupéfiants, en vue d'une injonction thérapeutique. Cette nouvelle disposition ignore donc les obligations de soins sous contrôle judiciaire, toujours largement utilisées dans le cadre de l'instruction, d'où sans doute, l'hésitation des magistrats dans l'application de cette circulaire, que signale le rapport Sagant (1997, p. 14) : « *au delà des pratiques ponctuelles des uns et des autres, il semble que le traitement judiciaire des faits d'usage inclus dans une procédure d'instruction reste hésitant. Il convient de remarquer que de nombreux parquets n'ont pas répondu à cette question. Cette carence est difficile à interpréter mais pourrait traduire un certain désintérêt de leur part* ».

Ce rapport note simplement le recours au contrôle judiciaire mais présente cette mesure comme peu usitée sur le territoire. En fait, en l'absence de relevé statistique, il faudrait une enquête nationale auprès des associations chargées du contrôle judiciaire. Peu de données sont actuellement disponibles, comme nous le verrons dans le deuxième chapitre.

ii - Les incitations aux soins

Les incitations aux soins ne sont pas décrites par les parquets, ou ne sont pas relevées dans le rapport Sagant. D'après les données des enquêtes DDASS (DGLDT, 1995), dix départements utilisent actuellement cette procédure pour des usagers de stupéfiants poursuivis pour un délit autre qu'une infraction à la législation sur les stupéfiants. Cette procédure est d'ailleurs également appliquée en matière d'alcoolisme.

L'expérience du parquet de Bordeaux a fait l'objet d'une description (DDASS de la Gironde, 1996). Sa mise en place date de l'année 1995. Cette mesure concerne des toxicomanes poursuivis pour un délit autre que l'ILS, majoritairement des vols. L'utilisation de cette nouvelle mesure par le tribunal est difficile à mettre en place. Le service note ainsi : *l'incitation aux soins semble en effet rencontrer les difficultés qu'a connue l'injonction thérapeutique : problème d'information des services de police et de la Justice, questionnement sur l'intérêt et les résultats, doutes sur l'utilité...*

B/ Les abandons de poursuite

Outre l'injonction thérapeutique, d'autres abandons de poursuite par le parquet existent comportant ou non un volet sanitaire ou un suivi par les DDASS.

La circulaire du 17 mai 1978 en instituant la simple mise en garde à l'encontre des usagers de haschich avait provoqué une dépénalisation de fait de l'usage de cette substance. Elle fut abrogée en 1987 mais la confusion provoquée a persisté, si bien que c'est en ce domaine que la disparité des pratiques est la plus forte. La mise en garde de 1978 est diversement appliquée en 1981. Elle sera remise en question par la circulaire de 1987 qui instaure le classement avec avertissement. En 1995, ce genre d'abandon de poursuite connaît un renouveau sous deux formes : le classement avec avertissement ou le classement avec signalement à la DDASS.

(a) La mise en garde

En 1981, la possibilité d'une simple mise en garde pour les utilisateurs de haschich est diversement accueillie par les parquets. Toutes les situations se rencontrent : elle est utilisée ou non, par les magistrats ou les services enquêteurs, selon des modalités variées.

i - Son application

- certains parquets y recourent systématiquement pour les usagers de haschich : soit simplement, soit avec un signalement aux services de la DDASS, (TGI Bernay, Strasbourg). Dans ces juridictions, elle ne pose pas de problème particulier et quelques mises en garde sont prononcées chaque année (Angoulême).

- certains parquets y recourent systématiquement pour tous les usagers : ceux qui en pratique ont dépénalisé l'usage :

(TGI Luré) : le nombre de procédures établies dans ce domaine reste faible... Cette faiblesse doit ainsi être corrigée, du moins en ce qui concerne l'usage de stupéfiants, par la dépénalisation de fait de ce délit, dont la recherche par les Services de Police et de Gendarmerie n'est pas systématique en l'absence de trafic.

- certains parquets s'y refusent et ne l'appliquent pas du tout (TGI Troyes), soit parce qu'ils poursuivent tous les usagers, soit parce qu'ils classent tous les faits d'usage :

(CA Douai) : la mise en garde prévue par la circulaire du 17 mai 1978 n'est pas utilisée par les Parquets qui se contentent de classer sans suite les procédures d'usage.

De même à Fort-de-France : les usagers n'étant pas poursuivis, il ne paraît pas opportun de procéder à la mise en garde.

Voici par contre les motifs évoqués par le parquet de Troyes pour s'opposer à une telle procédure :

« Compte tenu de la gravité de l'usage du haschich, de la découverte de filière à partir des usagers, le Parquet ne peut se contenter de la mise en garde. Il y a trop d'usagers qui ignorent l'interdiction pénale du haschich ; la mise en garde est inusitée car inefficace dans presque tous les cas ; une information avec contrôle judiciaire paraît beaucoup plus opportune ; par contre le passage devant le Tribunal correctionnel n'est pas indispensable, sauf à prononcer une dispense de peine ».

- dans cet esprit, certains magistrats jugent cette procédure lourde et inutile :

(TGI Nevers) : Bien qu'il ne soit pas très motivant pour des Magistrats du parquet ou des fonctionnaires de police d'adresser des mises en garde successives à des usagers de drogues dites « douces », les directives de la circulaire du 17 mai 1978

ont été appliquées scrupuleusement dans les mois qui ont suivi sa parution. Rapidement, les Magistrats du Parquet ont été amenés à s'interroger sur l'utilité de ces recommandations purement gratuites... ces incertitudes, liées à la lourdeur et à l'inutilité de cette procédure, ont rapidement amené les Magistrats de mon Parquet à abandonner la pratique de ces mises en garde à laquelle ils n'ont maintenant jamais recours.

- certains parquets ne l'utilisent pas mais préfèrent un classement sans suite, les services enquêteurs diffusant une information sur les possibilités de consultation :

(TGI Angers) : La procédure de mise en garde n'est pas utilisée dans le ressort. Les toxicomanes interpellés pour des faits d'usage de haschich sont toutefois incités par les services enquêteurs à entrer en contact avec les animateurs du Centre d'Accueil.

- enfin, certains parquets, sans y être opposés, la décrivent comme tombée en désuétude (Lyon) surtout si elle apparaît inappropriée (Orléans, Sens), d'autres solutions pénales lui étant préférées.

(TGI Orléans) : cette institution pratiquée autrefois au parquet d'Orléans étant tombée en désuétude ce moyen ne paraissant plus opportun eu égard à la catégorie de délinquants habitués de longue date et pour la plupart installés dans la pratique alternée de drogues « douces » et « dures ».

(TGI Sens) : La mise en garde, concernant l'usage de stupéfiants n'est pratiquement pas utilisée au parquet de Sens. Tout d'abord, rares sont les cas qui se prêtent à cette pratique. Les usagers de haschich relèvent-ils d'une cure de désintoxication ? ou encore d'un placement sous surveillance médicale ?...

ii - Qui la fait ?

- les magistrats

Les personnes sont convoquées au parquet où le magistrat les reçoit et effectue un rappel à la loi.

- les services enquêteurs

Le cas décrit précédemment de Villefranche sur Saône faisait état d'une mise en garde notifiée avant classement par les services chargés de l'enquête.

Dans d'autres juridictions la mise en garde est effectuée par les OPJ, quels qu'ils soient ou sans précision pour certains parquets, uniquement par les services spécialisés pour d'autres :

(TGI Bobigny) : Les services de police judiciaire spécialisés (sections de la 8ème BT et du S.D.P.M.) procèdent à l'audition de l'usager et si la vérification des antécédents s'avère négative notifient la mise en garde et envoient le procès-verbal d'audition au parquet. Les services de police non spécialisés et les brigades de gendarmerie ne procèdent pas à la mise en garde et envoient directement leur procédure au Parquet dans tous les cas.

iii - A quels usagers ?

Outre les restrictions sur les produits, déjà évoquées, la mise en garde peut être réservée à des usagers présentant certaines caractéristiques, celles-ci ne définissent pas toujours des catégories facilement cernables :

- pour les cas « bénins » :

(TGI Villefranche sur Saône) : Dans les cas bénins, une mise en garde est notifiée avant classement par les services chargés de l'enquête. Dans les cas plus graves, les intéressés peuvent faire l'objet de poursuites pour usage...

Rappelons que dans cet exemple, les cas bénins ou graves s'appliquent tous deux à des usagers de haschich, le critère de gravité n'étant pas précisé.

- pour l'usager occasionnel : cette distinction est établie dans les circulaires du ministère de la Justice dès les années 1972 :

(TGI Tours) : cette procédure est appliquée de façon systématique vis-à-vis de la consommation occasionnelle de cannabis.

- sauf en cas de réitération (Paris), après vérification des antécédents judiciaires (Rennes)

(TGI St Nazaire) : cette mise en garde s'effectue au niveau du parquet sous forme d'un classement d'opportunité pour tous les simples usagers de drogues douces après vérification du casier judiciaire et vérification au fichier parquet d'où doit ressortir l'absence de toute procédure antérieure pour le même motif.

- pour les mineurs :

(TGI Evry) : *A l'égard des usagers de haschich, une mise en garde est faite par le biais d'une convocation au parquet, plus particulièrement lorsqu'il s'agit de mineurs.*

iv - Sous quelle forme ?

La mise en garde peut revêtir différentes formes, plus ou moins élaborées :

- sur ordre du parquet, la mise en garde est effectuée par un officier de police judiciaire, qui effectue un rappel à la loi

(TGI Tours) : *Elle se traduit par l'envoi au service enquêteur du domicile de l'intéressé d'un soit-transmis photocopié attirant l'attention du toxicomane sur les dangers d'ordre physique ou psychologique auxquels l'expose la consommation même épisodique de cannabis, et l'invitant, sans que cette invitation constitue une obligation à son égard, de s'adresser soit à toute personne qualifiée de son choix (médecin de famille par exemple) soit au centre dont l'adresse leur est communiquée.*

- par une lettre du parquet à l'utilisateur qui effectue un rappel à la loi

- par une lettre du parquet et une lettre de la DDASS qui informe des possibilités de consultation sur le ressort

- par un entretien avec le magistrat

- par un entretien avec le magistrat et avec le service DDASS (TGI Laval).

A la fin des années 1980, la procédure de mise en garde est abandonnée dans les directives émanant du ministère. Les pratiques sont mal connues ; il n'est pas exclu que des juridictions aient continué à l'appliquer. Cette procédure est réactivée à partir des années 1990, sous d'autres appellations.

(b) Les classements avec avertissement ou avec signalement

En contrepoint de l'injonction thérapeutique, qui offre une alternative sanitaire aux poursuites, les classements sans suite peuvent revêtir en matière d'usage de stupéfiants des formes plus ou moins complexes, s'apparentant quelquefois à des classements sous condition de soins. Pour cette raison, le rapport Sagant (1997) relève que le nombre de

classements sans suite paraît faible, mais cette remarque ne se fonde sur aucune statistique nationale, du fait de la disparition de la fiche de renseignements statistiques des cadres du parquet en 1983.

Le classement avec avertissement peut prendre quatre formes principales :

- un avertissement par un officier de police judiciaire, généralement à destination des usagers de cannabis ; c'est le cas de Paris et de Nanterre. Ainsi pour le TGI de Paris en 1994, environ 1 000 avertissements ont été délivrés, soit 42 % des interpellations (Vaubailon, 1997).
- un courrier du parquet
- une convocation de l'usager devant le magistrat
- une convocation de l'usager devant le magistrat et l'autorité sanitaire. C'est le cas de Bordeaux en 1991 (Heyte, 1991), le but essentiel étant de dire la loi. Cet auteur définit ainsi cette pratique : *la poursuite paraît disproportionnée à la portée et au sens réel de l'acte illicite, mais l'absence de réponse apparaît tout aussi inadapté... C'est pourquoi le parquet fait adresser au mis en cause, par le service de police ou de gendarmerie de son domicile, une convocation d'avoir à se présenter... comparait devant l'autorité judiciaire en présence de l'autorité sanitaire.*

Les parquets qui pratiquent ce classement avec avertissement le réservent souvent aux usagers de cannabis ou aux mineurs.

Le classement avec signalement à la DDASS se fonde sur l'article L. 355-14 du CSP, voulant que les usagers soient signalés à l'autorité sanitaire. Il renoue donc avec la pratique directement issue de l'application de la loi de 1970, qui prévoyait l'envoi par les parquets d'une fiche concernant chaque usager à la DDASS avec l'orientation choisie par le parquet (cf. *supra*). Cette pratique est la plus proche de l'ancienne mise en garde. Deux exemples peuvent en être donnés : à Bordeaux (Heyte, 1991) et à Versailles (Simmat-Durand, 1994).

Ainsi pour Bordeaux, cette procédure est décrite ainsi : *cette fois, il s'agit des procédures qui seront classées sans autre forme de procès, en raison du caractère de très infime gravité* (Heyte, 1991). Une copie simplifiée de la procédure est adressée à la DDASS, qui apparemment, mais le texte n'est pas très explicite, écrit ensuite à l'usager.

L'inconvénient de cette organisation, pointé par les parquets dès le début de la mise en œuvre de la loi, est l'absence totale de « remontée » du service DDASS quant aux suites sanitaires éventuelles.

Ce point nous amène directement à évoquer, la troisième préoccupation majeure des magistrats qui ressort des deux enquêtes, à savoir la qualité des relations avec les DDASS.

C/ Les relations avec les DDASS

L'application de la loi, par son double aspect judiciaire et sanitaire, nécessite une collaboration entre ces deux autorités dans sa mise en œuvre. Cette nécessaire collaboration a été à plusieurs reprises le thème de circulaires conjointes, ce qui montre à l'évidence qu'elle n'allait pas de soi. Interrogés sur leurs rapports avec les services de la DDASS en 1981 puis en 1995, les magistrats donnent des réponses qui montrent à la fois une grande continuité (la méfiance) et des changements, liés à une vision plus pragmatique du rôle de chacun.

En 1981, l'existence même de l'injonction thérapeutique dépendait de l'établissement de relations avec les services de la DDASS. La qualité de ces relations peut être schématisée en cinq modalités :

- les rapports sont inexistants

En particulier, quand il n'y a aucune structure sanitaire susceptible de participer à la mise en œuvre de la loi (Nanterre)

(CA Versailles) : Dans celle [la circonscription] de Nanterre, les établissements agréés ne satisfont pas à leurs obligations mettant le Juge d'Instruction, le Juge des enfants ou le Tribunal dans l'impossibilité d'ordonner des cures.

- les rapports sont purement administratifs

Ils se bornent à la transmission des fiches individuelles (voir en annexe). Ces fiches ont été définies par deux circulaires des ministères de la Justice et de la Santé en 1972³⁴⁰ : elles visent à mieux cerner le phénomène de la toxicomanie et le problème de la récidive légale. Ces fiches devaient être à la fois un instrument de travail pour les policiers et magistrats pour la recherche des antécédents judiciaires et permettre par les DDASS le comptage des mesures d'injonction thérapeutique.

Destinées à établir des statistiques sur l'évolution de la toxicomanie en France, les fiches recueillent des critères relatifs aux utilisateurs et aux substances illicites employées. Elles doivent être remplies pour tout utilisateur reconnu ou présumé. Une partie de ces fiches est nominative et est destinée à être classée au casier judiciaire.

³⁴⁰ - Circulaires DGS/591 et DGS/591bis du 29 mars 1972, circulaire Justice n° 69F389-III du 29 mai 1972.

Ce travail paraît souvent disproportionné aux résultats attendus : « *les juristes devaient faire circuler, pour chaque sujet, des formulaires à 7 feuillets entre la Police, le Parquet, la DDASS et les soignants, d'où une procédure trop lourde* » (DDASS Rhône, 1992, p. 24).

Les circulaires de 1986 ont abrogé les précédentes³⁴¹ et fait disparaître ces fiches, les parquets devant néanmoins continuer à informer les DDASS du nombre des injonctions thérapeutiques prononcées.

- les rapports sont réservés :

Les médecins au terme de dix années d'application de la loi restent réticents : « *Les soignants encore sous le coup de l'esprit 68 entendaient interdire l'interdit* » (DDASS Rhône, 1991, p. 24) et se retranchent derrière le secret professionnel.

Les magistrats interprètent cette réserve comme une attitude délibérée de discrétion (Grenoble), voire pouvant gêner les investigations des juges (Meaux). Certains les perçoivent également comme mal formés pour prendre en charge les toxicomanes (Troyes).

(CA Grenoble) : *les rapports sont inexistantes par l'attitude de réserve délibérée adoptée notamment par les médecins, les assistants sociaux...*

(TGI Meaux) : *rapports avec les médecins : réservés, certains praticiens ayant une tendance naturelle à gêner les investigations.*

Les magistrats ressentent également de la part des médecins une prévention à l'égard du judiciaire (Dijon) qui entrave la collaboration nécessaire à l'application de la loi.

- les rapports sont excellents :

Dans les juridictions où des relations de suivi ont pu s'établir, les magistrats qualifient les rapports d'excellents nonobstant qu'ils déplorent souvent le manque d'informations précises sur le suivi :

(TGI Paris) : *ces rapports demeurent excellents... la première section étant régulièrement informée du déroulement des cures prescrites. L'efficacité de ces cures apparaît certaine en dépit d'échecs inévitables et de l'insuffisance des structures d'accueils...*

³⁴¹ - Circulaire 86-12-F1 du 26 mai 1986 et circulaire DGS/778/2D du 6 août 1986 portant suppression du carnet individuel de fiches relatives à l'usage illicite de stupéfiants, *B.O. Santé* n° 86/41, p. 189.

- enfin, dans quelques juridictions les rapports sont perçus comme conflictuels

ils remettent alors en cause l'existence même de l'obligation de soins puisqu'en l'absence d'informations sur le suivi, les magistrats hésitent à prescrire des mesures (Poitiers). Aucun progrès notable n'est fait dans la mise en œuvre de la loi (Dijon).

Dans quelques juridictions, des plaintes ont été déposées à l'ordre des médecins, les médecins, selon les magistrats, concourant au développement de la toxicomanie par des prescriptions abusives (Pau).

En 1995, on sent un grand changement de mentalités par rapport à la période antérieure ; les rôles ont été redéfinis.

Selon Sabatier (1988), l'ambiguïté fondamentale à l'origine de tous les conflits était que les thérapeutes mettaient en cause une démarche ne reposant pas sur l'adhésion du sujet. Ce conflit a pu ensuite s'apaiser : *« Cette méprise, qui donna l'occasion tant aux magistrats qu'aux thérapeutes de camper sur des positions de principes, s'estompe et fait place à une vision plus pragmatique... »*

Au tournant des années 1990, les relations sont courtoises bien que distantes : 73 % des DDASS interrogées par F. Facy (1991) sont informées de la mesure d'injonction thérapeutique par un courrier du parquet. Seuls quelques parquets en France comportent une antenne DDASS au sein du tribunal.

En 1996, les relations sont dans l'ensemble jugées satisfaisantes mais de grandes variations territoriales subsistent dans l'implication des services. Quelques parquets déclarent ne pouvoir mettre en œuvre l'injonction thérapeutique faute d'accord avec le médecin de la DDASS, mais ils deviennent rares. Pour les autres, si les relations demeurent inexistantes, elles n'empêchent plus la mise en œuvre de la loi puisque certains parquets signalent s'adresser directement aux associations ou aux médecins généralistes à défaut d'un accord avec la DDASS. Dans ce cadre, celle-ci est simplement avisée de la mesure (DGLDT, 1997, p. 30).

De façon générale, il semblerait que les DDASS se soient plutôt cantonnées dans un rôle d'orientation des usagers plutôt que vers une prise en charge, ce que nous avons étudié au niveau du parquet de Nanterre.

Les documents disponibles montrent toujours une grande diversité dans les modalités de mise en œuvre de l'injonction thérapeutique. 27 départements ont créé une cellule injonction thérapeutique au sein de la DDASS dans un local proche du tribunal (DGLDT, 1997), ce qui améliore notablement la probabilité d'un suivi de la mesure. Dans quelques tribunaux, la cellule DDASS est implantée dans le tribunal (Paris, Bordeaux, Nanterre).

Les points qui demeurent litigieux :

- l'information du parquet reste le point sensible. Si les parquets sont en majorité informés de la fin de la mesure, ils n'ont aucun élément sur la qualité du suivi ou le déroulement réel de la mesure. L'information fournie par la DDASS se réduit le plus souvent à un compte rendu d'assiduité, les magistrats n'ont aucune information sur la réalité du soin (IHESI, 1995, p. 40). A tel point que certains d'entre eux pensent qu'il serait plus exact de parler d'obligation de consultation plutôt que d'obligation de soins.
- l'insuffisance locale des structures adéquates reste signalée par quelques parquets, comme la raison majeure à la non-utilisation de la mesure. Cette insuffisance était pointée en 1990 dans le rapport Facy (1991) : 20 départements sur les 84 ayant répondu à l'enquête sont totalement dépourvus de structure spécialisée en toxicomanie, 29 ont une structure d'accueil seule. Ce rapport note que ce sont les départements les mieux dotés qui ont effectué le plus grand nombre d'injonctions thérapeutiques.
- l'amélioration de la déperdition entre le parquet et les structures sanitaires pose également des problèmes diversement ressentis ou réglés. Ainsi quelques parquets ont choisi de déférer les usagers devant le magistrat, qui effectue le rappel à la loi et propose l'injonction thérapeutique (Paris).

Pour un magistrat interrogé à Nanterre, l'amélioration du dispositif passe par une meilleure information des services de police et de gendarmerie car ce sont eux qui délivrent la convocation pour l'injonction thérapeutique. Si ensuite les personnes ne viennent pas, soit l'information est insuffisante, soit elles ont peur de venir, soit elles n'ont pas eu les explications sur l'enjeu de la convocation. L'information globale est incomplète et les magistrats du parquet ont peu de temps à consacrer à une formation des services sur la politique de la juridiction.

*D/ Les critères de choix de l'injonction
thérapeutique*

En l'absence de toute statistique nationale sur la « clientèle » de l'injonction thérapeutique, seuls les critères évoqués par les magistrats sont ici retenus. Pour certains parquets, l'injonction thérapeutique demeure une mesure plus indulgente dans l'échelle des réponses possibles face à un usage de stupéfiants (Sagant, 1997). Certaines caractéristiques de l'utilisateur vont donc déterminer l'adoption de cette mesure.

(a) Le produit

Alors même que la loi ne fait aucune distinction entre les différentes substances stupéfiantes, ce qui est d'ailleurs le reproche principal qui lui est adressé, ce critère revient de façon récurrente dans les propos des magistrats pour interpréter leur action. Les pratiques montrent également une grande diversité.

En 1981, la diversité des pratiques reposait moins sur le produit, suite à la circulaire de 1978 et au rapport Pelletier : l'injonction thérapeutique n'était pas utilisée pour le haschich. D'ailleurs, le soin était considéré comme non-adapté à cette clientèle, en l'absence de réelle dépendance au produit.

En 1996, du fait des glissements successifs vers une prise en charge de plus en plus socio-éducative (ou moins médicale), la diversité des pratiques se fonde sur une distinction du produit.

Les parquets de Châlons-sur-Saône et de Bayonne ont convenu avec les autorités sanitaires de leur ressort de ne pas appliquer l'injonction thérapeutique aux usagers de cannabis.

Selon les chiffres fournis par les DDASS (DGLDT, 1997), en l'absence de chiffres en provenance des parquets, sur 81 départements utilisant l'injonction en 1995 : 52 ont une proportion d'usagers d'héroïne supérieure à un tiers, 29 donnent une priorité au cannabis et 13 l'utilisent exclusivement pour du cannabis.

Selon Mme Sagant (1997), l'utilisation de l'injonction thérapeutique pour les usagers de cannabis correspond à une vision élargie du rôle de cette mesure, intégrant un suivi socio-éducatif, une prise en charge psychologique ou la délivrance d'un message préventif et informatif.

On observe donc un glissement net en quinze ans : le développement des injonctions actuel empiète non sur les poursuites mais sur le classement sans suite. Les usagers qui auraient fait l'objet d'une simple mise en garde en 1981, se voient orientés vers l'injonction en 1995. Cet effet est également signalé à propos de la médiation et va dans le sens des orientations du ministère de la Justice dans « Les réponses à la délinquance urbaine ». La volonté de ne pas laisser les actes de petite délinquance sans réponse détourne certaines réponses pénales de leur clientèle-cible.

Ce dévoiement des moyens est également dénoncé par les médecins, qui face à la pénurie de places dans les structures spécialisées voient d'un mauvais œil le prononcé de mesures d'injonction thérapeutique qui les obligent à prendre en charge une clientèle qu'ils estiment non prioritaire. « *Une interrogation subsiste sur la légitimité d'utiliser ce cadre législatif contraignant destiné en principe à l'accès aux soins spécialisés en*

toxicomanie pour aborder et régler uniquement des problèmes sociaux et familiaux » (DLGDT, 1997, p. 30).

(b) L'âge

Le second critère qui revient de façon récurrente dans les propos des magistrats est celui de l'âge avec la question particulièrement épineuse des usagers mineurs.

Déjà en 1981, les parquets signalent la spécificité de la toxicomanie des mineurs, reposant sur des produits généralement licites ; les rapports abordant le sujet restent cependant rares, aucune question spécifique n'ayant été incluse dans le questionnaire et la plupart des procureurs ayant strictement respecté le cadre de celui-ci.

Ainsi le Procureur général de la cour d'Appel de Versailles commente les données concernant les mineurs dans son ressort : 117 mineurs ont fait l'objet d'une orientation, 28 vers une mesure d'assistance éducative, 89 vers une procédures pénales et 36 cures ont été ordonnées. Nous pouvons rappeler qu'au niveau national, pour cette même année, 61 cures ordonnées par les juges pour enfants ont été relevées.

(CA Versailles) : Il [le Procureur de Versailles] signale, comme le Procureur de la République de Pontoise, le recours de plus en plus fréquent, notamment chez les mineurs de 12 à 14 ans, à des produits de substitution tels que l'éther, le trichloréthylène ou les colles, usage non sanctionné qui est susceptible de constituer une première étape sur la voie de la toxicomanie.

Ces substances ont été retirées de la vente aux mineurs dans les années qui ont suivi (voir *supra*, partie législative).

La circulaire de 1995 revient sur le problème des mineurs. La question qui revient de façon récurrente dans la plupart des circulaires depuis le début des années 1990 est celle des signalements. Toutes les circulaires incitent les parquets à se faire signaler par les services de police et de gendarmerie les faits concernant des mineurs. L'enquête en cours sur le tribunal de Nanterre montre clairement le décalage dans l'âge des usagers interpellés par les services et de ceux signalés au parquet³⁴². De même, les signalements par l'intermédiaire des établissements de l'éducation nationale restent rarissimes.

Au niveau national, on ne sait pas combien de mineurs ont fait l'objet d'une injonction thérapeutique puisqu'un seul chiffre est collecté dans chaque juridiction. Selon les tribunaux, les injonctions mineurs existent ou non et sont ou non incluses dans le chiffre porté sur les cadres du parquet.

³⁴² - DEA en cours, Hélène Martineau, soutenance prévue en mai 1998.

Ainsi à Nanterre, les injonctions prononcées à l'encontre des mineurs n'apparaissent pas comme telles dans l'activité de la juridiction. Le chiffre porté sur le cadre correspond aux seuls majeurs. Pourtant, les injonctions sont utilisées pour les mineurs, une psychologue de la DDASS recevant les familles et les jeunes une journée par semaine.

Au contraire, pour le département du Nord (DDASS Nord, 1992), le rapport d'activité signale que 6 % des mesures correspondent à des mineurs. Ils sont donc ici comptabilisés avec les majeurs.

Dans le domaine des mineurs, nous avons déjà relevé la compétition des textes entre la loi de 1970 et l'ordonnance du 2 février 1945. V. Sagant conclut ainsi : « *Les pratiques parquetières traduisent bien la primauté des nécessités socio-éducatives sur les besoins strictement médicaux, ce qui explique une relative inadéquation de la mesure d'injonction thérapeutique conçue exclusivement comme une offre de soins* ».

La pratique développée à Nanterre, bien qu'utilisant un dispositif proche de celui de l'injonction thérapeutique, montre un traitement spécifique de cette clientèle (Blot, 1991). La psychologue DDASS chargée des mineurs explique bien ces contradictions :

« au départ, il y a un souci de cohérence éducative, il faut rappeler l'interdit ; mais c'est difficile à soutenir sur le plan thérapeutique, c'est plutôt un souci de prévention. Surtout que la toxicomanie est souvent associée à des problèmes d'alcool, à des difficultés scolaires... on veut travailler avec l'ado sur une proposition d'aide. L'obligation de rencontre ne tient pas, les menaces ne sont suivies d'aucun effet ; c'est donc une obligation d'aide ! surtout avec des ados qui revendiquent de se débrouiller seuls ».

Cette pratique se développe nettement puisqu'en 1995, 45 mineurs avaient été reçus, chiffre monté à 97 mineurs et 108 parents entre janvier et octobre 1996 (date de notre entretien), ce qui avait donné lieu à 278 entretiens.

Sur la même juridiction, quelques mineurs, proches de la majorité sont également placés sous contrôle judiciaire dans le cadre d'une poursuite ; selon un contrôleur judiciaire cette pratique correspond à une volonté de « marquer le coup » en cas de réitération ou à celle d'avoir une réponse immédiate car le service se saisit dans la semaine.

(c) Les faits et les antécédents

L'infraction ou les infractions constatée(s) sont un élément déterminant des modalités de l'action publique puisqu'elle(s) détermine(nt) la sanction applicable. La notion d'usager simple opposée à celle d'usager-revendeur ou d'usager ayant commis un autre délit est donc fondamentale dans le choix que fait le parquet de la réponse pénale adaptée.

En pratique, nous l'avons maintes fois souligné, le délit de détention peut toujours être retenu contre un usager puisqu'il est indissociable de la consommation. Or, ce délit est inséré dans le nouveau code pénal avec les autres infractions relevant du trafic puisque l'incrimination de détention en vue de la consommation personnelle n'est pas distinguée.

L'usage-revente comme l'usage-vol par exemple conduisent les parquets à opter pour la poursuite, l'obligation de soins éventuelle étant laissée à l'appréciation du tribunal (Sagant, 1997), sous la forme par exemple d'une condamnation à un sursis avec mise à l'épreuve.

L'application stricte de la loi de 1970 conduit certains parquets à ne proposer l'injonction thérapeutique qu'une seule fois (Créteil, Sens, Morlaix). La circulaire du 28 avril 1995 sur ce point n'a pas été suivie d'effet partout.

Nous avons déjà abordé cette conception, qui sépare la notion de rechute (sur un plan médical) de celle de récidive (sur un plan judiciaire) : si les médecins considèrent en général que la rechute fait partie intégrante du parcours du toxicomane, les magistrats s'en tiennent aux dispositions du code pénal selon lesquelles toute récidive est une circonstance aggravante.

Peu de parquets semble-t-il envisagent en parallèle l'injonction thérapeutique pour les faits d'usage et la poursuite pour les autres faits concomitants, ce que propose également la circulaire du 28 avril 1995. Ce point a déjà été évoqué : les parquets en 1981 montraient une préférence dans ce cas de figure pour les poursuites associées à un contrôle judiciaire. Cette pratique est toujours choisie par nombre d'entre eux, parallèlement au développement de l'injonction thérapeutique pour d'autres cas.

(d) Selon le domicile

Quelques problèmes spécifiques restent mal résolus à ce jour, en particulier celui du domicile. Comment faire bénéficier de l'injonction thérapeutique les personnes sans domicile fixe ? A Paris, plusieurs solutions sont proposées en partenariat avec une association ou sous forme d'antenne-relais dans le tribunal permettant une prise en charge immédiate (Vaubaillon, 1997).

La détermination du parquet compétent reste encore mal résolue, bien que la circulaire du 28 avril 1995 ait posé des principes simples :

- le parquet du domicile de l'usager est le seul en mesure de mettre en œuvre efficacement l'injonction thérapeutique,
- le parquet du lieu d'arrestation restera compétent pour les usagers sans domicile fixe ou justifiant une conduite immédiate devant un magistrat.

La prise en charge dans le département où est prononcée la mesure est loin d'être évidente, puisque les enquêtes DDASS montrent que près de la moitié des mesures sont prononcées pour des personnes domiciliées hors du département.

Or, le succès de la mesure dépend certainement de la proximité des institutions : quand une personne est convoquée non dans le département de son domicile mais dans celui de son lieu d'arrestation. Ainsi, sur Nanterre, nous avons mis en évidence le traitement différencié des usagers soumis à injonction selon le parquet du lieu d'interpellation : ceux du département se voient notifier la mesure par un officier de police judiciaire et reçoivent une convocation en mains propres pour une date déjà fixée, alors que ceux domiciliés dans le département mais qui ont été soumis à l'injonction par un autre parquet, sont avertis ultérieurement par simple courrier de la date de convocation.



Conclusion du premier chapitre :

Le dispositif législatif de la loi de 1970 montre un projet ambitieux : concilier des actions de protection de la santé publique et de maintien de l'ordre public. Il faut tout à la fois lutter contre le trafic de stupéfiants et soigner les toxicomanes. Dans le contexte de lutte contre les stupéfiants au niveau international, ce texte est plutôt novateur en introduisant des actions sanitaires.

Dès la fin des années 1970, la répression est choisie comme l'action prioritaire. Le dispositif français est alors plus ferme que celui de la convention de 1971 et de son protocole puisque l'alternative sanitaire ne vise que l'usage et non les autres délits en matière d'infraction à la législation sur les stupéfiants. Même en matière sanitaire, la répression est de mise avec l'interdiction de la vente des seringues. La prévention est même omise par crainte du prosélytisme. Les toxicomanes sont pris en charge par des associations et quelques structures hospitalières du fait de la présence de médecins convaincus.

La création du nouveau délit d'offre-acquisition, renforce cette pression de la répression. Le combat de santé publique a disparu : les usagers de stupéfiants sont tous des délinquants en puissance, les moyens nécessaires pour se procurer de la drogue les amenant soit à commettre des actes de délinquance, soit à faire de la revente.

Seul changement bien que discret, le rapport Pelletier et la circulaire qui lui a fait suite sur les usagers de haschich ont semé le trouble parmi les magistrats et développé l'idée, dans le public, que ce produit a été dépénalisé. La chute des interpellations d'usagers de haschich est alors nette (voir le deuxième chapitre), mais ne dure pas. Les pratiques vont se diversifier, chaque parquet mettant en œuvre, « sa » politique pénale. Les disparités entre les juridictions parisiennes et provinciales deviennent flagrantes.

Après 1985, la prise en compte de l'épidémie de sida fait revenir le problème de santé publique sur le devant de la scène. Les hésitations font prendre du retard à la France : en 1985, l'interdiction de la vente des seringues est réaffirmée, elle est levée en 1987 pour une période transitoire. Le rapport de l'IGAS sur la protection sociale des toxicomanes, les enquêtes de l'INSERM sur la prévalence du sida en prison vont créer une pression favorable à l'entrée dans une politique de réduction des risques. Les intervenants en toxicomanie prennent le risque de se mettre hors-la-loi en débutant les opérations de distribution de seringues. Il faudra finalement attendre l'année 1995 pour que la base juridique nécessaire soit donnée et pour que démarrent les programmes de substitution.

Au passage, la question des alternatives sanitaires aux poursuites pénales ou à l'emprisonnement n'est pas oubliée. Les évaluations qui sont tentées tendent à un constat global : la loi de 1970 n'est pas appliquée dans son volet sanitaire.

L'injonction thérapeutique va monopoliser l'attention : c'est une possibilité de mettre les toxicomanes en contact avec les structures de soin. Elle fait alors l'objet de différentes

relances. C'est l'occasion aussi sans doute de découvrir que cette mesure, dispositif central de la loi de 1970, ne fait l'objet d'aucune évaluation. Même le simple comptage statistique des mesures prononcées est omis (cf. deuxième chapitre).

En quelques années, les actions se multiplient et se diversifient : prévention, réduction des risques, relance de l'injonction thérapeutique avec les moyens financiers nécessaires, etc... Néanmoins, les évaluations précises sur la mise en œuvre des mesures préconisées font défaut. Les dispositifs mis en place dans le cadre de la loi de 1970 sont mal connus en ce qui concerne cette articulation judiciaire/sanitaire. Le deuxième chapitre propose maintenant une exploration des données chiffrées disponibles.

CHAPITRE 2 : LES STATISTIQUES

Les données chiffrées disponibles concernant les usagers de stupéfiants sont un bien mauvais indicateur pour mesurer le phénomène « toxicomanie ». Tout le monde en a convenu et le maniement de telles données s'accompagne de toutes les restrictions méthodologiques souhaitables depuis la mise au point effectuée par R. Padieu (1990).

Les données disponibles sont en effet uniquement des mesures de l'activité institutionnelle déployée autour du phénomène identifié en rapport avec la consommation de substances interdites ou non³⁴³. A ce titre, il paraît opportun de les examiner quand on s'intéresse aux institutions et à la prise en charge comme indicateur de l'activité que le phénomène suscite.

Les interactions entre l'activité mesurée par la prise en charge, le phénomène observé et les choix politiques ne doivent pas être sous-estimées. Quand sur le plan sanitaire, l'offre de places dans les structures augmente (cf les circulaires récentes exposant les plans de lutte contre la toxicomanie), le nombre de toxicomanes accueillis augmente de façon mécanique, nonobstant la stabilité de la demande. C'est la même chose lorsque l'offre se diversifie : la création de places dans les traitements de substitution va induire une modification des prises en charge.

Le passage du sujet « toxicomanie » sur le devant de la scène médiatique ou dans l'agenda politique peut aussi influencer l'activité. Les plans successifs de lutte contre la toxicomanie ne peuvent que provoquer une hausse de l'activité institutionnelle dans ce champ. L'examen des statistiques produites nécessite une confrontation avec les directives sur la mise en œuvre de la loi que nous avons examinées dans le premier chapitre.

R. Padieu (1995) estimait ainsi qu'il ne faut sous-estimer ni l'influence de la « clientèle » sur l'institution, ni l'influence réciproque, ni l'incidence possible des enjeux institutionnels : *« C'est moins facile à dire, mais on conçoit que le désir de justifier l'action auprès d'une tutelle comporte le désir de présenter des statistiques favorables. Il ne doit s'agir que dans une minorité de cas d'une fraude délibérée, falsifiant les chiffres. Mais on imagine aisément des situations où l'on privilégie le traitement des cas faciles à traiter, ou valorisants : le compte rendu sera conforme à l'activité, mais celle-ci aura été orientée par l'image que l'on veut donner. Ou encore, sans même cette intention, on peut tout simplement, selon l'optique que l'on a, l'option éthique ou thérapeutique adoptée, privilégier le traitement des cas que l'on considère en conscience comme plus dignes d'intérêt »* (Padieu, 1995, pp.6-7).

³⁴³ - Les données sanitaires n'établissent pas de distinction entre drogues licites ou illicites.

Dans l'ordre de leur intervention dans la prise en charge des usagers de stupéfiants, nous allons explorer les statistiques disponibles au niveau policier, judiciaire et sanitaire en rapport avec la mise en œuvre de la loi de 1970.

Au niveau national, les statistiques disponibles sur l'usage de stupéfiants figurent dans différents recueils des administrations concernées, généralement de façon annuelle. Les problèmes méthodologiques liés à leur sérialisation seront exposés au fur et à mesure des développements pour chacune des séries.

I. Les statistiques policières sur l'usage de stupéfiants

Hélène Martineau³⁴⁴

Intervenant généralement en amont des autres institutions pénales, à la charnière entre des interventions non professionnelles (par exemple celles des plaignants) et de celles de spécialistes, les services répressifs prédéterminent largement par leurs décisions les solutions susceptibles d'être arrêtées dans la suite du processus judiciaire, d'où le rôle primordial des statistiques policières.

Au niveau national, nous allons baser notre analyse sur deux sources statistiques :

La première source est publiée à la Documentation Française par la Direction Générale de la Police nationale dans un rapport annuel³⁴⁵. La seconde source émane de l'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants (OCRTIS) qui publie également un rapport annuel³⁴⁶.

Les statistiques de l'OCRTIS, présentent l'avantage de fournir des renseignements précis sur les Infractions à la Législation sur les Stupéfiants³⁴⁷ et les personnes mises en cause, elles viennent donc compléter les données de la Direction Générale de la Police nationale publiées annuellement à la Documentation Française (pour les distinguer, nous parlerons des statistiques de police judiciaire et des statistiques de l'OCRTIS).

³⁴⁴ - Les données présentées ici sont extraites d'un DEA en cours, co-dirigé par Léon Gani (Paris V) et Laurence Simmat-Durand (CESDIP), qui sera soutenu en mai 1998.

³⁴⁵ - Le dernier publié s'intitule : "Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France en 1996 par les services de police et de gendarmerie d'après les statistiques de Police Judiciaire".

³⁴⁶ - « Usage et trafic de drogues en France ; Les statistiques de l'année 1996. D'après les informations communiquées par les services de Police, de gendarmerie et de Douane » (Ministère de l'Intérieur - Direction Générale de la Police nationale - Direction Centrale de la Police Judiciaire - Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants).

³⁴⁷ Nous utiliserons régulièrement l'abréviation ILS pour les Infractions à la Législation sur les Stupéfiants.

Les caractéristiques générales des statistiques policières (principes de collecte et d'enregistrement) font l'objet d'une annexe méthodologique (annexe 1). Seules les modalités spécifiques à la catégorie des Infractions à la Législation sur les Stupéfiants sont précisées ici.

Au niveau de l'enregistrement statistique par les services répressifs, quatre types d'infraction sont répertoriés sous le terme d'Infraction à la Législation sur les Stupéfiants :

- trafic / revente sans usage
- usage-revente
- usage (consommation)
- autres infractions à la législation sur les stupéfiants.

La rubrique de base « trafic de stupéfiants » ne change pas d'intitulé entre 1972 et 1996 mais son contenu est influencé par la création en 1988 de la rubrique « usage-revente ».

En 1988, apparaît également la rubrique « autres infractions à la législation sur les stupéfiants ». Cet index recouvre les autres délits relatifs aux stupéfiants et principalement ceux concernant les personnes qui facilitent la toxicomanie par fourniture de local (fumeries, etc...), ou de moyens ; qui font usage d'ordonnances fictives ou de complaisance en vue d'obtenir des stupéfiants ; qui délivrent des ordonnances de complaisance (médecins) ; qui délivrent des stupéfiants au vu d'ordonnances fictives ou de complaisance en connaissance de cause (pharmaciens) ; qui provoquent à l'usage de stupéfiants ou les présentent sous un jour favorable (vente de badges, articles de presse, etc...).

A partir de 1988, la distinction est introduite entre les cas de consommation simple et ceux d'usage-revente. Avant 1988, la rubrique est intitulée « toxicomanie » de telle sorte que les cas d'usage-revente pouvaient figurer dans cette rubrique ou dans la rubrique « trafic de stupéfiants ».

Mais la rupture la plus importante pour les séries concernant les stupéfiants vient de la prise en compte, à partir de 1986 des « faits constatés » par l'ensemble des services ; avant 1986, la statistique publiée se réfère aux seuls cas signalés à l'OCRTIS.

Pour effectuer l'enregistrement des ILS, les services répressifs se réfèrent au guide de méthodologie statistique où figurent les règles relatives à la codification des ILS (Intérieur / Défense, 1995, p.44), l'index 55 à 58 concernant les stupéfiants est repris en annexe n° 2. La première édition fournissait quelques précisions utiles pour l'utilisation de ces statistiques :

En matière de trafic, il ne faut compter qu'un fait par affaire (et non un fait par trafiquant) alors qu'en matière d'usage (usage simple ou usage-revente), la règle est de compter un fait par personne mise en cause quel que soit le nombre de doses saisies.

De plus, en matière de toxicomanie, il ne faut jamais enregistrer en faits constatés ou élucidés des faits autres que celui pour lequel l'auteur vient d'être interpellé (s'il avoue consommer depuis très longtemps).

De manière générale, la nomenclature de l' « Etat 4001 » fait référence à des qualifications policières. En matière d'ILS, alors que les services répressifs enregistrent les infractions selon quatre catégories, la Justice utilise une nomenclature plus détaillée, faisant directement référence aux incriminations en cours³⁴⁸.

On note quelques différences entre les statistiques de l'OCRTIS et celles de Police Judiciaire :

- L'OCRTIS n'est pas avisé par les services de façon systématique de toutes les interpellations, surtout en ce qui concerne les faits les moins graves d'usage de stupéfiants. Par contre l'OCRTIS s'attache à bien isoler les véritables trafiquants en considérant les usagers-revendeurs comme des toxicomanes, et ce, depuis 1971.

- Contrairement à la statistique de Police Judiciaire, les chiffres de l'OCRTIS portent sur l'ensemble du territoire français, ils comprennent donc les infractions commises dans les quatre départements d'outre-mer (la statistique de Police Judiciaire fournit les chiffres relatifs à la criminalité dans les départements d'outre-mer mais, pour des raisons d'ordre technique, ne les inclut pas dans le total des crimes et délits qui est établi au plan métropolitain).

Jusqu'en 1986, les statistiques publiées à la Documentation Française proviennent des informations fournies par l'OCRTIS. Il y a donc concordance des deux sources policières jusqu'en 1986, date à partir de laquelle les statistiques de Police Judiciaire prennent en compte l'activité de l'ensemble des services de Police et de gendarmerie.

Dans le cadre de cette étude, nous nous intéresserons essentiellement aux infractions d'usage simple bien qu'il ne soit pas toujours possible de les isoler des cas d'usage-revente. La statistique de Police Judiciaire et celle de l'OCRTIS seront utilisées en fonction des éléments d'information contenus dans ces deux séries. Nous procéderons donc à l'examen des infractions d'usage dans le temps, examen que nous compléterons par quelques données démographiques relatives aux usagers de produits illicites.

³⁴⁸En annexe 3, nous exposons la correspondance entre les différentes nomenclatures.

A/ Variation des interpellations depuis 1970

En moyenne, la catégorie des ILS représente moins de 5 % de l'ensemble des personnes mises en cause en France. Aussi, bien que cette proportion soit en constante augmentation depuis 1972, la part des ILS par rapport à l'ensemble des crimes et délits reste très minime sur le plan quantitatif.

En 1996, les services de Police et de gendarmerie ont enregistré 3 559 617 crimes et délits et 804 655 personnes ont été mises en cause. En matière d'ILS, ils ont comptabilisé 79 617 faits et 85 826 mis en cause ; en 1996, les ILS représentent donc 2,24 % de l'ensemble des faits constatés et 10,67 % de l'ensemble des mis en cause.

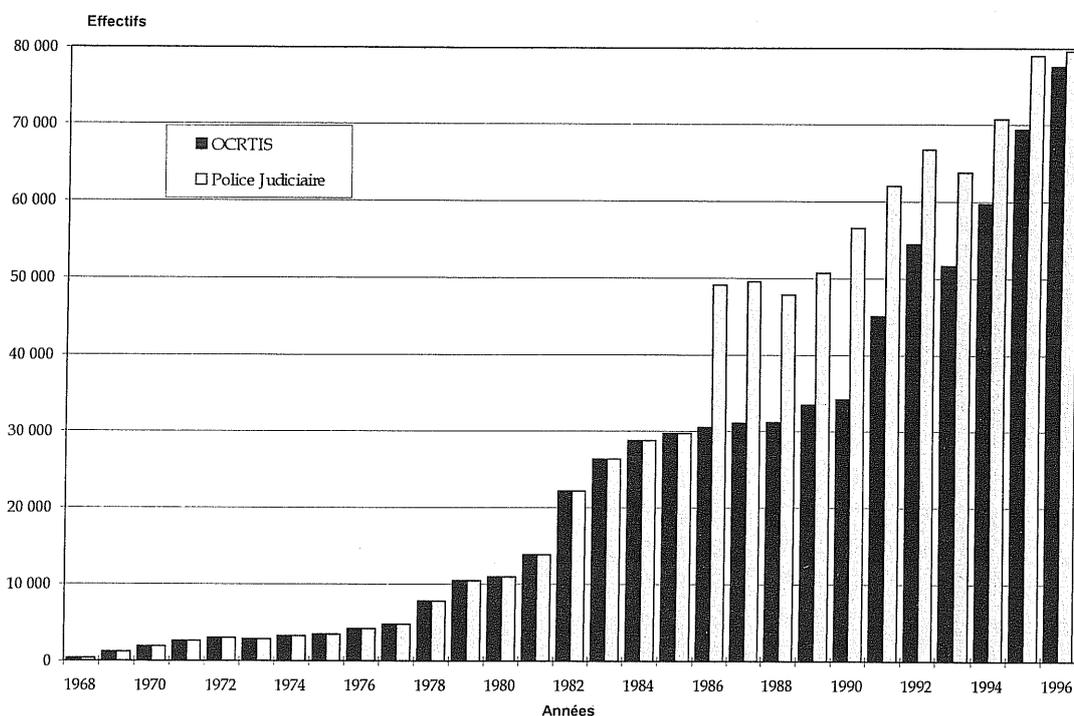
(a) Les Infractions à la Législation sur les Stupéfiants d'après les statistiques de Police Judiciaire et celles de l'OCRTIS

Les effectifs d'interpellations recensés d'après les deux principales sources statistiques sont disponibles de 1971 à 1996, ce qui permet d'en voir l'évolution mais aussi de noter les différences entre elles (figure n° 1).

Jusqu'en 1985, les statistiques relatives aux ILS publiées par les services de police et de gendarmerie sont établies à partir des informations fournies par l'OCRTIS. Or, l'OCRTIS n'est pas avisé de façon systématique, de toutes les interpellations, surtout en ce qui concerne les faits les moins graves d'usage de stupéfiants.

A partir de 1986, le nombre d'interpellations pour ILS est une mesure de l'activité de l'ensemble des services de police et de gendarmerie, les faits de trafic de stupéfiants et de toxicomanie étant enregistrés suivant la même procédure que les autres types de crimes et délits. La statistique de police judiciaire prend en compte toutes les interpellations, alors que certaines ne sont pas signalées à l'OCRTIS. D'où la rupture entre les deux séries statistiques.

Figure I-1 : Interpellations pour ILS d'après deux sources statistiques, Police Judiciaire et OCRTIS, 1968-1996



D'après les statistiques de l'OCRTIS, les interpellations pour ILS enregistrent une hausse de 2,5 % entre 1985 et 1986, évolution conforme à celle des années précédentes. A partir des statistiques de police judiciaire, la hausse des interpellations entre 1985 et 1986 est de 65 %, puisque tous les services sont alors pris en compte.

A partir de 1986, les deux séries ne sont plus du même ordre de grandeur. Alors que les statistiques de police judiciaire traduisent fidèlement, en valeurs absolues, le nombre d'interpellations des services de police et de gendarmerie, celles de l'OCRTIS permettent d'appréhender l'évolution sur toute la période.

Quelle que soit la source, on observe une augmentation constante des interpellations pour ILS depuis 1968. En moyenne, la hausse est de 18 % par an pour les statistiques de l'OCRTIS et de 17 % pour les statistiques de Police Judiciaire. Le nombre d'interpellations s'est fortement accru à la fin des années soixante-dix. Il s'est ensuite développé à partir de 1982. Les plus fortes hausses se sont produites en 1978 et en 1982.

Il est impossible d'isoler, dans ces chiffres, ce qui traduit l'accroissement du phénomène de ce qui est consécutif à la mobilisation des services. Cette remarque apparaît comme

essentielle lors de l'analyse des statistiques des services répressifs, surtout dans le cas des ILS qui, plus que tout autre contentieux, sont sensibles à la conjoncture (priorités gouvernementales, débats publics...).

Ainsi, entre 1977 et 1978, on enregistre une hausse de 64 % des interpellations. Cette hausse peut être rapprochée des directives du ministre de la Justice, demandant par circulaire du 17 mars 1977 une répression sévère à l'encontre des usagers-revendeurs (voir premier chapitre).

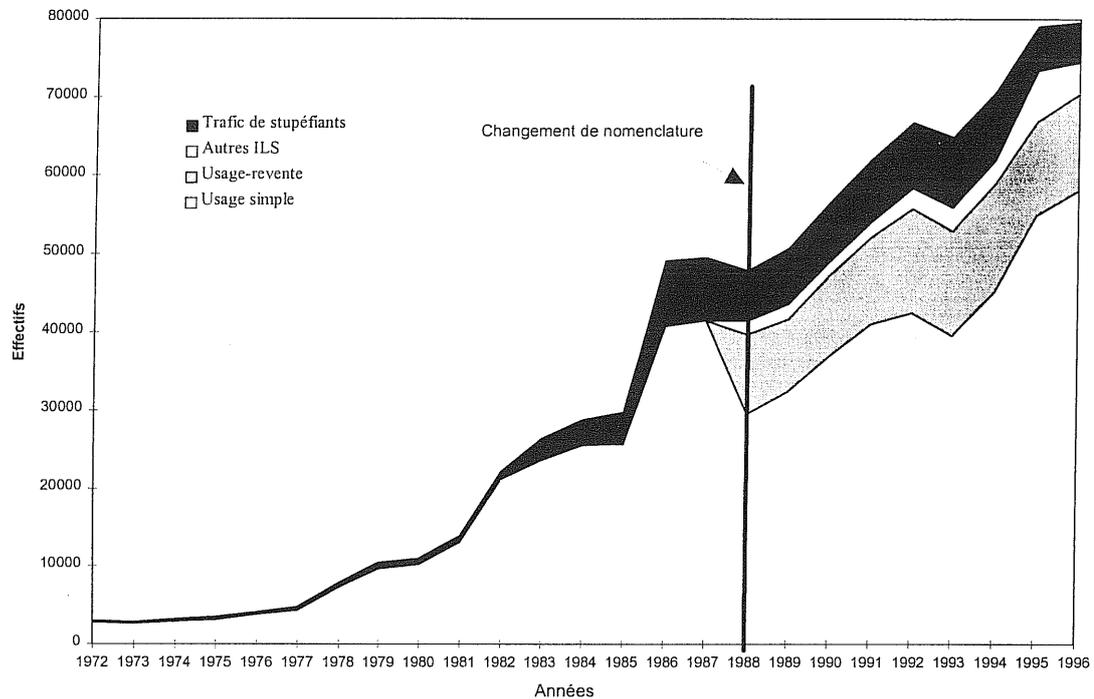
Alors que les années 1970 correspondent à une mise en œuvre libérale de la législation, le début des années 1980 voit l'émergence d'une répression beaucoup plus ferme. L'accroissement enregistré en 1982 a la même signification : 60 % d'interpellations pour ILS en plus par rapport à l'année précédente. Mais il semble que les chiffres de 1982 reflètent aussi une aggravation du problème de la drogue en France. En effet, parallèlement à la hausse des interpellations d'usagers, le trafic se diversifie en France en fonction du produit consommé alors que l'on observe cette même année un trafic de stupéfiants très florissant dans le monde entier. On signale encore un meilleur enregistrement des interpellations pour usage de stupéfiants en 1982. Il est difficile d'attribuer à chacun de ces facteurs la part respective qu'ils jouent dans la variation observée.

L'interprétation de cette évolution concernant l'ensemble des ILS est complexe ; son approfondissement nécessite la distinction des différentes infractions.

(b) La consommation de stupéfiants

Dans son rapport annuel, la Direction Générale de la Police nationale recommande chaque année « *de ne pas inclure les statistiques relatives au trafic et à l'usage dans un même commentaire ; la demande et l'offre ne relèvent pas des mêmes facteurs d'appréciation et, même si les services s'efforcent tout autant de réduire l'une et l'autre, les résultats obtenus pour l'une ne sauraient servir de base d'interprétation pour l'autre. En d'autres termes, il est essentiel d'approcher séparément, au vu de ces statistiques, d'une part le trafic et, d'autre part, l'usage de stupéfiants* ».

A partir des statistiques de Police Judiciaire, on peut suivre l'évolution des interpellations pour ILS depuis 1972, en distinguant le trafic de l'usage (figure n° 2).

Figure I-2 : Infractions à la législation sur les stupéfiants au niveau national

Source : Police Judiciaire

N.B. : les individus interpellés plusieurs fois dans la même année sont comptabilisés chaque fois.

On observe sur ce graphique la principale difficulté relative à la sérialisation des données : le changement de nomenclature opéré en 1988 ne permet pas de suivre l'évolution exacte du groupe des usagers de stupéfiants, l'usage-revente étant compté avant 1988, pour partie en trafic et pour partie en consommation.

En fait, ce type de présentation montre que les usagers-revendeurs étaient, avant 1988, classés dans la catégorie « consommation » et non dans celle relative au trafic³⁴⁹ alors que dès 1984 le ministre de la Justice recommande de bien distinguer les simples usagers des usagers-trafiquants afin que ces derniers ne profitent pas des dispositions libérales prévues pour les premiers³⁵⁰.

Il était donc nécessaire qu'en 1988, les statistiques policières prennent en compte la distinction déjà établie par la justice depuis quelques années³⁵¹.

³⁴⁹ Avant 1988, la direction nationale de la Police nationale précise dans son rapport : « les revendeurs-usagers sont comptés avec les toxicomanes qu'ils sont eux-mêmes à titre principal ».

³⁵⁰ Circulaire CRIM. 84-15-E2 du 19 septembre 1984, BOASS, n°52 du 21/02/85.

³⁵¹ La loi du 17 janvier 1986 (alinéa L.627-2 du CSP) crée le délit d'offre et cession de stupéfiants mais la catégorie des usagers-trafiquants est créée de fait dès 1984 (voir chapitre précédent).

La rupture observée sur le graphique relève dans les faits d'une augmentation de la répression. En effet, jusqu'en 1987, 90 % des auteurs d'ILS sont susceptibles de bénéficier du traitement moins sévère réservé aux seuls usagers. A partir de 1988, ils ne représentent plus que 64 % des auteurs d'ILS.

Dans la suite de l'analyse et dans la mesure du possible, nous ne prendrons en compte que les cas d'usage simple puisque les usagers-revendeurs ne bénéficient pas actuellement des dispositions réservées aux usagers, notamment, des obligations de soins.

Le tableau et le graphique suivants sont établis à partir des statistiques de l'OCRTIS qui font la distinction entre les usagers simples et les usagers revendeurs depuis 1971. Après 1986, on privilégie à nouveau les statistiques de Police Judiciaire afin d'obtenir une mesure de l'activité de l'ensemble des services de police et gendarmerie.

En nombre absolu, les interpellations d'usage sont en augmentation sur l'ensemble de la période : de 1971 à 1985, les interpellations d'usage sont multipliées par plus de 10 ; elles ont pratiquement doublé entre 1986 et 1996.

C'est un meilleur enregistrement des interpellations pour usage de stupéfiants qui a entraîné en 1982 et en 1991 une augmentation de leur nombre. La baisse constatée en 1993 est principalement due à la réforme du code de procédure pénale³⁵² ; elle a surtout concerné les services qui recevaient le plus grand nombre d'usagers.

Tableau I-1 : Interpellations d'usagers depuis 1971

Année	Effectifs	Année	Effectifs	Année	Effectifs
1971	1 944	1980	7 764	1989	32 363
1972	2 294	1981	9 965	1990	36 909
1973	2 056	1982	16 779	1991	40 957
1974	2 132	1983	19 681	1992	42 449
1975	2 284	1984	21 026	1993	39 527
1976	2 817	1985	21 133	1994	45 178
1977	3 421	1986	30 326*	1995	54 850
1978	6 115	1987	30 852*	1996	57 981
1979	7 993	1988	29 531*		

Source : OCRTIS (de 1971 à 1985) & Police Judiciaire (de 1986 à 1996)

³⁵² La réforme du code de procédure pénale promulguée le 4 janvier 1993 a été publiée au *Journal officiel* du 5 janvier 1993.

L'augmentation constatée en 1995, soit 21 % par rapport à 1994, est la plus forte enregistrée depuis les années 1980. L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) propose une explication : « *Elle est à 92 % due à une augmentation des interpellations pour usage de cannabis. Le renforcement des contrôles d'identité dans le cadre de l'opération Vigipirate à la suite des attentats islamistes en 1995 pourrait permettre d'expliquer une partie de l'augmentation des interpellations pour usage et notamment de cannabis en 1995* » (OFDT, 1996, p.36).

L'OFDT rappelle aussi que « *l'accroissement, depuis vingt ans, des interpellations pour usage de drogue provient certainement d'un accroissement du nombre d'usagers combiné à une augmentation de l'activité des services de Police, gendarmerie et Douanes. Les stratégies répressives mises en œuvre limitent, en effet, l'interprétation des données sur les interpellations. Le nombre d'interpellations enregistrées est un indicateur sensible à différentes variations tant au niveau de l'activité des consommateurs que de la législation sur les stupéfiants, ou encore de l'application de la loi.* » (OFDT, 1996, p.36).

Ainsi, plusieurs facteurs permettent d'expliquer l'évolution de ces chiffres. Françoise Impériali (1995, p.15) identifie les trois causes suivantes :

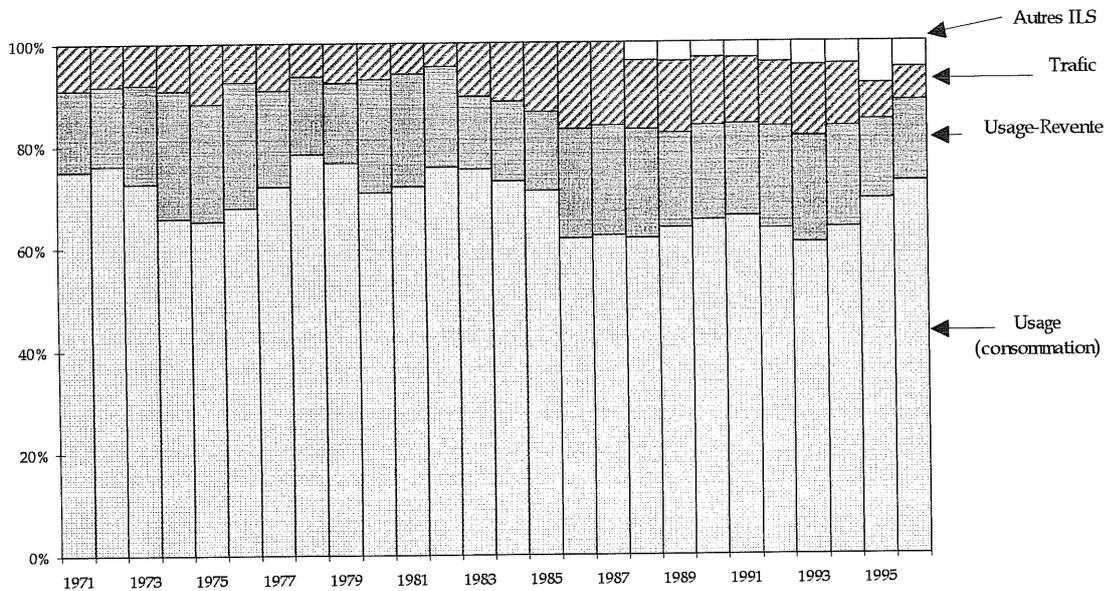
1 - « *la prise en considération par les pouvoirs publics avec la loi du 31 décembre 1970 de l'usage individuel de produits stupéfiants et l'extension de cet usage au niveau sociétal* ». Dans l'analyse suivante et dès que cela est possible, nous essayerons de rapprocher l'évolution de l'activité répressive avec les étapes du débat législatif qui sont exposées dans la première partie de cette recherche.

2 - « *les directives qui émanent de la Direction Générale de la Police nationale et qui définissent la lutte contre la drogue comme une priorité* ». Le directeur de la Police Judiciaire et celui de la sécurité publique rappellent régulièrement les règles que doivent suivre les procédures d'usage de stupéfiants (elles diffèrent selon l'âge de l'usager, la nature des stupéfiants qu'il a consommés, le nombre de ses interpellations antérieures...). Il est parfois aussi rappelé les compétences des différents services en matière de lutte anti-stupéfiants.

3 - « *les mesures prises au niveau de la formation des personnels des services répressifs pour lutter contre l'usage de drogues* ». En 1989, des actions de formation sont mises en place : les « *Policiers Formateurs Anti-Drogue* » (PFAD) au sein de la Police nationale et les *Formateurs Relais Anti-Drogue* (FRAD) au sein de la gendarmerie .

En combinant les statistiques de l'OCRTIS et celles de Police Judiciaire, on obtient la répartition des interpellations pour ILS depuis 1971 (Figure n° 3).

Figure I-3 : Répartition des ILS au niveau national (en %)



Source : OCRTIS (de 1971 à 1985) et Police Judiciaire (de 1986 à 1996)

Depuis 1971, l'usage constitue le motif d'interpellation pour ILS le plus fréquent : il représente entre 60 et 80 % d'entre elles selon les années (69 % en moyenne). Les interpellations d'usage enregistrent donc, d'une année sur l'autre, des variations notables qu'il convient certainement de mettre en relation avec les priorités répressives du moment (accent mis sur la répression des trafiquants et/ou sur celle des usagers).

A la fin des années 1970, on enregistre un fort accroissement de la répression des usagers par rapport aux trafiquants.

A l'inverse, au début des années 1980, on relève plutôt une baisse de la part des interpellations d'usagers parallèlement à un accroissement de la répression du trafic.

Il est difficile d'interpréter les variations enregistrées entre 1985 et 1988 du fait des changements apportés à l'enregistrement des statistiques³⁵³. C'est regrettable car, à la fin des années 1980, le gouvernement affiche clairement sa volonté d'intensifier la lutte contre l'usage et le trafic des drogues.

³⁵³ En 1986, les données prennent en compte l'activité de l'ensemble des services de Police et de gendarmerie et en 1988, la nomenclature de Police Judiciaire est considérablement modifiée.

Néanmoins, on peut signaler une augmentation de la représentation des cas de trafic et d'usage-revente que l'on peut rapprocher de la mise en œuvre de la loi du 31 décembre 1987 qui renforce les sanctions encourues pour le trafic de stupéfiants.

Il est alors demandé aux services de police et de gendarmerie d'appuyer par l'action de répression les efforts du gouvernement en matière d'information et de prévention.

Ainsi, il aurait été intéressant de mesurer l'impact sur les statistiques de la circulaire du 12 mai 1987³⁵⁴ qui redéfinit le traitement applicable aux usagers simples et qui prévoit « *l'établissement systématique de procès-verbaux lors de l'interpellation de simples usagers de produits stupéfiants* » afin que les faits d'usage ne soient plus relevés en main courante. La même circulaire indique que, dans le cas des usagers ayant commis des actes de trafic ou des atteintes aux personnes ou aux biens, la répression doit prévaloir.

Enfin, on enregistre un fort accroissement depuis 1993 de la part des interpellations pour usage simple parallèlement à une forte baisse des cas de trafic. Entre 1994 et 1995, la représentation des cas de trafic sur l'ensemble des ILS subit la plus forte baisse jamais enregistrée : de 12 % en 1994, la part des infractions de trafic est passée à 7 % de l'ensemble des ILS en 1995.

Pour conclure ce chapitre, et avant de rentrer plus en détail dans l'étude des interpellations d'usagers de stupéfiants, nous noterons, comme le souligne Philippe Robert, que l'accroissement des ILS, et notamment des cas d'usage, est considérable :

« Le phénomène nouveau, celui des années 1980, est constitué par la montée en puissance de deux priorités d'ordre public.

D'abord la répression de l'immigration clandestine (...)

La prohibition de la drogue constitue l'autre priorité nouvelle. Théoriquement, elle devrait générer peu de prises en charge pénale : la loi incrimine certes l'usage tout comme la distribution, mais elle prévoit de dériver l'usager par l'injonction thérapeutique et de punir seulement le distributeur. Mais la belle simplicité de ce schéma est brouillée : la diffusion clandestine de la drogue suppose la mobilisation des circuits de socialisation juvénile ; pour qu'elle soit efficace, il faut que l'usager participe à la fin du processus de distribution ; d'autre part, en situation de prohibition, cette participation constitue pour un usager régulier le moyen le plus efficace de se procurer les ressources nécessaires à son approvisionnement. Du coup, nul contentieux n'a crû aussi rapidement au cours de la dernière décennie » (Robert et al., 1994, pp.255-256).

³⁵⁴ Circulaire JUSA8700055C du 12 mai 1987.

(c) Répartition des interpellations en fonction du service de constatation

La statistique publiée à la Documentation Française par la Direction Générale de la Police nationale enregistre les crimes et délits constatés par les services de police et de gendarmerie. Différents services interviennent dans ce comptage : les services de la gendarmerie nationale et pour la police nationale, les services de sécurité publique, les services de police judiciaire et les services de la Direction Centrale du Contrôle de l'Immigration et de la Lutte contre l'Emploi des Clandestins (DICCILEC), des Renseignements Généraux (RG) et de la Direction de la surveillance du Territoire (DST).

Le tableau suivant décrit, pour l'année 1996, la répartition des faits constatés en matière d'ILS suivant le service :

Tableau I-2 : Répartition des faits d'ILS selon le service de constatation, en 1996

	Total des infractions	ILS	Trafic	Usage-revente	Usage	Autres ILS
Police et gendarmerie	3 559 617	79 617	5 158	12 424	57 981	4 054
gendarmerie	953 970	26 783	1 778	5 602	16 329	3 074
Police nationale	2 605 647	52 834	3 380	6 822	41 652	980
dont :						
sécurité publique	2 276 247	44 527	1 737	5 525	36 428	837
police judiciaire*	281 838	6 876	1 528	1 237	3 999	112
RG, DST, DICCILEC**	42 958	1 431	115	60	1 225	31
* Les services de police judiciaire sont répartis en Services Régionaux de police judiciaire (SRPJ) et Direction Centrale de la police judiciaire (DCPJ) pour la province et en Direction Régionale de police judiciaire (DRPJ) pour la Préfecture de Police de Paris						
** RG: Renseignements généraux DST: Direction de la surveillance du territoire DICCILEC: Direction centrale du contrôle de l'immigration et de la lutte contre l'emploi des clandestins						

Source : police judiciaire, 1996.

L'essentiel des infractions est constaté par les services de la sécurité publique. En matière d'ILS, ils établissent plus de la moitié des procédures.

Le constat est encore plus flagrant pour les infractions d'usage puisque 63 % d'entre elles sont constatées par la sécurité publique, dont la mission prioritaire est effectivement la lutte contre la petite et moyenne délinquance. Les services de police judiciaire sont moins présents sur le terrain de la répression de l'usage, leur activité étant plutôt centrée sur les activités de trafic national ou international. Néanmoins, en nombres relatifs, plus de la moitié des ILS constatées par eux sont des cas d'usage de stupéfiants.

En matière de répression de l'usage de stupéfiants, la répartition des tâches entre sécurité publique et police judiciaire n'a pas toujours été la même. En effet, de 1986 à 1993, les services de police judiciaire enregistrent jusqu'à 25 % de l'ensemble des infractions pour usage, soit autant que la gendarmerie. La part des infractions d'usage recensées par la police judiciaire ne cesse de diminuer depuis 1990 alors que celle imputable à la sécurité publique augmente régulièrement. Il semble bien qu'au sein de la Police nationale, les services de sécurité publique ont de plus en plus le quasi monopole de la constatation des faits d'usage de stupéfiants.

Notons la place non négligeable de la gendarmerie dans la répression des ILS. Traditionnellement, les services de gendarmerie interviennent plutôt dans des secteurs ruraux ou semi-urbanisés et sont donc moins exposés au phénomène de la toxicomanie que la Police nationale.

Néanmoins, alors que seuls 20 % de l'ensemble des crimes et délits sont enregistrés par la gendarmerie, elle recense 34 % des ILS. Depuis 1988, cette proportion a légèrement augmenté, atteignant un maximum de 40 % en 1993. En matière de répression de l'usage de stupéfiants, les services de gendarmerie sont responsables, depuis 1990, de 25 à 30 % de l'ensemble des interpellations pour usage de stupéfiants, cette proportion étant relativement stable sur la période.

Plusieurs éléments peuvent être avancés pour expliquer cette participation de la gendarmerie à la lutte anti-stupéfiants :

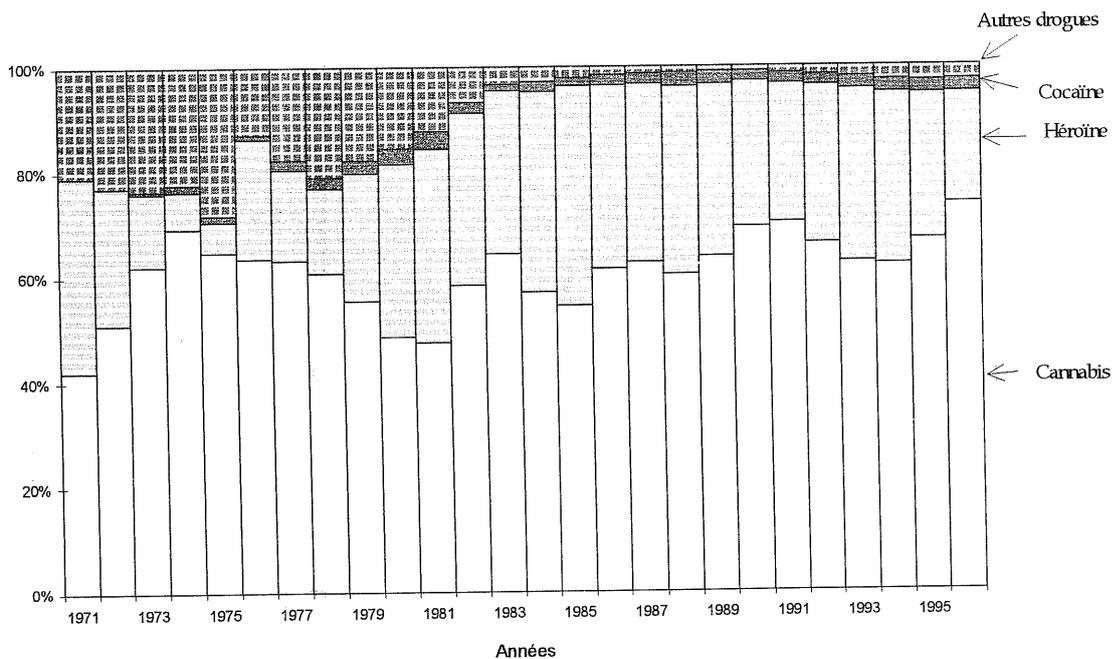
Cette lutte est devenue une composante essentielle de l'action que mène la gendarmerie. Participant à la réduction de l'offre à travers la lutte contre les divers trafics constatés, l'institution œuvre également dans la réduction de la demande, notamment grâce au travail de prévention des formateurs relais anti-drogue.

Par ailleurs, la gendarmerie intervient de plus en plus en milieu urbain alors que parallèlement, la drogue ne touche plus seulement les grandes villes mais concerne également les communes rurales.

(d) Répartition des usagers en fonction des drogues utilisées

L'information concernant les produits stupéfiants est disponible dans les bilans annuels de l'OCRTIS. On notera que la distinction, parmi les cas d'usage, entre ceux d'usage simple et ceux d'usage-revente est ici impossible.

Figure I-4 : Répartition des interpellations d'usagers par produit (en %)



Source : OCRTIS

NB : La catégorie "autres drogues" regroupe les cas d'usage de LSD, d'opium/morphine, de produits pharmaceutiques et autres psychotropes et, depuis 1990, d'ecstasy.

Les interpellations les plus nombreuses concernent les personnes faisant usage de cannabis en premier lieu et d'héroïne en second lieu : en 1996, elles représentent respectivement 73,7 et 21,1 % des interpellations d'usage.

Cette tendance se renforce au cours de la période :

- Les interpellations pour usage de **cannabis** sont de plus en plus nombreuses en valeurs absolues mais le cannabis (sous toute ses formes) touche toujours les deux tiers de la population des usagers.

Cependant, on note certaines variations comme une forte baisse des interpellations pour usage de cannabis entre 1979 et 1980 (-7,26 %). Cette baisse peut être mise en rapport avec l'application de la circulaire du 17 mai 1978³⁵⁵ qui recommande en cas de simple usage de haschich, de ne pas recourir d'emblée à l'injonction thérapeutique et aux poursuites pénales mais d'adresser une simple mise en garde. Comme le signale le rapport de Catherine Trautmann (1989), « *cette circulaire était importante puisque pratiquement elle dépénalisait de facto l'usage de l'herbe et de la résine de cannabis en France.* » (Trautmann, 1989). Cette circulaire sera diversement appliquée selon les parquets, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre.

A plusieurs reprises, des circulaires rappellent la distinction qu'il importe de faire entre le traitement applicable aux usagers occasionnels et celui applicable aux usagers d'habitude (traitement identique ou différent selon les directives). De telles dispositions ont inévitablement des répercussions sur le traitement policier des usagers de cannabis par rapport aux usagers de drogues dites « dures ».

Par exemple, pour Paris, en mars 1987, une circulaire³⁵⁶ définit une procédure moins sévère à l'encontre de l'usager majeur de cannabis qu'à l'encontre de l'usager d'héroïne, de cocaïne, de LSD (ou de toute autre drogue « dure ») alors qu'en avril de la même année, une nouvelle circulaire recommande de traiter l'usager de cannabis comme celui de drogue « dure »³⁵⁷.

Enfin, on peut éventuellement faire le parallèle entre la baisse enregistrée en 1993 (12 % d'interpellations d'usagers de cannabis en moins) et la note du ministre de la Justice du 14 janvier 1993 qui réaffirme le traitement applicable aux usagers occasionnels, principalement de cannabis, par rapport aux usagers habituels, plus souvent consommateurs d'héroïne³⁵⁸.

- Les interpellations pour usage **d'héroïne** augmentent fortement dès la fin des années 1970 (elles sont multipliées par 14 entre 1977 et 1985 alors que l'ensemble des interpellations d'usage est multiplié par 6 sur la même période). Puis leur nombre va rester régulier, ne dépassant la barre des 10 000 que dans les années 1990.

Dans son rapport, l'OCRTIS souligne la diminution des interpellations pour usage d'héroïne en 1996 alors que les interpellations pour usage croissent de 11 % et que toutes les drogues - sauf les médicaments - sont en augmentation.

³⁵⁵ Circulaire JUS 69F389 du 17 mai 1978.

³⁵⁶ Préfecture de police, Direction de la police judiciaire, note n°7 du 12 mars 1987 : les deux premières interpellations d'un usager majeur de cannabis (ou de toute autre drogue « douce ») font l'objet d'une main courante et d'une mise en garde. Les interpellations suivantes donneront lieu à une injonction thérapeutique alors qu'une procédure sera établie dès la troisième interpellation pour l'usager d'héroïne, de cocaïne, de LSD (ou de toute autre drogue « dure »).

³⁵⁷ Préfecture de police, Direction de la police judiciaire, note n°17 du 24 avril 1987.

³⁵⁸ L'usager occasionnel devra faire l'objet d'un classement sans suite avec rappel à la loi, alors que l'usager habituel fera l'objet d'une injonction thérapeutique.

« Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la diminution des interpellations pour usage d'héroïne :

- la désaffection des plus jeunes pour cette drogue. A cet égard, l'âge moyen des usagers d'héroïne interpellés (24,1 ans en 1986, 27,3 ans en 1996) montre un vieillissement de cette population, ou plutôt un moindre renouvellement par les plus jeunes. Cette désaffection peut être liée en partie à la crainte du sida et l'abandon relatif de l'usage des seringues.

- le développement de la polytoxicomanie chez les héroïnomanes ou anciens consommateurs en cours de traitement pour lesquels les stimulants (cocaïne et ecstasy) présentent un attrait certain.

- le développement des traitements de substitution. Depuis janvier 1995, les médecins des centres spécialisés de soins aux toxicomanes sont habilités à délivrer de la méthadone, et depuis février 1996, les médecins libéraux peuvent prescrire du Subutex délivré en pharmacie » (OCRTIS, 1997, p.51).

La baisse enregistrée peut aussi être la conséquence de stratégies policières différentes, plus ou moins répressives à l'encontre des consommateurs d'héroïne. Il est toujours difficile de déterminer le rôle respectif de ces différents facteurs dans l'évolution du nombre des interpellations.

Par ailleurs, la Direction de la police nationale souligne dans son rapport annuel que l'héroïne est toujours le danger numéro un en France (comme en Europe). La situation qu'engendre cette drogue reste préoccupante pour les services chargés de les combattre, puisque l'offre et la demande de ce produit sont toujours importantes. De plus, elle est la principale cause de décès par overdose en France.

- Les interpellations d'usage de **cocaïne** restent minoritaires, quelle que soit la période (2 % des interpellations d'usage en moyenne). Cette proportion est probablement sous-estimée. En effet, les consommateurs de cocaïne sont moins exposés à l'action des services répressifs que les autres en raison d'une situation sociale plus favorable, permettant un approvisionnement et une consommation plus discrets dans des lieux privés, très éloignés du classique « deal de rue » propre à l'héroïne. De plus, les usagers de cocaïne interpellés sont fréquemment polytoxicomanes et sont recensés au regard de la drogue qu'ils détiennent en plus grande quantité, et qui est très souvent l'héroïne.

- la catégorie « autres drogues » masque des évolutions contrastées : les interpellations pour usage de LSD et de l'opium/morphine sont relativement répandues dans les années 1970 mais disparaissent pratiquement dès le début des années 1980 : en 1973, le **LSD** représente 15 % des interpellations d'usage ; 10 ans plus tard, la proportion d'usagers de LSD passe sous la barre des 1 %.

L'usage de la **morphine**, de l'**opium** et des **substances psychotropes** est trop limité pour que les variations annuelles puissent être significatives. La diminution enregistrée

depuis 1983 de l'usage de l'opium ne fait que confirmer le caractère marginal de l'opiomane en France. La faiblesse des quantités saisies et la situation géographique de ses utilisateurs (les communautés laotiennes du centre de la France en 1991³⁵⁹) confortent cette conclusion. De même, on ne peut parler de morphinomanie en France.

Sous le terme de **substances stupéfiantes et/ou psychotropes** sont regroupées les autres substances psychoactives inscrites au tableau des stupéfiants. Il s'agit en général, de médicaments détournés des circuits légaux à des fins toxicomaniaques ainsi que des drogues illicites à diffusion confidentielle. Dans les années 1970, on souligne que près de 15 % des toxicomanes interpellés usent de produits pharmaceutiques et l'on enregistre l'augmentation corrélative du nombre des cambriolages de pharmacies et même de vols à main armée commis à leur encontre³⁶⁰. Il semble aussi que la diminution de la pharmaco-toxicomanie enregistrée corrobore que les disponibilités en héroïne sont variables selon les périodes.

Cependant, il convient de noter que pour des raisons très diverses, les services répressifs constituent de mauvais observateurs de ce type d'usage et ne relèvent qu'une faible part des infractions commises.

Par ailleurs, en 1990, on observe l'apparition de l'**ecstasy** dans les statistiques policières qui dénombrent 32 interpellations en 1990 et 1 179 interpellations en 1996.

Ainsi, l'augmentation des interpellations d'usagers de la catégorie « autres drogues » est essentiellement due aux usagers d'ecstasy (depuis 1990, on enregistre une augmentation d'environ 100 % chaque année). De plus, l'augmentation de l'usage d'ecstasy semble s'accompagner d'une hausse de l'usage de LSD qui connaît depuis 1993 un accroissement important parmi les individus interpellés, même s'il constitue moins de 1 % de ceux-ci. Par ailleurs, on note que les caractéristiques des usagers d'ecstasy sont très proches de celles des usagers de LSD : population jeune, fortement masculine et mieux insérée professionnellement que les autres consommateurs de drogues.

On notera que les statistiques ne mentionnent pas explicitement les cas d'usage du **crack**³⁶¹ malgré la forte expansion constatée les dernières années (interpellations essentiellement regroupées à Paris et dans les départements de la petite couronne). Dans les statistiques de l'OCRTIS, les usagers de crack sont probablement comptabilisés avec les usagers de cocaïne. On relève toutefois un commentaire spécifique sur l'usage de

³⁵⁹ Source : Ministère de l'Intérieur, 1991.

³⁶⁰ Le SCED indique chaque année la statistique relative à ce type d'infractions. Dans les années 1970, environ 700 cambriolages d'officines sont signalées aux services répressifs. Les vols de produits toxiques et d'ordonnances sont en baisse constante depuis 1983. En 1996, on enregistre 594 cas relatifs à des cambriolages de pharmacies, tentatives de cambriolages de pharmacies, vols avec violences contre des pharmacies et des médecins, vols de produits toxiques dans d'autres établissements ou autres vols au préjudice de médecins.

³⁶¹ Le crack est le terme utilisé pour désigner un dérivé de la cocaïne obtenu par mélange avec du bicarbonate de soude.

crack : « *l'usage de crack reste modeste si on le compare aux trois produits héroïne, cocaïne, cannabis, mais il demeure le principal phénomène en expansion depuis 1990* ».

Il est important de souligner que l'enregistrement statistique ne porte que sur un seul produit. En cas d'usage de produits illicites multiples, seule est retenue la drogue dite la plus « dure ». Les statistiques policières ne permettent donc pas de dénombrer les cas de polytoxicomanie. Pourtant, de nombreux rapports et études soulignent le poids croissant des toxicomanies associant les produits entre eux (notamment les utilisateurs d'héroïne, de cocaïne, de morphine, d'opium et de substances psychotropes).

Enfin, les informations contenues dans les procédures établies par les services répressifs ne permettent pas de savoir quelles sont les catégories d'usagers (et usagers-revendeurs) interpellés. S'agit-il d'usagers occasionnels, d'usagers habituels ou bien de toxicomanes au sens de personnes dépendantes ?

B/ Caractéristiques des mis en cause

On entend par « mis en cause » des personnes pour lesquelles ont été réunis des indices suffisants pour laisser présumer (aux policiers et aux gendarmes) qu'elles sont auteurs ou complices des faits constatés et élucidés. La statistique des mis en cause n'est pas du même ordre de grandeur que celle des faits constatés.

En effet, en 1996, on enregistre, pour l'ensemble des crimes et délits, 804 655 mis en cause et 3 559 617 faits constatés. Dans la majorité des cas, le nombre de mis en cause est plus faible que celui des faits constatés de par l'importance de faits enregistrés sans qu'aucun suspect soit identifié.

En matière de stupéfiants, 85 826 personnes sont mises en cause en 1996 alors que 79 617 faits sont constatés. La différence s'explique essentiellement par le mode de comptage des cas de trafic : la statistique des faits constatés comptabilise l'affaire, quel que soit le nombre de personnes impliquées. Ainsi, en 1996, 5 158 affaires de trafic sont recensées alors que 11 620 personnes sont mises en cause pour trafic / revente sans usage. Il faut cependant relever qu'à l'inverse de beaucoup d'autres infractions, dans le cas des infractions à la législation sur les stupéfiants, il y a toujours au moins un individu mis en cause par fait constaté.

Les statistiques de police judiciaire nous renseignent sur le sexe, l'âge et la nationalité des personnes mises en cause pour usage des stupéfiants, en détaillant les cas d'usage simple des cas d'usage-revente.

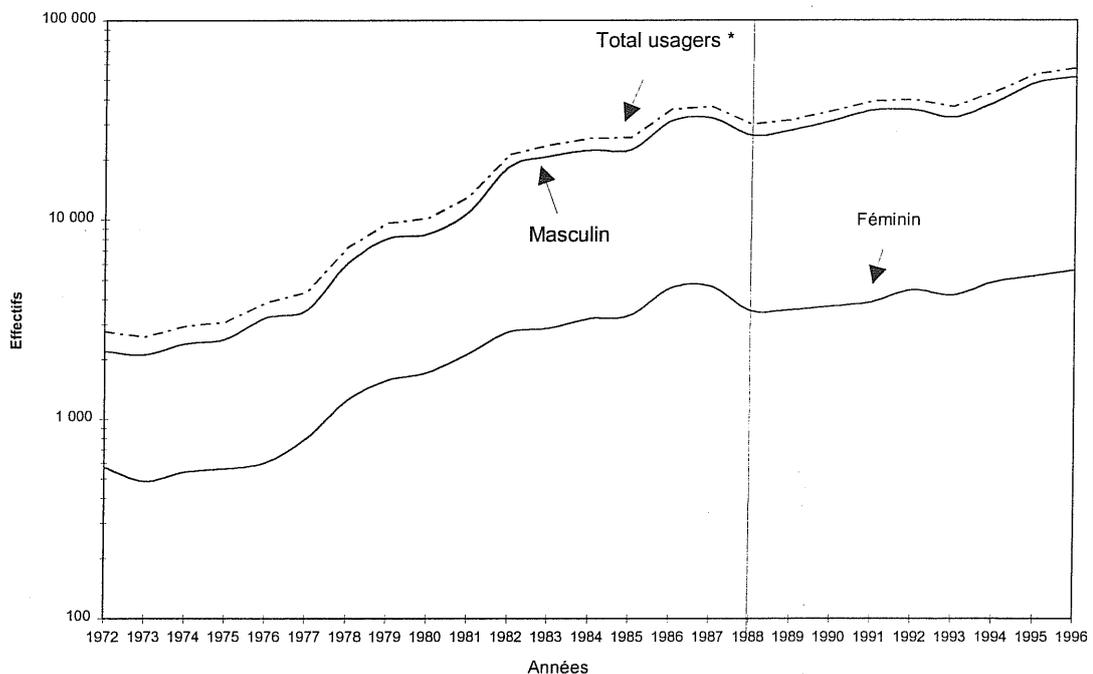
Les données de l'OCRTIS sont plus détaillées : outre le sexe, l'âge et la nationalité des usagers, on connaît leur catégorie socio-professionnelle et les croisements sont réalisés entre ces différentes variables et le type de produit consommé. Cependant, les usagers simples et les usagers-revendeurs sont confondus dans une même catégorie : celles des

usagers. C'est pourquoi, malgré les difficultés techniques exposées précédemment, nous privilégierons dès que cela est possible les statistiques de police judiciaire, plus adaptées à cette enquête.

(a) Le sexe

La répartition des interpellés par sexe ne fait pas apparaître de modifications importantes sur la période (figure 2-5).

**Figure I-5 : Interpellations d'usagers simples par sexe
(échelle logarithmique en ordonnée)**



* Ensemble des usagers
Source : police judiciaire

Les individus de sexe masculin sont largement majoritaires parmi les personnes interpellées pour usage. Ils représentent en moyenne 86 % de cette population, avec un maximum de 51 526 individus en 1996 (soit 90 % des interpellations) et un minimum de 2 193 en 1972 (soit 79 %). L'écart entre les interpellations d'hommes et celles de femmes semble légèrement se creuser au cours de la période étudiée (en 1996, les femmes ne représentent plus que 9,72 % du total des usagers ; pour mémoire en 1972, elles représentaient 20,72 % des usagers).

Le changement du mode d'enregistrement en 1986 et le changement de nomenclature en 1988 n'ont pas modifié cette distribution par sexe.

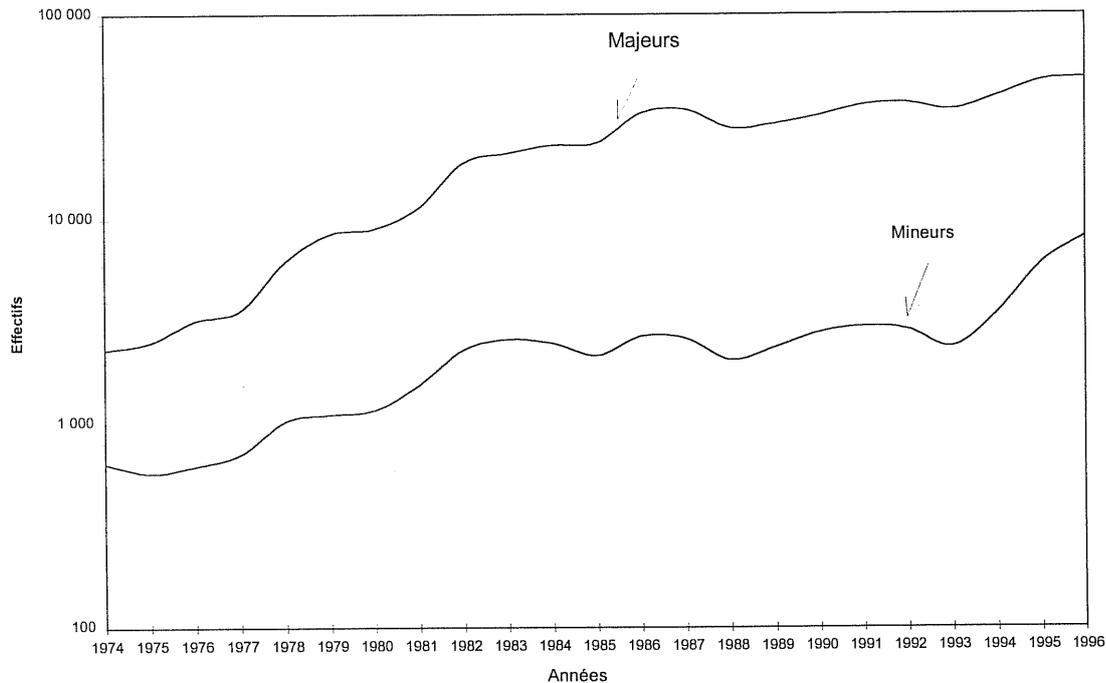
(b) L'âge

Concernant l'âge, les statistiques de police judiciaire ne font la distinction qu'entre les usagers majeurs et les usagers mineurs alors que la statistique de l'OCRTIS fournit un découpage plus fin. Cependant, les données ne permettent pas de distinguer les usagers simples des usagers-revendeurs et les classes d'âge retenues ont parfois été modifiées.

Dans un premier temps, nous allons nous intéresser à la répartition des usagers selon la majorité civile à partir des statistiques de police judiciaire. Puis, pour avoir une étude plus fine des usagers en fonction de l'âge, nous analyserons les statistiques de l'OCRTIS.

Les interpellations d'usagers majeurs restent majoritaires sur toute la période : elles représentent près de 90 % des interpellations d'usage simple (Figure n° 6).

**Figure I-6 : Interpellations d'usagers simples par âge
(échelle logarithmique en ordonnée)**



Source : police judiciaire
Ensemble des mis en cause pour usage simple

Cependant, depuis 1974, et contrairement à ce que l'on pourrait supposer, la proportion des mineurs a diminué dans le contentieux d'usage de stupéfiants, en passant de 20 % dans les années 1970 à moins de 10 % actuellement.

« Toutefois cette évolution en valeur relative ne doit pas faire oublier la forte croissance des valeurs absolues de ces postes. On peut se demander par ailleurs s'il n'y a pas une réticence croissante à dresser une procédure contre un mineur pour usage et même peut-être pour usage et revente. » (Robert et al., 1994, p.219)

Nous avons vu en effet, dans la partie relative à la législation, que la double orientation médicale et pénale de la loi de 1970 se révèle inadaptée à la prise en charge des mineurs qui nécessitent une approche éducative globale. C'est la raison pour laquelle les parquets hésitent à entamer une procédure. Les services répressifs seraient alors moins enclins à dresser un procès-verbal contre des mineurs.

Ce constat est pourtant à nuancer pour la période la plus récente car, à partir de 1994, la part des mineurs augmente en moyenne de 30 % chaque année (aussi bien pour les mineurs mis en cause dans une affaire d'ILS que dans une affaire d'usage simple). En 1993, les mineurs représentent 6,6 % des usagers ; ils en représentent 14,5 % en 1996.

Dans ses rapports pour 1995 et 1996, la DGPN souligne cette baisse mais ne donne une explication qu'au niveau global (selon les produits), sans détailler selon la majorité.

En 1996, la proportion de mineurs a augmenté dans pratiquement tous les postes. La Direction Générale de la police nationale note que, *« dans les zones urbaines relevant de la Police nationale, la délinquance des mineurs constatée en 1996 par les services de la Direction Centrale de la sécurité publique est la plus importante jamais enregistrée »*. Elle relève notamment un nombre grandissant d'interpellations, par les services de sécurité publique, de mineurs pour des affaires de toxicomanie (+29,24 %).

« Aujourd'hui, la participation de plus en plus importante des mineurs dans la délinquance est à rapprocher de l'augmentation des faits de violences urbaines (...). La participation de plus en plus importante des mineurs dans la délinquance observée dans les zones de police étatisée par les services de sécurité publique, est un signe préoccupant des modifications que subissent actuellement les relations sociales dans les agglomérations et les quartiers »(Ministère de l'Intérieur, SCED, 1997, p.105).

Comme précédemment, il est difficile d'interpréter les variations observées à la fin des années quatre-vingt à partir des différentes directives. Pourtant, celles-ci sont changeantes : la note du directeur de la police judiciaire du 12 mars 1987 rappelle qu'il n'est jamais établi de mis en garde ou d'injonction thérapeutique pour un mineur, contrairement au traitement réservé à l'usager majeur³⁶². La note du 6 janvier 1988 affirme au contraire que *« les principes généraux retenus pour les majeurs s'appliquent aux mineurs »*³⁶³.

³⁶² Préfecture de Police, Direction de la Police Judiciaire, note n°7 du 12 mars 1987.

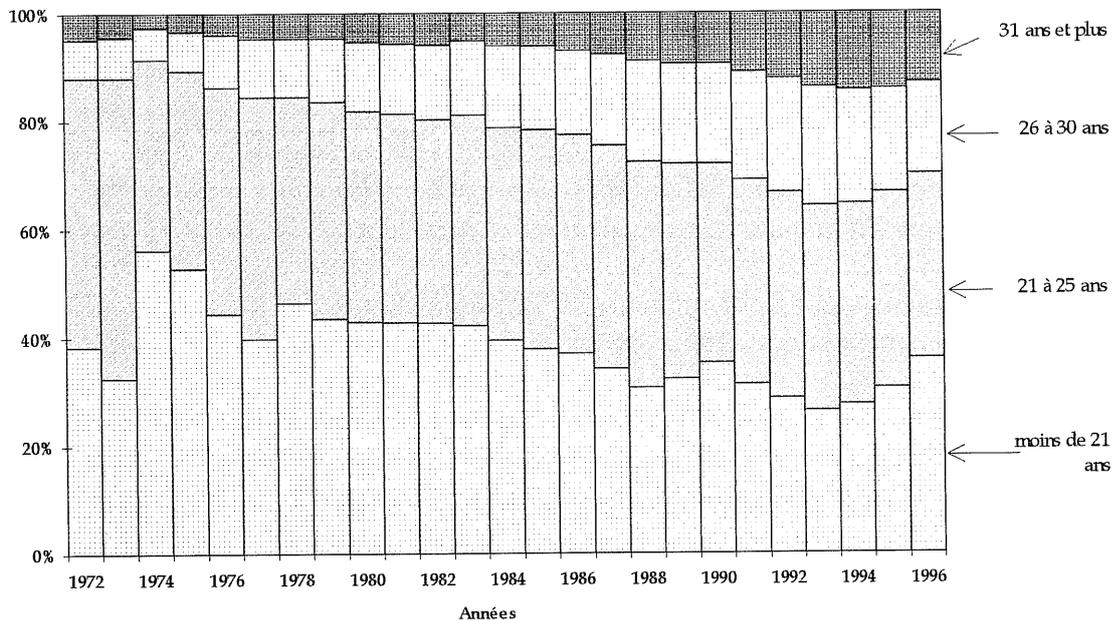
³⁶³ Préfecture de Police, Direction de la Police Judiciaire, note n°2-88 du 6 janvier 1988.

La hausse des interpellations d'usagers mineurs en 1993 peut sans doute être rapprochée de la diffusion de différentes circulaires du 14 janvier 1993, relatives aux conventions d'objectifs et qui font une place particulière à la toxicomanie des plus jeunes, insistant une nouvelle fois sur la nécessité pour les parquets d'être informés de tous les faits d'usage de stupéfiants commis par des mineurs. La circulaire du ministre de la Justice a été relayée par celle du ministre de l'Intérieur.

Enfin, sur une période encore plus récente, la circulaire interministérielle du 28 avril 1995 relative à l'injonction thérapeutique insiste également sur ce point.

Le graphique n° 7 est élaboré à partir des statistiques de l'OCRTIS. Les données ne concernent donc pas uniquement les usagers simples mais aussi les usagers-revendeurs. La catégorie des moins de 15-16 ans ne représente que 1 % de l'ensemble des interpellations, c'est pourquoi nous l'avons incluse dans celle des moins de 21 ans. De même, les usagers de plus de 40 ans sont faiblement représentés (1 % en moyenne) ; ils sont donc regroupés dans la classe des 31 ans et plus.

Figure I-7 : Répartition des usagers par classe d'âge (en %)



Source : OCRTIS

Ensemble des usagers mis en cause : usage simple + usage-revente

La population des usagers est relativement jeune puisque en moyenne, plus de 90 % des usagers ont moins de 30 ans. Les moins de 21 ans et les usagers âgés de 21 à 25 ans sont représentés de façon quasi équivalente : près de 40 % en moyenne. Cependant, sur l'ensemble de la période, l'évolution de la répartition de ces classes d'âge est légèrement différente :

- la proportion des usagers de 21 à 25 ans qui prédomine depuis 1984, paraît s'être stabilisée entre 35 et 40 %.

- depuis 1974, la part des moins de 21 ans est en constante diminution (-4 % en moyenne chaque année). Cependant, la proportion des personnes âgées de 21 ans et moins enregistre une hausse inhabituelle en 1995 et 1996 : respectivement 10 % et 15 % d'augmentation. Précédemment, nous avons constaté ce fait pour les mineurs interpellés pour usage simple.

- parallèlement à la moindre représentation des usagers les plus jeunes, les deux classes d'âge les plus élevées augmentent lentement et régulièrement depuis les années 1970 : la part des usagers âgés de 26 à 30 ans et celle des plus de 30 ans subit une hausse annuelle d'environ 3 %.

On observe donc un vieillissement de la population des usagers de stupéfiants. Ce constat est à mettre en parallèle avec l'évolution de l'âge moyen des usagers de stupéfiants.

A partir des statistiques de l'OCRTIS, on peut calculer, de façon approximative, un âge moyen à l'interpellation pour usage de stupéfiants et suivre l'évolution de cette valeur depuis 1972 : avant 1985, l'âge moyen ne dépasse pratiquement pas les 23 ans. Il augmenterait subitement à partir de 1986, les usagers ayant en moyenne 25 ans. Cette brusque augmentation est essentiellement due aux modifications d'enregistrement signalées à de nombreuses reprises. Ainsi, à partir de 1986, on observe un accroissement régulier de cet indicateur : 0,7 % en moyenne chaque année.

Les valeurs annoncées par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies pour 1995 (OFDT, 1996) sont bien moins élevées (notamment du fait de la prise en compte dans ce calcul des usagers simples uniquement). Ainsi, en 1995, l'âge moyen de l'ensemble des usagers est de 24,2 ans. Il est de 27,2 ans pour les usagers d'héroïne, 23 ans pour les usagers de cannabis et de 28,4 ans pour les usagers de crack interpellés (pour lesquels on note un rajeunissement).

Cependant, sur le long terme, la tendance observée est identique à celle relevée précédemment :

"D'une année sur l'autre, les âges moyens ne cessent de s'accroître. Afin de tenter d'expliquer ce vieillissement, plusieurs hypothèses peuvent être avancées ; il est difficile de les vérifier mais il est probable qu'elles se combinent entre elles :

- *une plus grande tolérance de l'entourage vis-à-vis des toxicomanes, une plus grande socialisation retardent leur visibilité par les institutions même si l'âge d'entrée dans la toxicomanie reste stable ;*

- *une variation des âges d'entrée et de sortie de la toxicomanie, à savoir une entrée et/ou une sortie plus tardive au fil des années, ou une entrée plus précoce et une sortie encore plus tardive ;*

- un non renouvellement partiel de la population, en d'autres termes ce serait en partie les mêmes que l'on reverrait chaque année ;

- l'apparition de nouveaux itinéraires, par exemple des cas de personnes ayant arrêté depuis longtemps tout usage de drogue et qui reprennent, ou encore de personnes qui entrent dans la toxicomanie après 35 ans" (OFDT, 1996).

Si l'on observe le type de produit consommé selon les grands groupes d'âge, on note que la drogue la plus prisée pour les jeunes usagers reste le cannabis et la tendance au vieillissement constatée se retrouve essentiellement parmi les usagers d'héroïne de la catégorie 21-25 ans.

Plutôt que de parler de vieillissement de la population des usagers, certains auteurs préfèrent parler de moindre renouvellement par les jeunes. Pourtant, différentes enquêtes montrent qu'en vingt ans, l'expérimentation d'une drogue illicite s'est répandue chez les adolescents scolarisés.

Les résultats de l'enquête nationale sur les jeunes, présentés par Marie Choquet et Sylvie Ledoux (1996), vont dans ce sens : en 1993, parmi les 11-13 ans, 6 % des garçons et 3 % des filles ont fait l'expérience d'un produit illicite. Pour les 18-19 ans, la proportion est de 39 % pour les garçons et de 22 % pour les filles. La consommation s'accroît donc avec l'âge, et cela de façon plus marquée chez les garçons et elle devient de plus en plus fréquente. Le haschich reste la drogue la plus expérimentée.

(c) La catégorie socio-professionnelle

Seules les statistiques publiées par l'OCRTIS nous fournissent des informations sur les catégories socio-professionnelles des mis en cause. Mais là encore, des problèmes de sérialisation se posent du fait de modifications successives du découpage par catégorie socio-professionnelle. Pour cette raison et pour une plus grande lisibilité, nous ne faisons figurer sur le graphique n°8 que les catégories socio-professionnelles les plus représentées dans la population des usagers.

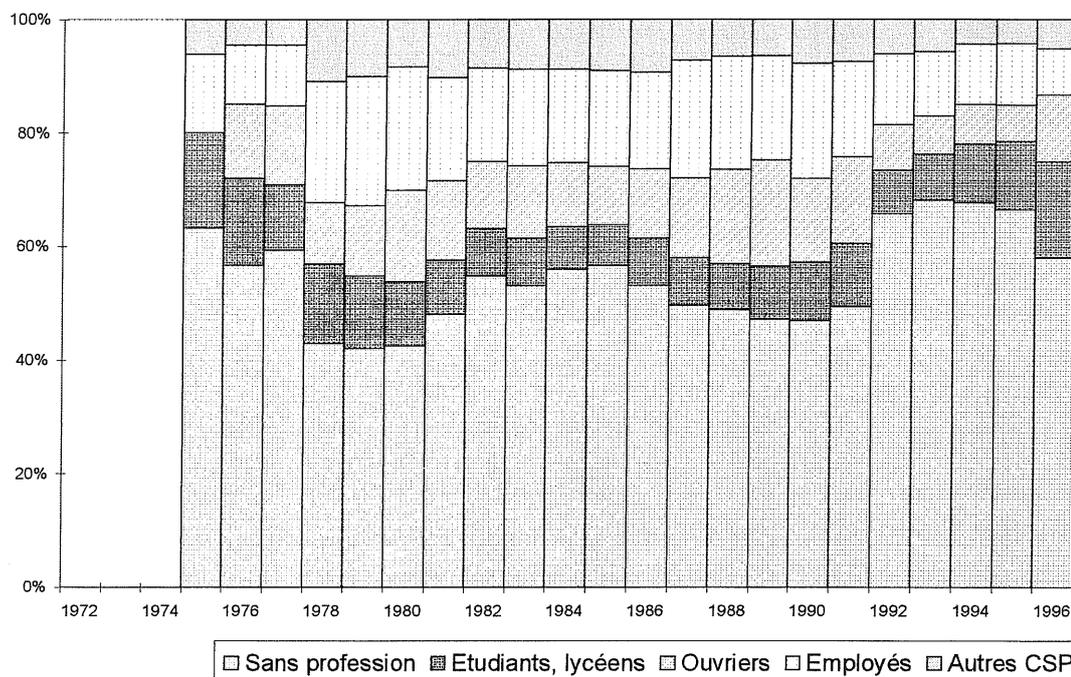
Comme le souligne René Lévy, la codification de la profession pose des problèmes ardu :

« Interrogés sur leur profession par des agents du système pénal, les mis en cause indiquent tantôt un métier, tantôt une spécialité, tantôt un niveau de qualification. L'ensemble est extrêmement hétérogène: nous avons ainsi recueilli 184 intitulés différents (pour 538 personnes, soit 1 pour 3 environ). Ils sont parfois très précis, souvent vagues et rarement vérifiés » (Lévy, 1987, p.123).

Cette difficulté est toutefois à nuancer pour la catégorie des « sans profession déclarée » (ceux qui se disent sans profession) : *« si l'on peut alléguer d'une profession que l'on*

n'exerce pas, on ne se prétend jamais sans profession dès lors qu'on exerce une activité rémunérée, même si elle est sans aucune qualification. Les erreurs ne sont donc possibles qu'en ce qui concerne la nature de l'activité exercée » (Lévy, 1987, note 10 p.145).

Figure I-8 : Répartition des usagers par catégorie socio-professionnelle (en %)



Source : OCRTIS

Ensemble des mis en cause, usage + usage-revente

Dans la catégorie « autres professions » sont regroupés les cadres, les professions libérales, les professions artistiques, les professions agricoles et les militaires.

Le nombre des usagers sans profession déclarée a considérablement augmenté depuis 1992. Ils représentent, sur l'ensemble de la période, entre 50 % et 60 % des personnes interpellées. Les explications de ce phénomène sont certainement multiples. En termes d'activité institutionnelle, on peut faire l'hypothèse que ces personnes sont plus visibles ou qu'elles constituent une cible privilégiée de l'activité des ces agences.

Les autres catégories socio-professionnelles sont nettement moins représentées (10 % environ chacune) et leur répartition est relativement constante sur l'ensemble de la période : la part des employés et celle des ouvriers sont en légère baisse alors que celle des étudiants-lycéens semble augmenter en fin de période. Dans les années 1970, les milieux étudiants et lycéens étaient parmi les plus touchés.

Par ailleurs, depuis 1990, on note une baisse remarquable de la catégorie des ouvriers (ils représentent près de 15 % des usagers en 1990 alors qu'ils ne représentent plus que 6,5 % en 1995, malgré une remontée en 1996). Les données ne permettent pas de définir la population des ouvriers concernés : s'agit-il des ouvriers les moins qualifiés ?

Pour toutes les catégories socio-professionnelles, la drogue la plus consommée est le cannabis. Sa diffusion touche de plus en plus toutes les couches de la société, elle est générale puisque c'est aussi la drogue la plus répandue et la moins coûteuse. En termes d'activité des forces de l'ordre, on voit que l'utilisateur de cannabis reste une cible dominante de la répression.

(d) Les nationalités

L'OCRTIS publie chaque année la répartition des personnes interpellées par nationalité : ainsi, en 1996, sur 56 144 personnes interpellées pour usage simple, 50 162 sont de nationalité française (soit près de 90 % des interpellations). Parmi les 5 982 étrangers interpellés pour usage de stupéfiants, les ressortissants du Maghreb restent majoritaires (1 419 sont de nationalité algérienne, 1 307 de nationalité marocaine, 338 de nationalité tunisienne) ; 590 sont de nationalité portugaise et 459 de nationalité britannique.

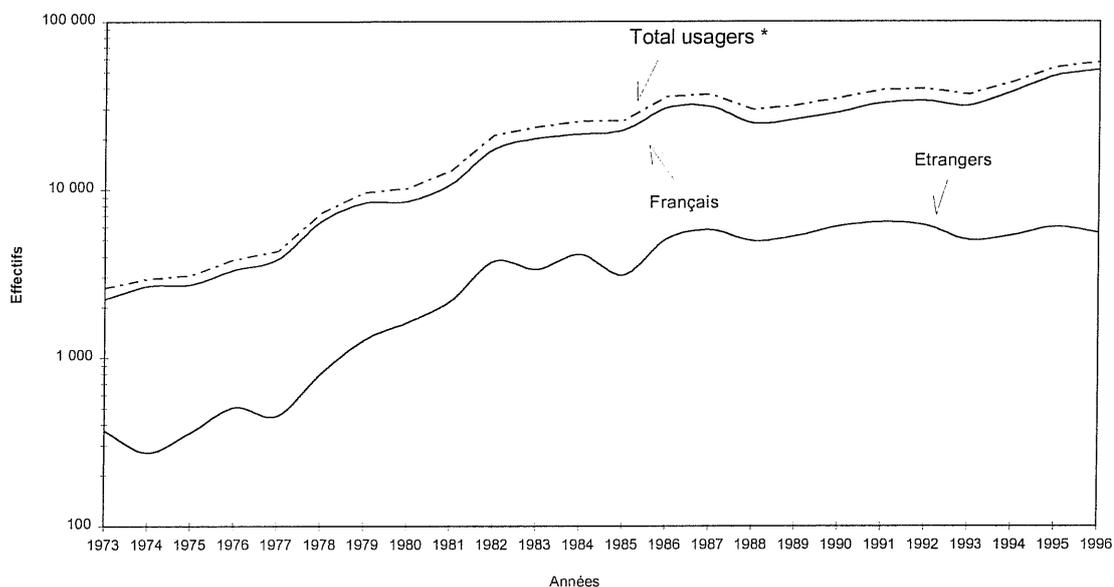
Les statistiques de police judiciaire indiquent, depuis 1973, le nombre d'interpellations pour usage simple de personnes étrangères ou françaises, mais pas leur nationalité précise.

Les chiffres relatifs à la population étrangère recensée en France sont fournis par la Direction des libertés publiques et des affaires juridiques du ministère de l'Intérieur : ils sont établis sur la base des cartes de séjour en cours de validité au 31 décembre de l'année considérée, ils ne prennent en compte que les seuls étrangers ayant la qualité de résident en France. Les étrangers circulant en France sous le seul couvert de leurs documents de voyage sont donc exclus de cette comptabilisation.

D'une manière générale, la part des étrangers mis en cause pour ILS est supérieure à celle constatée pour l'ensemble des crimes et délits. La participation des étrangers est particulièrement forte pour les faits de trafic et à un moindre degré pour les autres ILS. En 1996, sur 100 personnes mises en cause pour usage de stupéfiants, 10 sont des étrangers (pour les affaires de trafic, la proportion est de 28 %). Sur 100 étrangers mis en cause pour ILS, 51 sont des usagers simples.

Le graphique n° 9 retrace l'évolution des interpellations pour usage de stupéfiants en fonction de la nationalité.

**Figure I-9 : Interpellations d'usagers par nationalité
(échelle logarithmique en ordonnée)**



* Ensemble des mis en cause pour usage
Source : police judiciaire

Les interpellations d'usagers de nationalité française sont majoritaires tout au long de la période (elles représentent entre 80 et 90 % de l'ensemble des usagers). En valeur absolue, elles augmentent de façon régulière, tout comme le nombre d'étrangers interpellés pour usage simple.

En fait, les variations observées dans la répartition des usagers selon ces deux critères sont ponctuelles (et assez faibles) : en 1982, la part des étrangers atteint un maximum de 17,8 %. Puis, la part des ressortissants étrangers dans la population des usagers augmente de moins en moins vite. L'évolution annuelle devient négative à partir de 1991 : cette année là, les étrangers représentent plus de 16 % de l'ensemble des usagers alors qu'en 1996, ils représentent moins de 10 % de cette population.

(e) L'emploi des moyens juridiques (la garde à vue et ses suites)

En matière d'usage de stupéfiants, constatation et élucidation des infractions sont presque toujours concomitantes : le flagrant délit, les aveux, ou la découverte des substances permettent d'imputer le délit à la personne interpellée. C'est pourquoi l'analyse du nombre de faits élucidés n'a pas de sens dans cette recherche.

En revanche, on peut s'intéresser à l'usage de la garde à vue pour les individus interpellés pour usage de stupéfiants ainsi qu'aux mesures prises par les services répressifs à l'issue de la garde à vue.

La mise en garde à vue :

Les statistiques de police judiciaire permettent de distinguer, pour chaque infraction, le nombre de garde à vue inférieures et supérieures à 24 heures. Rappelons qu'en matière d'usage de stupéfiants, l'article 63 du code pénal prévoit une durée de 24 heures renouvelable une fois alors qu'en matière de trafic de stupéfiants, la GAV peut être prolongée de 72 heures (voir annexe).

En 1996, 346 587 mesures de garde à vue ont été prises par les officiers de police judiciaire de la police et de la gendarmerie (soit 43 % des personnes mises en cause³⁶⁴) ; 18 % de ces gardes à vue ont été supérieures à 24 heures.

En matière d'ILS, on enregistre 34 082 mesures de GAV inférieures à 24 heures et 13 594 de plus de 24 heures, représentant globalement 56 % des mis en cause pour ILS. Le recours à la GAV est plus courant pour les affaires d'ILS que pour d'autres infractions.

A propos de l'importance de la pratique de la garde à vue, Marie-Danièle Barré conclut : « *En pratique il est probable que tout individu mis en cause pour une affaire d'ILS est utilisé pour glaner des informations, ce que la pratique de la garde à vue peut faciliter* » (Barré, 1994, pp.119-121).

Cependant, sur le long terme, le recours à la garde à vue pour les auteurs d'ILS semble de moins en moins fréquent : jusqu'en 1984, sur 100 personnes mises en cause pour ILS, plus de 80 font l'objet d'une garde à vue. Depuis 1990, cette proportion est en constante baisse : alors que le nombre de mis en cause pour ILS augmente de 54 % entre 1990 et 1996, le nombre de GAV ne croît que de 6,5 %. Il est probable que cette baisse soit liée

³⁶⁴ Ce rapport ne peut constituer qu'une approximation. En effet, dans le cadre de certaines enquêtes, il est vrai peu représentatives en nombre, des gardés à vue peuvent ne pas être des mis en cause (victimes, témoins...).

aux orientations décidées par les parquets, notamment à un accroissement des abandons de poursuite, orientation qui ne nécessite pas le recours à la GAV.

Au sein de la population des auteurs d'ILS, le traitement des usagers de stupéfiants est moins sévère.

En 1996, 25 673 usagers font l'objet d'une GAV ce qui représente 45 % des usagers mis en cause. Depuis 1973, on note en moyenne 65 % d'usagers faisant l'objet d'une GAV, moyenne nécessairement plus faible que pour les trafiquants : en moyenne, 95 % des trafiquants et 80 % des usagers-revendeurs sont retenus en GAV.

La vigueur de l'intervention policière que reflète cet usage massif de la garde à vue dans le cas des usagers est cependant atténuée si l'on compare la durée des gardes à vue.

Les usagers de stupéfiants font plus souvent l'objet d'une GAV de courte durée que les trafiquants : près de 90 % des usagers retenus en GAV le sont pour une durée inférieure à 24 heures alors que plus de 50 % des trafiquants sont retenus plus de 24 heures.

Avant 1988, les usagers retenus en GAV pour une longue durée étaient plus nombreux qu'aujourd'hui. Ceci s'explique en partie par la prise en compte, au sein de la catégorie des usagers, des usagers-revendeurs. En matière de GAV, ces derniers se retrouvent dans une position intermédiaire : 50 % des trafiquants sont gardés à vue plus de 24 heures contre 31 % des usagers-revendeurs et 9 % des simples usagers.

Ce sont les infractions les plus graves qui connaissent la plus forte proportion de gardes à vue supérieures à 24 heures. Ainsi, plusieurs facteurs renforcent ce constat :

- la législation en vigueur qui autorise les policiers à maintenir en GAV les trafiquants plus longtemps que les usagers.
- la nécessité de recueillir plus d'informations auprès des trafiquants qu'auprès des usagers. La garde à vue « constitue le « vêtement » de ce « moyen d'investigation indispensable » qu'est l'interrogatoire des témoins et des suspects » (Lévy, 1987, p.71) ;
- la complexité des affaires ;
- l'usage de la garde à vue est largement dépendant de l'orientation donnée à l'affaire : les cas de poursuite judiciaire sont plus fréquents parmi les trafiquants que les usagers.

La « conclusion policière » de l'affaire

Reprenant le terme employé par Marie-Danièle Barré, nous appelons « conclusion policière » ce qu'il advient de l'individu mis en cause à la fin de la phase policière³⁶⁵.

³⁶⁵ La décision est prise par le parquet compétent. Pour les juridictions appliquant le traitement direct des procédures, elle est prise après appel de l'OPJ au parquet. Cette démarche est retranscrite sur un

En matière d'ILS la « conclusion policière » peut être de plusieurs natures :

- l'avertissement : il se pratique sur instructions du parquet, pour les usagers de « drogues douces », il clôt l'affaire qui est cependant transmise. Il consiste en un rappel à la loi sur l'usage de produit illicite, sous forme d'un formulaire préimprimé, qui est signé du mis en cause³⁶⁶.
- la remise en liberté, à charge pour l'individu de se présenter à toute éventuelle convocation ultérieure du parquet. Ce type de conclusion concerne le plus souvent des individus témoins dans une affaire ou dont l'infraction n'est pas clairement constituée.
- la convocation pour « injonction thérapeutique » est une convocation au service du parquet des injonctions thérapeutiques, sur directives d'un magistrat. Elle ne présage pas de la décision ultérieure du parquet.
- la convocation à comparaître devant le tribunal correctionnel, pour y être jugé, à une date fixée.

Les données disponibles au niveau de la police ne permettent pas de suivre l'itinéraire des mis en cause pour ILS jusqu'à leur prise en charge par la justice³⁶⁷. Les statistiques de police judiciaire fournissent la ventilation des personnes mises en cause selon qu'elles sont laissées libres ou écrouées.

La statistique des écroués soulève une première difficulté technique qui résulte du mode de collecte de ces chiffres.

« La plupart des services de police et de gendarmerie comptabilisent comme « écrouées » les personnes qui, après avoir été déférées devant un magistrat de l'ordre judiciaire, font l'objet d'une incarcération.

En revanche, les services de police de la région parisienne (Préfecture de Police de Paris et petite couronne) retiennent comme « écrouées » les personnes qui font l'objet d'un défèrement devant l'autorité judiciaire parce qu'il n'est pas possible pour eux de distinguer les personnes réellement écrouées de celles qui sont remises en liberté après leur présentation devant un magistrat en raison du « filtre » préalable que constitue le Dépôt du Quai des Orfèvres.

procès-verbal qui porte la mention « avis à parquet ». La procédure est ensuite close et transmise à la juridiction.

³⁶⁶ La circulaire du garde des Sceaux du 12 mai 1987 invite les procureurs de la République à remplacer la mise en garde par un avertissement. Cette disposition s'applique aux usagers de tous produits stupéfiants, mais à condition que l'usage ne soit qu'occasionnel et que l'intéressé présente de bonnes garanties d'insertion sociale, familiale et professionnelle.

³⁶⁷ Plusieurs chercheurs se sont attachés à suivre le flux d'affaires pénales de la police à la justice mais ce type de recherche nécessite une approche particulière : constitution d'échantillons, analyse de dossiers... Voir par exemple, René Lévy, 1987 - Marie-Danièle Barré, 1994 - Bruno Aubusson de Cavarlay et Marie-Sylvie Huré, 1995.

Le seul fait de comptabiliser comme « écrouées » les personnes transportées vers le Dépôt entraîne une surélévation du chiffre national des personnes réellement incarcérées après leur présentation à un magistrat.

Cette distorsion, difficilement chiffrable en l'état actuel, conduit à analyser les données relatives aux personnes écrouées en tenant compte de cette réserve. » (Ministère de l'Intérieur, SCED, 1997)

Par ailleurs, la statistique de police judiciaire ne fournit pas le nombre de personnes déférées, chiffre qui aurait été plus instructif que le nombre d'écroués.

En effet, l'absence d'une garde à vue implique toujours l'absence de défèrement³⁶⁸ ; une personne gardée à vue est soit déférée soit remise en liberté. Les études ont cependant montré qu'en présence d'une garde à vue, le défèrement est plus fréquent que la remise en liberté.

Ainsi, à travers l'étude d'une cohorte de personnes mises en cause à Paris par la police judiciaire, Marie-Danièle Barré aboutit au constat suivant :

« En ce qui concerne l'usage de stupéfiants, on constate que plus de 8 mis en cause sur 10 ne sont pas déférés et qu'un peu plus de 6 sur 10 font l'objet d'un simple avertissement, leur affaire étant ainsi close au niveau policier. (...) Pour conclure sur la question de l'usage, on remarque donc, simultanément, un recours très fréquent à la garde à vue, et un traitement des affaires qui aboutit à clore la plupart de celles-ci au niveau policier » (Barré, 1994, p.125).

En se contentant des statistiques de police judiciaire, on aboutit aux constats suivants :

En 1996, sur l'ensemble des infractions, 9 % des mis en cause sont écroués. Ce pourcentage est plus élevé pour les affaires de stupéfiants puisqu'on enregistre plus de 13 % d'écroués pour cette même année.

Comme pour la GAV, la détention provisoire des usagers est plus rare que celle des trafiquants : 96 % des usagers sont laissés libres alors que cette proportion tombe à 73 % pour les usagers-revendeurs et à 53 % pour les trafiquants.

De plus, les usagers sont de moins en moins fréquemment écroués. La rupture est très nette en 1988 : jusqu'en 1987, plus de 20 % des mis en cause pour usage de stupéfiants sont écroués (les usagers-revendeurs étant recensés parmi les usagers) ; cette proportion passe sous la barre des 10 % dès 1990 et des 4 % en 1996.

Parallèlement, il est intéressant de noter que la proportion des usagers-revendeurs placés en détention provisoire est relativement stable depuis 1988 (entre 27 et 32% des mis en cause pour usage-revente) alors que celle des trafiquants diminue régulièrement depuis 1988.

³⁶⁸ Précisons bien qu'il s'agit de la pratique, non du droit. En droit, rien ne s'opposerait à ce qu'un mis en cause non gardé à vue soit conduit au Parquet.

Pour conclure sur le traitement policier des usagers, livrons-nous à un petit calcul :

Sur 57 076 mis en cause, 46 776 n'ont pas fait l'objet d'une garde à vue (restriction technique mise à part ; Cf. note 366). Ils ne sont donc pas déférés. Sur les 54 998 laissés libres, nous savons donc que 46 776 n'ont pas été gardés à vue et que 8 222 ont été gardés à vue préalablement à leur remise en liberté.

Ainsi, sur 10 300 personnes gardées à vue, 8 222 seraient ensuite libérées et 2 080 seraient déférées.

80 % des gardes à vue aboutiraient donc à une remise en liberté. Ce chiffre rejoindrait les conclusions de l'enquête parisienne de René Lévy : « *L'intervention policière est (...) coercitive, comme l'indique le taux de garde à vue et surtout la proportion de gardés à vue qui sont remis en liberté* » (Lévy, 1987, p.147).

Pour conclure sur le traitement policier des faits d'usage de stupéfiants, il convient de rappeler que les interpellations ainsi comptabilisées correspondent aux procédures transmises au parquet. Ces chiffres ne permettent donc pas de mesurer la part de l'abandon de poursuite dès la phase policière, appelée couramment « classement policier ». Elle ne peut être mesurée à partir des statistiques publiées mais, à l'aide d'un échantillon d'affaires parisiennes, Bruno Aubusson de Cavarlay a tenté de l'appréhender :

« La décision de non poursuite s'applique à environ quatre cas sur cinq, que l'on compte en affaires ou en individus. Que son arrestation soit suivie ou non de la rédaction d'une procédure judiciaire, l'usager est alors remis en liberté après un simple avertissement de police (...) Il est assez net que les seuls usagers qui peuvent entraîner une prise en charge du parquet sont, d'un côté les usagers de drogues « dures » dont le traitement médical est considéré comme nécessaire et, de l'autre, les usagers qui sont suspectés d'aller un peu plus loin dans leur implication dans la distribution de la drogue que le simple achat(...) »

Vu du côté de la police judiciaire, le contrôle des usagers est à la base d'une organisation du travail orienté vers la répression de la circulation des produits toxiques, ce dont évidemment la police ne se cache pas. Mais de façon plus générale l'usager est une personne en état d'infraction, dont l'arrestation est relativement facile tant sur le plan technique (surtout pour l'usage de cannabis, l'usager ne se trouvant pas dans un état de santé imposant rapidement des mesures médicales) que sur le plan juridique. Ces arrestations massives alimentent des fichiers d'antécédents policiers sans équivalent au niveau judiciaire et les dossiers de trafic les plus complexes que nous avons examinés impliquent aussi des usagers dont la surveillance et les témoignages permettent l'arrestation et la poursuite de trafiquants. » (B. Aubusson de Cavarlay, M.S. Huré, 1995).

II. Les statistiques judiciaires sur l'usage de stupéfiants

Laurence SIMMAT-DURAND

Les statistiques émanant du ministère de la Justice couvrent toute la partie judiciaire de la chaîne pénale, de l'entrée au parquet jusqu'aux statistiques pénitentiaires. En réalité, les différentes étapes du processus pénal ne font pas toutes l'objet d'un recueil de données exhaustif, des variations étant par ailleurs observables selon les années. Sur la période qui nous intéresse et qui couvre vingt-cinq années, les données concernant les infractions à la législation sur les stupéfiants ont été s'amenuisant.

A/ L'orientation des affaires

Un recueil des données relatif à la mise en œuvre de la loi de 1970 a été mis en place par une circulaire³⁶⁹ afin de disposer de renseignements sur l'évolution de ce contentieux. Un tableau statistique intitulé « *renseignements statistiques relatifs à l'application de la loi du 31 décembre 1970* » est rempli par les juridictions et fait ensuite l'objet d'une synthèse nationale³⁷⁰. De plus, les procureurs généraux sont invités à faire part de leurs éventuelles difficultés dans la mise en œuvre de la loi et de l'état des relations entretenues avec les autorités sanitaires.

Ce recueil sera abandonné après l'année 1981³⁷¹, alors même que son détail extrême en faisait un instrument précieux³⁷². L'orientation des affaires d'infractions à la législation sur les stupéfiants par les parquets est décrite, ainsi que les condamnations et les

³⁶⁹ - Circulaire 69F389 du 8 juillet 1975 présentant une rétrospective de 1971 à 1975. L'enquête a tout d'abord une périodicité semestrielle, puis annuelle (circulaire 69F389 du 7 mars 1977).

³⁷⁰ - La copie intégrale de ce tableau pour les années 1971 à 1975 est publiée dans un rapport du ministère de la Justice (1976) ; le rapport Pelletier publie une exploitation partielle pour les années 1971 à 1976. L'étude de Gortais et Pérez-Diaz (1983) exploite les années 1971 à 1981 pour certaines variables, les années 1979 à 1981 de manière plus détaillée et publie en annexe l'année 1978. L'année la plus mal renseignée est 1977...

³⁷¹ - Circulaire STA/18(81) du 12 février 1982.

³⁷² - Voir un exemple en annexe.

différentes alternatives sanitaires qui seront évoquées dans la troisième partie de ce chapitre. Les séries peuvent être reconstituées d'une part pour les majeurs et d'autre part pour les mineurs.

(a) Séries concernant les majeurs

Les différentes orientations et décisions prises sont ventilées selon l'étape du processus pénal et l'année (tableau n° 3).

Sur les dix premières années d'application de la loi, le volume des affaires orientées par les parquets a été multiplié par dix. Le rythme d'accroissement n'est pas régulier, les plus fortes hausses ayant lieu entre 1973 et 1974 puis de 1975 à 1978 et de 1980 à 1981.

Par contre, sur cet ensemble de dix années, la part des différentes orientations est relativement stable, avec toutefois un décrochage en fin de période, vers 1981. Ainsi, 44 % des orientations sont faites vers l'instruction en 1971, part qui reste constante jusqu'en 1978 puis chute à 33 %.

Les classements sans suite quant à eux concernent une affaire sur cinq en 1971 pour augmenter à près d'une sur trois en 1978 et retomber à une sur quatre en 1981.

Au bilan, en 1981, sur dix affaires orientées par les parquets : quatre environ passent à l'instruction, trois sont classées sans suite, une fait l'objet de poursuites directes, une est en cours d'enquête, et une fait l'objet d'un dessaisissement sur une autre juridiction.

Les infractions à la législation sur les stupéfiants constituent l'un des rares contentieux complètement élucidé par les forces de police (voir statistiques policières). Il en résulte une part très faible du classement sans suite, celui-ci n'intervenant pas du fait d'un auteur inconnu mais uniquement par application de l'opportunité des poursuites (art. 40 du CPP). Moins de 18 % des personnes bénéficient d'un classement sans suite jusqu'aux années 1975. La part des classements augmente brutalement en 1978 ce que l'on peut attribuer à l'impact du rapport Pelletier et à la circulaire qui lui fait suite.

Tableau I-3: Orientation des affaires d'infraction à la législation sur les stupéfiants, Années 1971-1981

Années	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Activité des parquets											
Cures prescrites	352	532	598	732	815	847	1318	952	1187	1388	2075
classement sans suite (a)	339	552	496	667	662	804		2216			3774
poursuites flagrant délit(b)	35	41	25	43	82	142		203			312
pours. citation directe(c)	192	198	202	211	317	547		999			1911
désaisissement (d)	202	351	287	433	436			549			1761
enquête en cours (e)	17	35	74	170	569			543			1414
renvoi juge enfants (f)	98	159	163	218	298			258			572
informations ouvertes (g)	690	821	1000	1246	1823	1977		2374			5239
Total orientations (T)	1573	2157	2247	2988	4187			7142			14983
Juges d'instruction											
Détention provisoire	618	775	804	867	1105	1360		1781			3968
Contrôle judiciaire	227	364	342	485	678	879		813			1669
cures	87	111	132	161	219	232	224	236	207	297	251
Non-lieu	57	138	164	111	130			124			333
Renvoi tribunal correctionnel	373	563	644	920	991			1384			4998

Note : (T)=(a+b+c+d+e+f+g)

La part de l'instruction dans ces orientations par le parquet est tout à fait notable : autour du tiers des affaires, d'autant plus qu'elle ne s'explique pas par l'infraction elle-même. Ainsi, pour l'année 1981, sur 5239 réquisitoires d'informer, 20 % concernent l'usager simple, 58 % des usagers-revendeurs et 22 % des trafiquants (Gortais et Pérez-Diaz, 1983).

Les données disponibles s'amenuisent après 1981 avec la disparition de la *fiche de renseignements statistiques sur la loi de 1970*. Pour les années 1982 et 1983, le recueil a été poursuivi dans les cadres du parquet, mais les données n'ont pas été exploitées. Le recueil est abandonné après 1983.

D'autres mesures judiciaires sont apparues comme le Travail d'Intérêt Général (TIG) qui occupent le devant de la scène. Les rubriques relatives à la loi de 1970 sont remplacées dans les cadres du parquet par celles concernant ces nouvelles priorités.

Le tournant des années 1990, le scandale que constitue l'état de santé des toxicomanes français entraîne tout à la fois la réactivation de la mesure d'injonction thérapeutique et le souci de quantifier l'action en ce domaine. Les cadres du parquet comptabilisent à nouveau à partir de l'année 1992, les mesures d'injonction thérapeutique au niveau national.

(b) L'orientation des affaires concernant les mineurs

Les fiches statistiques collectent trois variables concernant les mineurs : les requêtes en assistance éducative, les requêtes pénales et les cures ordonnées par les juges des enfants (tableau n° 3).

Sur dix ans, le nombre de mesures prises en charge par les juges des enfants a été multiplié par plus de huit. Dans le même temps, ces mesures ont changé puisqu'en fin de période, la part des requêtes pénales atteint quasiment les 60 %.

Tableau I-4 : Infractions à la législation sur les stupéfiants, mineurs, 1971-1981

Années	requêtes en assistance éducative	requêtes pénales	cures ordonnées par le J.E.	total
1971	76	20	2	98
% ligne	77,6	20,4	2,0	100,0
1972	108	44	7	159
% ligne	67,9	27,7	4,4	100,0
1973	96	62	5	163
% ligne	58,9	38,0	3,1	100,0
1974	100	101	17	218
% ligne	45,9	46,3	7,8	100,0
1975	142	138	18	298
% ligne	47,7	46,3	6,0	100,0
1978	75	175	8	258
% ligne	29,1	67,8	3,1	100,0
1981	278	494	61	833
% ligne	33,4	59,3	7,3	100,0

Source : Fiche de renseignements statistiques

Pour ce qui concerne les mineurs, les statistiques reflètent la dualité des textes, entre l'ordonnance de 1945 qui préconise le recours aux mesures d'assistance éducative et la loi de 1970 qui n'a prévu aucune disposition particulière et est donc applicable aux mineurs, ce que confirme l'article L. 628-2 en se référant à la cure ordonnée par le juge des enfants.

Au début des années 1980, l'aspect pénal l'emporte manifestement pour ces infractions, la plus grande sévérité vis-à-vis des usagers de stupéfiants, se traduit également dans l'orientation des affaires concernant des mineurs.

B/ Les condamnations

Le volume et le quantum des condamnations sont des indicateurs indispensables pour apprécier comment s'exerce la répression en regard d'une infraction. Ainsi pour l'usage de stupéfiants, les textes d'application montrent tout d'abord une volonté d'éviter la sanction pénale, au profit du soin, qui doit trouver une traduction dans les condamnations prononcées.

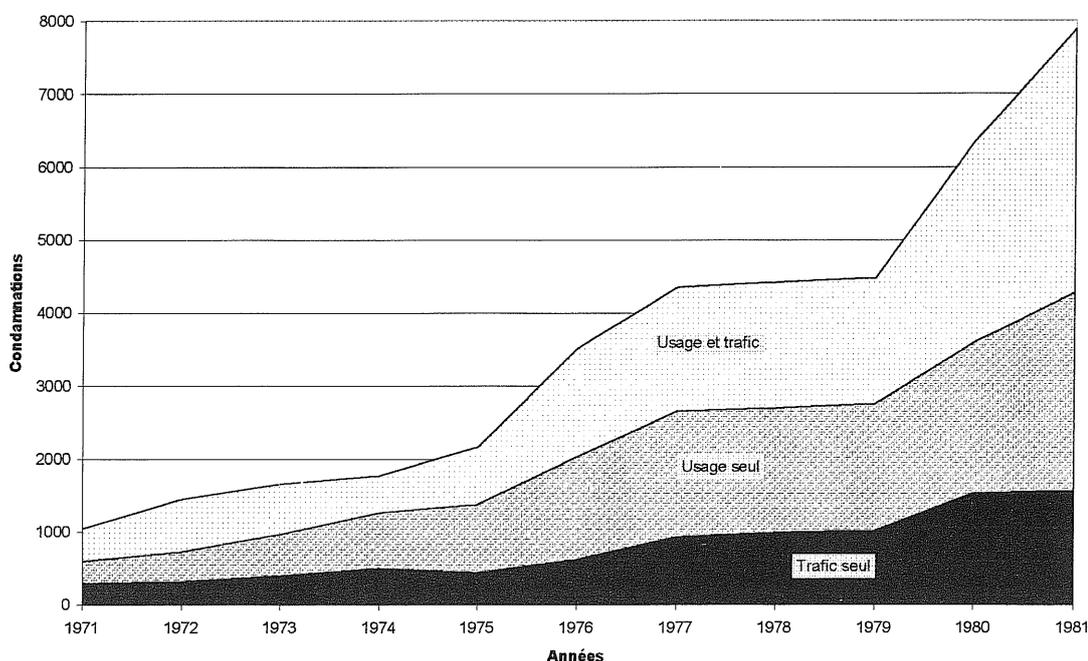
(a) Séries selon l'infraction

Deux séries, non homogènes, sont utilisables pour décrire les condamnations en matière d'infraction à la législation sur les stupéfiants sur le long terme : les données recueillies de 1971 à 1981 dans le document intitulé « *Renseignements statistiques relatifs à l'application de la loi du 31 décembre 1970* » et à partir de l'année 1968, les publications du ministère de la Justice « *Annuaire de la Justice* ».

Par recoupements avec la série publiée par le ministère sur les dernières années (1978-1981), on peut dégager quelques caractéristiques du recueil en provenance de la fiche statistique : toutes les condamnations sont relevées y compris celles concernant les mineurs et les infractions douanières. Les premières seront conservées dans la série des « *condamnations* » jusqu'en 1973 puis ensuite distinguées dans une série intitulée « les décisions des juridictions de la jeunesse ». Les infractions douanières quant à elles ne sont pas prises en compte dans la série « *les condamnations* ».

La qualification en trois catégories retenue sur la première période ne permet pas la comparaison directe avec les statistiques policières. Elle permet de suivre, sur la durée d'existence de la *Fiche de renseignements statistiques*, l'évolution des condamnations et la part respective des trois catégories, usage seul, usage et trafic, trafic (figure n° 10).

Figure I-10: Condamnations en matière d'infraction à la législation sur les stupéfiants selon l'infraction principale, 1971-1981 (en nombre de personnes condamnées)



Source : établi d'après les données de Gortais et Perez-Diaz (1983)

Cette figure illustre l'augmentation des condamnations entre 1971, première année d'application de la loi et 1981 : elles ont été multipliées par sept.

La part de l'usage seul, proche de 30 % en début de période, passe par un maximum dans les années 1974 à 1976 jusqu'à atteindre 43 % des condamnations. Elle retombe à partir de 1980, sans doute sous l'influence du rapport Pelletier (1978) et des circulaires qui ont suivi, préconisant le recours au classement avec avertissement pour les simples usagers et la répression la plus sévère pour les usagers-revendeurs.

La part du trafic, d'abord proche de 30 % des condamnations, diminue et s'établit sur l'ensemble de la période autour de 20 % ce qui, comparé à sa part dans les interpellations montre que cette infraction est plus souvent condamnée que les deux autres.

La troisième infraction, intitulée usage et trafic, dans le relevé statistique, ne correspond pas à un délit ainsi défini dans les textes en vigueur sur cette période : il s'agit donc d'une catégorie liée à une pratique. L'usager-revendeur est distingué de l'usager simple bien avant la circulaire de 1984 et la loi de 1986 qui crée le délit. La part de l'usage et trafic proche de 39 % jusqu'en 1980 augmente à 46 % en 1981. Au fur et à mesure de la baisse des condamnations pour usage simple, celles de l'usage-revente augmentent.

La deuxième série, intitulée « *La justice pénale, les décisions* » est publiée dans *l'Annuaire de la justice* chaque année. Certains volumes regroupent plusieurs années mais les mêmes variables ne sont pas systématiquement publiées. Les données concernant l'usage et le trafic de stupéfiants sont publiées dès l'année 1969.

La nomenclature des infractions à la législation sur les stupéfiants change sur la période :

- de 1968 à 1973, une seule infraction totalise l'ensemble des décisions, l'usage et le trafic sont regroupés ;

- de 1974 à 1983, deux rubriques : usage de stupéfiants et trafic de stupéfiant. Les chiffres en matière de trafic pour les années 1974 et 1975 sont sujets à caution : respectivement 1 et 9 condamnations sur l'année ! A partir de 1976, les chiffres donnés sont en cohérence avec la série de la fiche statistique, infractions douanières en moins ;

- de 1984 à 1987 sont distinguées quatre rubriques : usage, trafic, détention-acquisition et offre-cession ;

- depuis 1988, sept infractions sont détaillées : usage, trafic, détention-acquisition, commerce-emploi-transport, offre-cession, aide à l'usage et autres infractions.

Nous présentons selon ces rubriques l'ensemble des chiffres disponibles sur toute la période (tableau n° 5).

Notons tout d'abord que ces rubriques statistiques correspondent en principe à des codes NATINF, codes d'infractions utilisés pour la saisie informatique des décisions dans les juridictions. Mais les NATINF concernant les infractions à la législation sur les stupéfiants correspondant aux différents textes applicables, sont donc au nombre de 16 (voir en annexe) et ont été regroupés pour former des rubriques pour la publication. Le tout ne correspond pas aux catégories de personnes définies par les circulaires de mise en application de la loi.

L'évolution globale de la répression de l'usage de stupéfiants est conforme à l'image obtenue par les séries policières. Sur vingt-cinq années, le nombre de condamnations, toutes infractions à la législation sur les stupéfiants confondues a été multiplié par vingt-huit, de moins d'un millier à plus de vingt mille.

La distinction des délits relatifs aux infractions à la législation sur les stupéfiants en sept catégories entraîne une difficulté dans l'évaluation du nombre des « simples usagers ».

Le délit de « détention-acquisition » est en effet indissociable en pratique de celui de l'usage. En tout cas la marge entre les deux qualifications est incertaine, ce qu'a très bien montré l'examen de la jurisprudence (premier chapitre).

Tableau I-5 : les décisions prises par les tribunaux correctionnels 1968-1993
(personnes majeures)

Années	usage	trafic	détention acquisition	commerce emploi transport	offre et cession	aide à l'usage par autrui	autres infractions	Total ILS	Part du total des condamn.
1968									
1969				385				385	0,1
1970				965				965	0,3
1971				814				814	0,2
1972				1507				1507	0,4
1973				1464				1464	0,4
1974	1191			1				1192	0,5
1975	1254			9				1263	0,3
1976	1954			471				2425	0,6
1977	2784			340				3124	0,8
1978	3544			424				3968	0,9
1979	2246			1504				3750	0,8
1980	2987			2514				5501	1,2
1981	2602			2124				4726	1,7
1982	3361			3572				6933	1,6
1983	4060			4040				8100	1,8
1984	5437	1052		5599		460		12548	2,5
1985	5984	1272		6900		733		14889	2,7
1986	7208	1836		8159		777		17980	3,2
1987	7484	2221		9065		1373		20143	4,2
1988	4930	2005	7000	1646	1003	433	5	17022	5,4
1989	6795	1819	7011	1925	1565	495	8	19618	4,6
1990	7485	2108	6641	1791	1945	442	16	20428	4,3
1991	6658	1890	6680	1853	2134	344	19	19578	4,3
1992	7374	2196	7563	2182	2272	258	6	21851	4,8
1993	8157	2128	7699	2284	2034	219	9	22530	5,0
1994	6201	2450	7294	2173	2307	146	9	20580	5,0

Source : Ministère de la Justice, *Annuaire statistique*, années 1968 à 1993

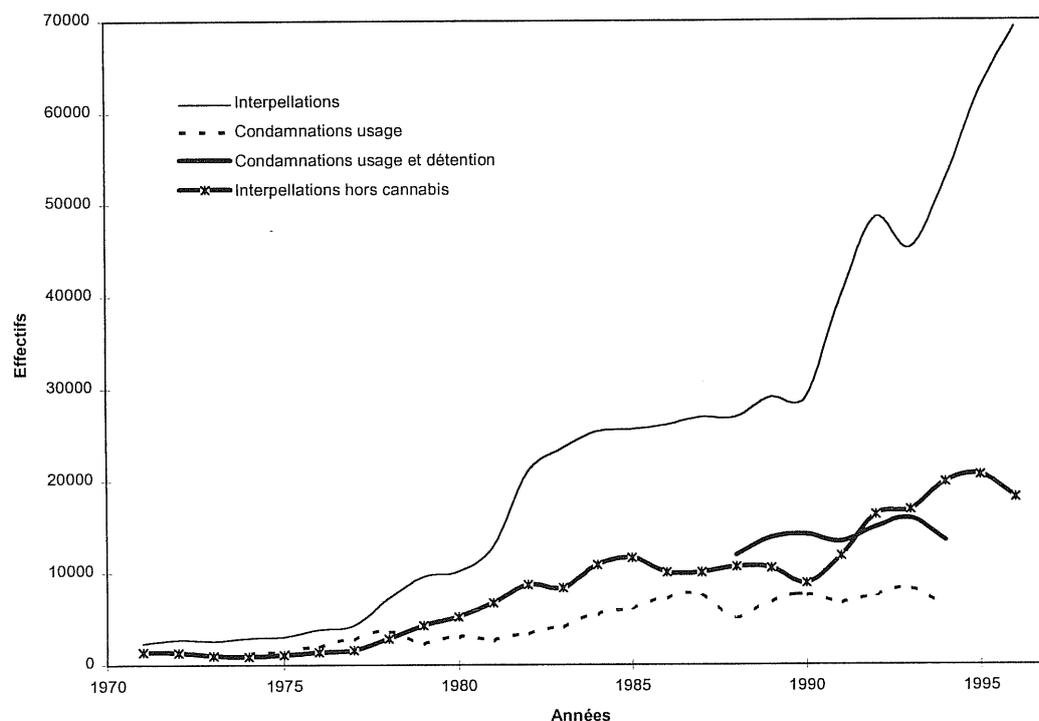
Le choix de la qualification de détention (insérée au code pénal) fait échec à la mise en oeuvre de l'injonction thérapeutique. Pour les autres ILS, l'orientation sanitaire ne peut intervenir que dans le cadre d'une poursuite ou après le jugement, à titre de peine complémentaire. Or, le nombre de condamnations en matière de détention de stupéfiants est pratiquement chaque année supérieur à celui en matière d'usage, ce qui montre bien l'ampleur de cet enjeu.

De ce fait, si l'on estime la part des usagers, à partir du regroupement des deux infractions « usage » et « détention-acquisition » qui sont largement indissociables, on obtient actuellement 70 % des condamnations. Sept condamnés sur dix le sont pour des faits d'usage, un sur dix seulement pour des faits de trafic *stricto sensu*.

Parallèlement, la part des ILS dans l'ensemble des condamnations (pour délits) a augmenté régulièrement pour atteindre 5 %. Rappelons que les interpellations pour ILS représentent également 5 % des personnes mises en cause par la police.

Le rapprochement des deux séries, interpellations et condamnations, montre cette similitude, malgré le changement d'échelle (graphique n° 11), mais aussi quelques divergences.

Figure I-11 : Interpellations et condamnations pour usage de stupéfiants



Source : OCRTIS - Ministère de la Justice, *les Condamnations*

La proximité des courbes d'interpellations et de condamnations jusqu'en 1977 est flagrante. La répression de l'usage est ferme, ce que montraient les orientations vers l'instruction. Ensuite, il est tout aussi clair que le rythme de progression des condamnations sera sans aucune mesure avec l'envolée des interpellations. Pour nuancer ce propos, nous avons également fait figurer une courbe correspondant aux seules interpellations hors cannabis. En effet, l'hypothèse d'une dépénalisation de fait de l'usage du cannabis par de nombreuses juridictions n'est pas à négliger (voir le premier chapitre).

Une première rupture a lieu en 1978-1979, période d'expectative législative : le débat sur la répression de l'usage est passionné puis retombe.

Le rapport Pelletier relève plusieurs oppositions à la dépénalisation, celle du corps judiciaire en particulier, et note : « *la société française n'est pas prête à envisager une*

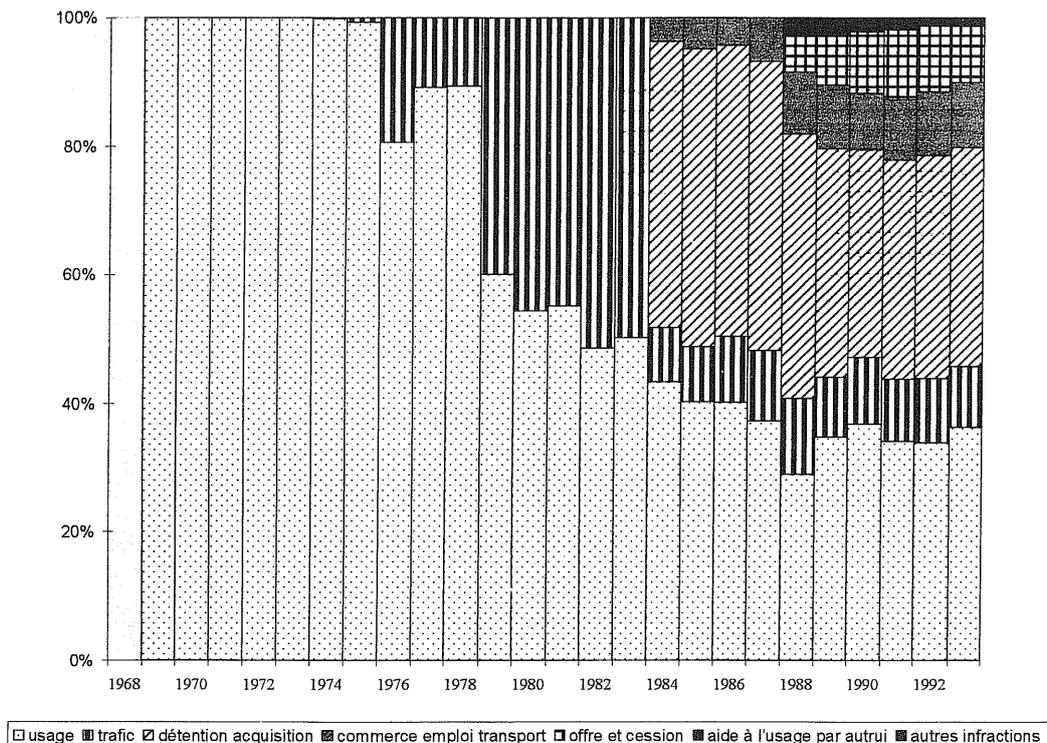
en 1996... J. Bernat de Célis (1996, p. 179 et s.) étudie tous les aspects de cette tentative de modification de la législation en 77-78. Pourtant, pour ce qui concerne le cannabis, les condamnations semblent avoir été abandonnées.

Les textes restent finalement en l'état et la courbe (du graphique n°11) suit de près celle des interpellations jusqu'en 1987, le rapport restant constant d'une condamnation pour quatre interpellations. Après cette date, les condamnations d'usagers marquent le pas par rapport aux interpellations, mais la différence vient surtout du cannabis.

Un nouveau décrochage a lieu après 1990. Les interpellations augmentent massivement, y compris pour les produits autres que le cannabis, sans que ce mouvement soit suivi par une augmentation proportionnelle des condamnations. L'influence des relances de l'injonction thérapeutique (voir plus loin) pourrait expliquer ce mouvement inverse : les interpellations se multiplient, mais l'orientation vers l'injonction thérapeutique empêche qu'elles aient une influence sur le volume des condamnations.

L'incrimination de l'usage-revente³⁷³, après 1986 pose la question de savoir si ce nouveau délit s'impute sur les anciennes séries d'usage ou de trafic. Le graphique n° 12 permet d'approfondir cette question.

Figure I-12 : Part relative des différentes infractions dans les décisions prises (en %)



Source : Ministère de la justice, *Annuaire statistique*

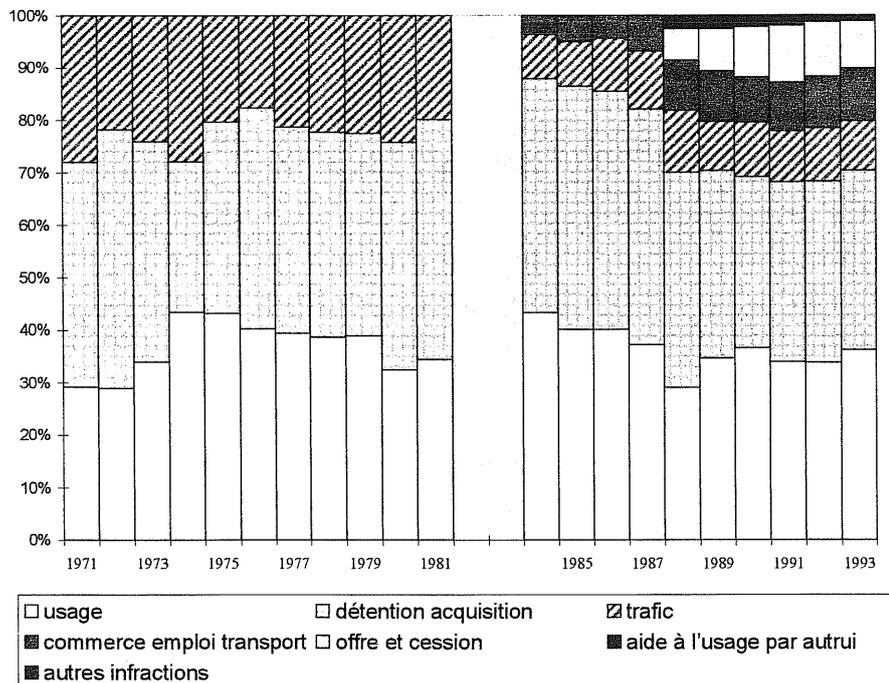
³⁷³ - D'abord par une circulaire de 1984, puis par la loi de janvier 1986, voir premier chapitre.

Le passage en part relative éclaire différemment cette série. La part de l'usage simple dans les condamnations diminue notablement après 1978 et régulièrement ensuite pour s'établir à un peu moins de 40 % des condamnations.

Au niveau judiciaire, au contraire du niveau policier, la création de la catégorie « usager-revendeur » (ou détention-acquisition) à partir de 1984 s'impute sur le trafic et non sur l'usage. Le risque est grand de conclure à partir de ces données non homogènes. En effet, la série publiée dans *l'Annuaire statistique* avant 1984, en ne distinguant que l'usage et le trafic produit un amalgame qui reflète sans doute mal l'activité des juridictions.

Or, nous disposons de 1971 à 1981 de l'autre série, distinguant usage seul, trafic seul et usage et trafic. Si nous utilisons les deux sources conjointement, nous obtenons le nouveau graphique n° 13.

Figure I-13 : Les condamnations selon l'infraction (en %)



Source : 1971-1981 Fiche de renseignements statistiques
1983-1993 Annuaire statistique

L'évolution ici est beaucoup plus nette : avant 1984, les usagers-revendeurs étaient comptabilisés comme trafiquants dans les séries des condamnations.

(b) Séries concernant les mineurs

La série peut être constituée à partir du *Rapport de l'Education Surveillée* de 1972 à 1979 et de *l'Annuaire statistique sur les condamnations* concernant les mineurs, sous la rubrique « Les décisions des juridictions de la jeunesse ». Les chiffres ne sont pas publiés avant 1972. Après cette date, et jusqu'à l'année 1986 comprise, une seule catégorie regroupe toutes les infractions en matière de santé publique, les délits à la législation sur les stupéfiants n'étant distingués qu'à partir de 1986 (tableau n° 6).

Tableau I-6 : Décisions des juridictions de la jeunesse 1972-1993

Année	délits contre la santé publique	Infractions en matière de stupéfiants		
		Usage	Usage et trafic	Total
1972		131	102	239*
1973	231	135	80	231*
1974	255	144	76	255*
1975	420	248	135	420*
1976	478	329	125	458*
1977	652	423	150	614*
1978	550			
1979	541	352	138	501*
1980	671			
1982	693			
1983	802			
1984	841			
1985	859			
1986	1084			
1987				821
1988				474
1989				646
1990				852
1991				919
1992				903
1993				866
1994				410

Source : Ministère de la Justice, *Annuaire statistique*, années 1968 à 1994
et *Education Surveillée* 1972-1979

sauf * : Fiche de renseignements statistiques relatifs à l'application de la loi du 31/12/1970

Ici aussi, on assiste à un quadruplement des décisions prises à l'encontre des mineurs, de 1972 à 1993, mais la série n'étant pas disponible selon l'infraction et la mesure, il n'est plus possible de distinguer les mesures d'assistance éducative des mesures pénales. Par contre, les données disponibles montrent la part essentielle de l'usage dans les condamnations concernant les mineurs.

Le recul n'est actuellement pas suffisant pour apprécier l'impact des circulaires de 1993 qui demandent aux parquets une diversification des réponses pour les mineurs usagers de produits stupéfiants.

De toute façon, la modification du fait de l'application de la loi de 1992, qui a introduit des conditions d'effacement du Casier judiciaire à leur majorité de certaines peines à l'encontre des mineurs, associée à la loi d'amnistie de 1995³⁷⁴, ont provoqué une rupture dans cette série, le nombre de condamnations inscrites pour 1994 étant moitié moindre que celui de 1993.

(c) Les peines prononcées

Les peines prononcées en matière d'infraction à la législation sur les stupéfiants sont un indicateur fondamental pour mesurer la répression de ces délits. Plusieurs circulaires rappellent à divers moments de la période étudiée que la condamnation à une peine d'emprisonnement ferme doit rester l'exception en matière d'usage de stupéfiants. Les fiches de renseignements statistiques donnent le détail des peines prononcées selon l'infraction sur les dix premières années. Nous avons recalculé la part de prison ferme appliquée à l'ensemble des ILS afin de situer l'infraction d'usage parmi les autres en matière de stupéfiants (tableau n° 7).

La part des peines d'emprisonnement ferme en matière d'usage de stupéfiants varie de 21 à 40 % selon les années et est beaucoup plus faible que dans le cas de l'ensemble des ILS (de 35 à 57 %). Les peines fermes sont plus souvent prononcées en matière de trafic (jusqu'à 75 % des condamnations selon les années), mais les effectifs en cause sont plus faibles. La moyenne des ILS reflète donc les peines prononcées en matière d'usage et trafic.

³⁷⁴ - Condamnations prononcées en 1994 et parvenues au Casier judiciaire national après la promulgation de la loi du 3 août 1995 portant amnistie (Ministère de la Justice, *Annuaire statistique 1991-1995*, Avertissement p. 198).

Tableau I-7: Répartition des condamnations en matière d'usage de stupéfiants et d'ILS selon la peine principale prononcée et l'année

Années	Toutes ILS	Usage de stupéfiants			
		Emprisonnement			Autres peines
	prison ferme	Ferme	avec sursis		Amendes dispense de peine
			simple	SME	
1971	57,0	30,9	34,3	15,8	19,1
1972	52,7	40,0	40,2	11,5	8,3
1973	42,9	25,7	34,4	22,6	17,3
1974	47,8	32,0	43,2	22,8	2,0
1975	39,1	30,1	40,3	23,3	6,3
1976	35,0	27,0	35,4	17,6	20,0
1977	36,6	21,5	30,0	17,3	31,2
1978	35,4	23,7	31,0	14,4	30,9
1979	34,7	21,1			
1980	38,2	25,0			
1981	46,8	31,9			

Source : calculé d'après Gortais et Pérez-Diaz (1983)

Pour les années plus récentes, l'utilisation des données issues de l'Annuaire statistique ne permet pas de travailler sur les seules condamnations pour usage, les données concernant les peines n'étant publiées que pour l'ensemble des ILS. Les volumes intitulés « *Les condamnations* » comportent plus de détails (tableau n° 8).

Tableau I-8: Répartition des condamnations pour usage de stupéfiants selon les peines prononcées, 1984-1993

Années	Emprisonnement		Autres Peines
	Ferme	Sursis total	
1984	33,2	42,0	24,8
1985	33,0	39,9	27,0
1988	38,2	43,4	18,4
1989	33,7	45,1	21,2
1990	30,4	42,6	27,0
1991	32,9	41,6	25,5
1992	34,4	40,6	25,0
1993	33,8	39,9	26,3

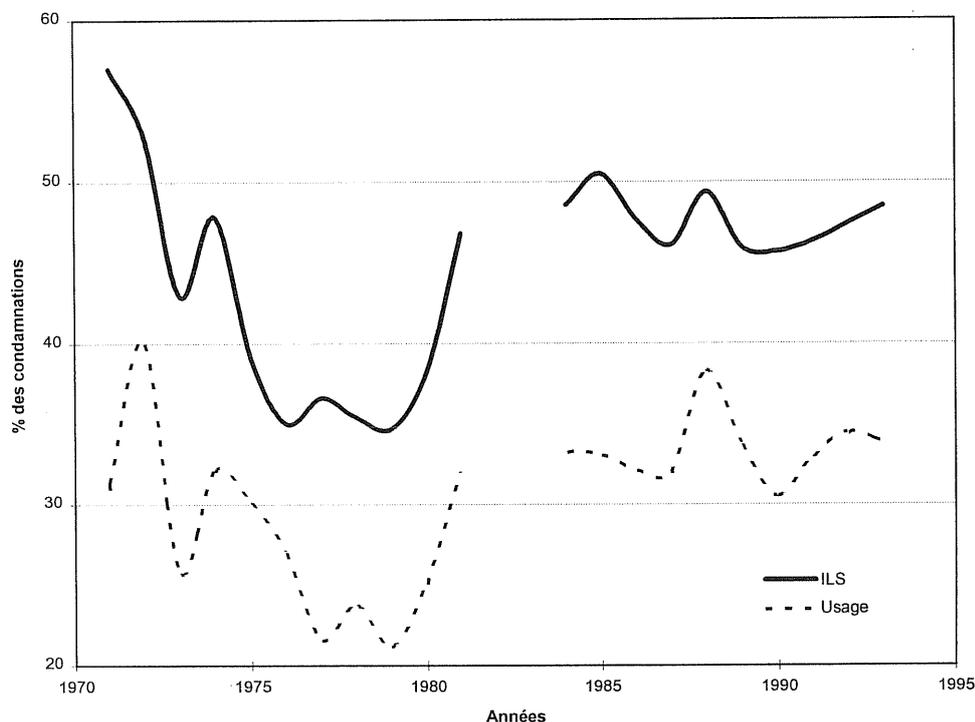
Source : Ministère de la Justice, Les condamnations (volumes successifs), La Documentation Française

Pour les huit dernières années, la part des différentes peines prononcées pour usage semble stable.

Pour l'année 1991, une étude détaillée des condamnations prononcées en matière d'infraction à la législation a été réalisée par O. Timbart (1995). Pour usage seul, les peines prononcées se répartissent de la façon suivante : emprisonnement ferme 24 %, sursis total 41 %. Les sursis avec mise à l'épreuve représentent 15 % des condamnations.

La confrontation des deux séries permet de voir l'évolution du prononcé des peines fermes, pour l'ensemble des ILS et pour l'usage, sur l'ensemble de la période, malgré quelques lacunes (graphique n° 14).

Figure I-14 : Part des condamnations à de l'emprisonnement ferme, ensemble des ILS et usage de stupéfiants, 1971-1993 (en %)



Source : Tableaux n° 7 et 8

La reprise de la répression à partir de 1988 s'exprime également par les durées d'emprisonnement ferme prononcées. Le quantum observé double, passant d'une moyenne de 10 mois en 1984, toutes ILS confondues et 3,7 m pour l'usage à respectivement 20 et 8 mois en 1989. Une baisse légère se manifeste ensuite, les chiffres de 1993 s'établissant à 18 mois en moyenne pour l'ensemble des ILS et 7,5 mois en moyenne pour l'usage.

Cette moyenne pour l'usage est considérable, puisque l'art. L628 CSP prévoit une condamnation de deux mois à un an.

Tentons une évaluation sur cette même année de l'orientation des usagers :

- ⇒ le total des condamnations pour infractions à la législation sur les stupéfiants est de 19 600
- ⇒ les condamnations d'usagers simples sont au nombre de 6 658, soit 34 % ou un tiers des condamnations
- ⇒ si l'on considère que les condamnations de 1991 correspondent à des interpellations de 1990 ou de 1991, on obtient un nombre moyen d'interpellations d'usagers de 34 000
- ⇒ d'où 19 % des interpellés pour usage sont condamnés
- ⇒ et 3 % sont condamnés à de l'emprisonnement ferme
- ⇒ sachant que le nombre de relaxes est infime,
- ⇒ sachant que le nombre d'injonctions thérapeutiques pour l'année 1991 est d'environ 4000, ce sont 12 % des usagers interpellés qui sont concernés
- ⇒ au total cela donnerait 69 % de classements sans suite simples (ou avec avertissements),

cela sur les seules interpellations ayant donné lieu à des procès-verbaux et à une transmission au parquet.

A titre de comparaison, toutes infractions confondues, la part du classement sans suite au niveau national est proche de 84 % pour les années autour de 1990 (Robert *et al.*, 1994). Mais ce taux prend en compte des contentieux à faible taux d'élucidation, donc pour lesquels la part du classement contre auteur inconnu est forte. Les cadres du parquet permettent de calculer la part des classements sans suite lorsque l'auteur est connu au niveau national : pour 1990 elle est de 51 %, pour 1991 de 49 % (Données locales, 1994).

Ce qui signifie que l'usage de stupéfiant bénéficie d'un taux d'abandon de poursuite largement supérieur à la moyenne de classement sans suite des affaires pour lesquelles l'auteur est connu. En effet, si l'on considère qu'il y a 69 % de classements simples et 8 % de classements après une injonction thérapeutique (quand la mesure est positive, voir partie suivante), ce sont 73 % des interpellations pour usage qui déboucheraient sur un classement sans suite.

On se heurte cependant au problème de définition des usagers dans les deux statistiques (policière et judiciaire). Les usagers interpellés sont ensuite condamnés soit du chef de l'usage soit du chef de la détention. Cette nouvelle interprétation amène des résultats sensiblement différents mais allant dans le même sens.

En effet, dans ce cas, ce sont 39 % des interpellations pour usage qui débouchent sur une condamnation et toujours 12 % sur une injonction thérapeutique. Donc la part des classements sans suite simple ne serait plus que de 51 %. La part totale des classements sans suite pourrait alors se monter à environ 59 % des interpellations, ce qui serait encore supérieur à la moyenne des classements sans suite auteur connu.

C/ Les données pénitentiaires

Le dernier maillon de cette chaîne pénale est la détention ; l'objectif serait donc de savoir combien d'usagers de stupéfiants se retrouvent effectivement incarcérés.

La population carcérale se compose de prévenus, en détention provisoire, et de condamnés. Pour cette seconde catégorie, les infractions à la législation sur les stupéfiants ne sont pas distinguées. La série publiée permet de remonter jusqu'à 1988 (tableau n° 9).

Tableau I-9 : Condamnés en métropole au 1er janvier

Années	Ensemble	ILS	% ILS
1988	29 077	4 083	14,0
1989	25 455	4 525	17,8
1990	24 004	4 211	17,5
1991	28 113	4 819	17,1
1992	28 563	5 326	18,6
1993	28 663	5 447	19,4
1994	30 214	6 383	21,1
1995	29 464	6 118	20,8
1996	31 756	6 550	20,6

Source : Ministère de la Justice, *Annuaire Statistique, années successives*

Pour l'année 1993, l'ensemble des infractions concernant les stupéfiants représente 11 426 incarcérations, soit 13,9 % du total des incarcérations de cette année, dont 89 % en détention provisoire. L'usage représente 10 % de cet ensemble, dont 82 % en détention provisoire. Seules 232 personnes dans le flux de 1993 exécutent une condamnation pour usage de stupéfiants (Kensey, Timbart, 1995).

Comme en 1981 lors de l'enquête effectuée par Gortais et Pérez-Diaz (1983) outre des politiques pénales différentes selon les parquets, deux explications sont fondamentales pour expliquer le prononcé et l'exécution de peines d'emprisonnement ferme pour un usage simple de stupéfiants : une éventuelle infraction associée (le vol par exemple) ou un passé judiciaire lourd du condamné.

Les libérations de 1993 sont également ventilées selon la nature d'infraction détaillée (Kensey, Timbart, 1995) : sur 5604 libérations concernant des ILS, les deux tiers concernent des faits de trafic, contre seulement 12 % un usage illicite. Ainsi la durée de séjour pour usage de stupéfiants peut être calculée, soit 7,4 mois en moyenne contre 6,8 mois en moyenne toutes infractions confondues.

Les statistiques policières et judiciaires recueillies sur les vingt-cinq années d'application de la loi de 1970 reflètent l'activité des services en matière d'usage de stupéfiants. Mais le dispositif central de la loi et sa spécificité demeurent la mise en oeuvre des obligations de soins. L'étude de celles-ci nécessitent de confronter les sources judiciaires et sanitaires, puisque par définition il s'agit maintenant d'une « clientèle » commune aux deux institutions.

III. Les statistiques sur les obligations de soins³⁷⁵

Laurence SIMMAT-DURAND

La caractéristique principale des données dont nous disposons en la matière est, hélas, sans nul doute leur disparité. Les séries chronologiques ne peuvent être établies qu'au prix du rapprochement de sources multiples, avec des résultats manquant souvent d'une cohérence d'ensemble.

A/ L'injonction thérapeutique

L'injonction thérapeutique est la mieux connue des obligations de soins françaises, au point de dissimuler totalement les autres, souvent confondues avec elles. De plus, c'est la seule mesure dont le recueil soit à peu près organisé³⁷⁶.

(a) Les statistiques judiciaires

Trois séries de données ont été recueillies sur l'ensemble de la période 1971-1996. Nous les distinguons car les variables relevées et la précision des données ne permettent pas une sérialisation.

³⁷⁵ - Une grande partie du texte ci-dessous a fait l'objet d'une publication (L. Simmat-Durand, 1997a et 1997b).

³⁷⁶ - Quoique strictement limité au nombre de mesures prononcées par les différentes juridictions.

Les données sur l'injonction thérapeutique recueillies
par le ministère de la Justice de 1971 à 1983

Quelques années après l'entrée en vigueur de la loi de 1970, il a paru nécessaire de se doter des instruments nécessaires à son évaluation. La Chancellerie insistait auprès des procureurs généraux sur la nécessité dans laquelle elle se trouvait de disposer de *renseignements statistiques crédibles*³⁷⁷. Une synthèse nationale fût donc proposée portant sur les années 1971 à 1974 et sur le premier semestre 1975. Deux documents devaient être remplis par les parquets et centralisés par les procureurs généraux : le premier comportant des renseignements statistiques sur l'activité des tribunaux en application de la loi de 1970, le second, qualitatif, recueillant les remarques permettant d'évaluer les difficultés afférentes à l'application de la loi.

La périodicité de cette enquête avait initialement été semestrielle ce qui représentait une lourde charge pour les juridictions. La circulaire de 1977 limita cette collecte à un rapport annuel³⁷⁸.

Le bilan de l'application de la loi pour l'année 1978 diffusé en 1980³⁷⁹ donne les renseignements statistiques au niveau national et un bilan depuis l'entrée en vigueur de la loi.

Ces fiches spécifiques à l'application de la loi de 1970 disparaissent ensuite, les données étant intégrées dans les cadres criminels à partir de l'année 1982³⁸⁰. Il est toujours demandé aux procureurs de communiquer leurs observations sur huit points principaux dont le fonctionnement de la mise en garde concernant l'usage de haschisch. L'enquête de 1981 a par ailleurs fait l'objet d'une exploitation détaillée (Gortais et Pérez-Diaz, 1983).

Le recueil des données concernant l'application de la loi de 1970 est abandonné à compter de l'année 1984 ; les parquets doivent néanmoins fournir le nombre des injonctions thérapeutiques ordonnées aux services de la DDASS. Il faudra attendre 1992 pour que les cadres du parquet comportent de nouveau les mesures d'injonction thérapeutique.

Le regroupement de ces différentes sources permet de décrire l'évolution du nombre de mesures prises dans le cadre de la loi de 1970. Elles figurent sous la rubrique « cures ordonnées par les parquets » (tableau n°10).

Il convient de noter qu'avant même le vote de la loi, l'expérience du dispositif avait été mise en place par voie de circulaires³⁸¹. Pour les dix premiers mois de 1970, les résultats alimentant les débats parlementaires sont les suivants : 610 personnes ont été renvoyées

³⁷⁷ - Circulaire 69F389 du 8 juillet 1975.

³⁷⁸ - Circulaire 69F389 du 7 mars 1977.

³⁷⁹ - Circulaire 69F389D du 15 février 1980.

³⁸⁰ - Circulaire STA/18 (81) du 12 février 1982.

³⁸¹ - Circulaires DGS 1215 du 26 novembre 1969, circulaire DGS 1394 du 15 décembre 1969 et Justice du 15 décembre 1969.

par le parquet sur l'autorité sanitaire, 174 ont été signalées par les autorités sanitaires et 248 se sont présentées spontanément³⁸², chiffres nettement supérieurs pour ce qui concerne les renvois du parquet à ceux collectés après l'entrée en vigueur de la loi (tableau n° 10).

Tableau I-10: Cures ordonnées 1971-1983

Années	par le parquet
1971	352
1972	532
1973	598
1974	732
1975	815
1976	847
1977	1318
1978	952
1979	1187
1980	1388
1981	2075
1982	3229
1983	2893

Sources : 1971-1978 : circulaire 69F389 du 15 février 1980 et rapport Pelletier (1978) ;
1979-1981 : Gortais J., Pérez-Diaz C. (1983) ; 1982 et 1983 : cadres du parquet, non publiés.

Les injonctions thérapeutiques correspondent à la seule rubrique « cures ordonnées par le parquet ». Leur mise en place a semble-t-il été très lente puisqu'il faut attendre la septième année d'application de la loi pour que le nombre de mesures dépasse le millier sur le territoire national.

*Les données récentes du ministère de la justice
sur les injonctions thérapeutiques (à partir de 1992)*

La volonté de relance des mesures d'injonction thérapeutique observée dans les circulaires à partir des années 1990 se traduit par une augmentation du nombre de mesures prononcées par les juridictions. La rubrique « injonction thérapeutique » est de nouveau introduite dans les cadres du parquet à partir de 1992.

³⁸² - M. Boulin (JO, Déb. Sénat, 3 novembre 1970, p. 1717).

Tableau I-11 : mesures d'injonctions thérapeutiques prononcées par les juridictions

Année	Mesures
1992	4935
1993	6149
1994	7678
1995	8630
1996	8812

Source : Ministère de la Justice, *Données Locales*.

Les disparités régionales masquées par ces statistiques globales demeurent en 1994. En France métropolitaine, sur 175 tribunaux de grande instance³⁸³, 38 % n'ont prononcé aucune mesure, 23 % en ont prononcé de 1 à 10, 29 % de 11 à 99 et 10 % plus de 100 (contre respectivement 42, 21, 28 et 9 % en 1993). La concentration des mesures dans quelques juridictions est donc très forte et s'accroît : les tribunaux ayant prononcé plus de 100 injonctions chacun totalisent 74 % des mesures en 1994 contre 69 % en 1993. Le tableau n° 12 en donne une description pour les années 1994 à 1996.

La prise en compte des seules juridictions ayant prononcé plus de 100 injonctions thérapeutiques montre le déploiement de la mesure sur le territoire, au delà des changements d'ordre de grandeur. En 1994, dix-huit juridictions sont dans ce cas et totalisent 73 % des injonctions nationales. Un an plus tard, vingt tribunaux dépassent la centaine de mesure, mais ne totalisent plus que 67 % des mesures. En 1996 enfin, vingt-deux tribunaux comptent plus de cent mesures, leur poids dépassant de nouveau 70 % de l'ensemble du territoire.

En 1995, les tribunaux réalisant le plus grand nombre de mesures restent à peu près les mêmes. Thionville est redescendu en-dessous de 100 injonctions, tandis que sont apparus Douai, Chalons-sur-Marne et surtout St-Denis-de-la-Réunion, qui avec 265 injonctions a multiplié le nombre de mesures entre 1994 et 1995 par plus de dix. Il n'est pas exclu que ce dernier chiffre soit erroné, le nombre d'injonctions réalisé par St-Denis-de-la-Réunion en 1996 étant de nouveau de 25, chiffre en concordance avec celui de 1994.

³⁸³ Toutes les données utilisées ici proviennent des volumes successifs des *Données Locales*, Ministère de la Justice.

Tableau I-12 : Juridictions ayant prononcé plus de 100 injonctions thérapeutiques en 1994, 1995 et 1996 par ordre décroissant du nombre de mesures

TGI	Injonctions 1994		TGI		Injonctions 1995		TGI		Injonctions 1996	
	Nombre	% cumulés	Nombre	% France	Nombre	% France	Nombre	% France	Nombre	% cumulés
Bobigny	1110	14,5	Bobigny	926	10,7	10,7	Bobigny	1406	16,0	16,0
Paris	640	8,3	Meaux	615	7,1	17,8	Meaux	673	7,6	23,6
Créteil	520	6,8	Metz	548	6,3	24,1	Metz	561	6,4	30,0
Meaux	427	5,6	Paris	473	5,5	29,6	Créteil	412	4,7	34,6
Nanterre	377	4,9	Créteil	400	4,6	34,2	Paris	401	4,6	39,2
Metz	365	4,8	Nanterre	304	3,5	37,7	Grasse	278	3,2	42,3
Lyon	280	3,6	Lyon	298	3,4	41,1	Nanterre	263	3,0	45,3
Grasse	258	3,4	Pontoise	280	3,2	44,3	Douai	262	3,0	48,3
Evry	245	3,2	Pontoise	265	3,1	47,4	Draguignan	205	2,3	50,6
Pontoise	218	2,8	St-Denis-Réunion	219	2,5	49,9	Béthune	187	2,1	52,7
Reims	198	2,6	Grasse	196	2,3	52,2	Marseille	181	2,1	54,8
Nice	166	2,2	Lille	191	2,2	54,4	Lille	176	2,0	56,8
Lille	161	2,1	Châlons s/Marne	181	2,1	56,5	Lyon	167	1,9	58,7
Marseille	153	2,0	Reims	162	1,9	58,4	Pontoise	147	1,7	60,4
Béthune	130	1,7	Marseille	125	1,5	59,9	Pontoise	116	1,3	61,7
Thionville	129	1,7	Versailles	120	1,4	61,3	Nice	115	1,3	63,0
Draguignan	104	1,4	Nice	119	1,4	62,7	Tours	112	1,3	64,3
Versailles	102	1,3	Evry	119	1,4	64,1	Arras	108	1,2	65,5
			Douai	118	1,4	65,5	Versailles	106	1,2	66,7
			Draguignan	105	1,2	66,7	Thionville	105	1,2	67,9
			Béthune				Compiègne	103	1,2	69,0
			...				Reims	102	1,2	70,2
France	7678	100,0	France	8630	100,0	100,0	France	8812		100,0

Source : Ministère de la Justice, Données Locales, 1994 et l'Activité Pénale des Juridictions en 1996.

Néanmoins, de 1995 à 1996, on assiste à une baisse assez générale du nombre d'injonctions prononcées dans les tribunaux de grande instance. L'hypothèse d'une influence de la circulaire du 28 avril 1995 est plausible. En effet, cette circulaire demandant à la fois de relancer la mesure et d'en exclure les usagers de cannabis, n'aura pas eu l'effet escompté, mais au contraire réduit le nombre de mesures, la plupart des juridictions l'utilisant pour de tels usagers. Quasiment toute la croissance enregistrée au niveau national de 1995 à 1996 est dûe à la seule activité du tribunal de Bobigny qui en augmentant de 500 mesures, contrebalance la plupart des mouvements de recul des autres juridictions.

La progression du nombre des injonctions thérapeutiques, examinée dans la partie précédente, s'accompagne d'un déploiement sur l'ensemble du territoire de 1981 à 1994. Si l'on compare les données de 1981 à celles de 1993 et 1994, après un regroupement selon les cours d'Appel, on peut observer cette progression (tableau n° 13). Par contre, le mouvement d'expansion semble avoir trouvé ses limites pour 1995 et 1996.

Ce tableau montre le développement de l'injonction thérapeutique après les mesures prises en 1987. En 1981, seule quasiment la région parisienne applique la mesure (92 % des injonctions pour les cours de Paris et Versailles réunies). Deux explications sont plausibles : tout à la fois la concentration du phénomène « toxicomanie » sur la région parisienne et la centralisation des structures de soins. En 1993, ce monopole parisien n'a pas disparu puisque 48 % des injonctions proviennent des cours de Paris et Versailles ; il s'est de nouveau un peu accentué pour 1994, puisque ces deux cours totalisent près de la moitié des mesures métropolitaines, mais de nouveaux pôles sont apparus, en particulier dans le nord et l'est de la France, ce qui cadre bien avec la répartition géographique des interpellations. Seules six cours d'Appel ont moins d'une vingtaine d'injonctions pour l'année 1994 et cinq pour 1995.

L'apparition plus ou moins récente de la toxicomanie dans les régions est loin d'être la seule explication à ces variations. Certaines juridictions n'ont utilisé l'injonction thérapeutique qu'après sa relance par le ministère de la justice en 1987, relance qui a été accompagnée des crédits nécessaires. L'expérience du département du Rhône est ainsi décrite (Besnard, 1990) : « *Les services du ministère de la santé ont dû faire face au cours des années 1987 et 1988 à une nouvelle demande liée à l'extension de l'injonction thérapeutique de la loi de 1970 en fonction de nouvelles instructions du garde des sceaux et du ministre de la santé. Cette politique appuyée par des crédits de vacations de la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie s'est mise en place à partir du mois de septembre 1987...* » Les différentes relances en faveur de cette mesure et les moyens croissants qui y ont été consacrés à partir des années 1990 ont donc permis d'accentuer le recours. Pour d'autres juridictions, ce sont les mesures prises en 1993 au niveau local et le nouveau fonctionnement sous forme de partenariat qui ont permis la mise en place de la mesure.

Tableau I-13 : Injonctions thérapeutiques par cour d'Appel en 1981, et de 1993 à 1996

Cour d'Appel	Années				
	1981	1993	1994	1995	1996
Agen	31	27	30	33	12
Aix	2	535	771	746	907
Amiens	11	259	293	381	380
Angers	0	0	2	19	57
Basse-Terre		10	28	28	10
Bastia	0	4	7	34	7
Besancon	0	8	32	21	43
Bordeaux	11	99	111	173	128
Bourges	4	12	8	9	8
Caen	4	21	14	16	14
Chambéry	1	3	22	10	23
Colmar	3	74	114	147	124
Dijon	4	14	8	4	4
Douai	8	532	516	697	977
Fort de France		2	21	23	29
Grenoble	0	167	20	120	63
Limoges	0	31	25	17	66
Lyon	0	373	324	345	234
Metz	0	102	518	716	782
Montpellier	1	91	75	183	235
Nancy	1	12	58	161	207
Nîmes	1	92	141	103	60
Orléans	0	27	40	91	141
Paris	1503	2262	3061	2670	3062
Pau	0	24	21	52	36
Poitiers	0	41	25	50	45
Reims	22	268	374	448	180
Rennes	19	228	94	135	222
Réunion		18	26	265	26
Riom	6	7	17	16	23
Rouen	0	63	88	90	61
Toulouse	12	16	52	104	121
Versailles	409	656	704	723	525
TOTAL ³⁸⁴	2075	5394	6922	8630	8812

Source : Ministère de la Justice, Les cadres du parquet, 1981 (non publié) et Ministère de la Justice, *Données Locales*, 1993 à 1995

³⁸⁴ - Pour les années 1993 et 1994, le total national publié dans *L'activité Judiciaire*, 1994, p. 3, ne correspond pas à la somme des injonctions prononcées par juridiction figurant dans les données locales. Nous disposons de trois estimations pour 1994 : celle qui figure dans notre tableau n° 2, soit 7678 mesures, celle obtenue avec les données locales, ci-dessus, soit 6922 et celle publiée dans le rapport de la DGLDT (1995), p. 27, soit 6981 mesures !

Seules quelques enquêtes locales permettraient sans doute de se prononcer sur les raisons du recours ou du non-recours à cette mesure en fonction des particularités de chaque juridiction. L'argument courant de la non-diffusion de la toxicomanie dans certaines régions paraît quelque peu rapide. On peut par exemple envisager la question à partir des condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants prononcées par les mêmes juridictions. Les problèmes de compétence territoriale sont également invoqués par certaines juridictions qui constatent le caractère saisonnier de la toxicomanie dans leur ressort (Sagant, 1997).

Des données beaucoup plus fines que celles actuellement publiées seraient nécessaires pour réellement établir des comparaisons locales. La mise en place progressive d'un logiciel de traitement des mesures d'injonctions thérapeutiques, bien que l'ensemble des juridictions ne soit pas concerné, pourrait répondre à un tel objectif³⁸⁵.

Enfin, les injonctions thérapeutiques comptabilisées dans les cadres du parquet correspondent en règle générale aux mesures décidées à l'encontre des seuls majeurs. Aucune règle précise ne semble prévaloir pour l'organisation d'une alternative sanitaire en faveur des mineurs, bien que la plupart des circulaires rappelle qu'ils ne doivent pas en être exclus, mais que leur prise en charge doit être adaptée au regard des autres mesures éducatives les concernant. Là aussi les pratiques locales risquent d'être extrêmement diversifiées.

(b) Interpellations et injonctions thérapeutiques

La mise en rapport des interpellations et des injonctions thérapeutiques n'est pas pertinente au niveau local, du fait de la compétence du parquet du lieu du domicile pour les obligations de soins, qui entraîne des dessaisissements entre juridictions. Par contre, au niveau national et de manière diachronique cette comparaison permet d'évaluer le recours à l'injonction thérapeutique, abstraction faite de l'évolution du volume des interpellations.

Deux problèmes méthodologiques demeurent : les interpellations sont classées par l'OCTRIS en trois catégories de personnes : les usagers, les usagers-trafiants et les trafiquants. L'injonction thérapeutique peut s'appliquer à la première catégorie, mais la pratique des juridictions risque là-aussi d'être hétérogène. Les instructions données par le ministère de la Justice en la matière et les statistiques disponibles de 1971 à 1983 nous permettent de supposer qu'avant l'année 1995, l'injonction thérapeutique est surtout réservée aux simples usagers. La deuxième difficulté tient au produit : la part du cannabis dans les interpellations est majoritaire, alors que les circulaires insistent pour que les

³⁸⁵ - Le conditionnel est de rigueur, car si les utilisateurs sont relativement satisfaits du produit comme instrument de gestion, malgré ces écueils actuels (V. Sagant, 1997), son utilisation pour produire des statistiques paraît compromise en l'état, et du fait des restrictions apportées par la CNIL, cf. en deuxième partie.

usagers de cannabis ne fassent pas l'objet d'une injonction thérapeutique mais d'un simple avertissement. Or, les enquêtes locales le prouvent, des juridictions utilisent l'injonction pour des usagers de cannabis.

L'évolution, en gardant ces différentes catégories, apparaît dans le tableau n° 14.

Tableau I-14 : interpellations et injonctions thérapeutiques - France - 1971-1996

Années	Interpellations					Injonctions		
	selon l'infraction			selon le produit		Nombre	% total usagers simples	% usagers autre produit***
	Total usagers*	usagers simples	% usagers simples**	usagers*** cannabis	% autres produits			
1971		1944		991		352		
1972	2766	2294	82,94	1416	64,2	532	23,19	39,41
1973	2602	2056	79,02	1613	45,6	598	29,09	60,47
1974	2942	2132	72,47	2039	45,2	732	34,33	81,06
1975	3088	2284	73,96	2001	34,0	815	35,68	74,98
1976	3839	2817	73,38	2438	47,9	847	30,07	60,46
1977	4318	3421	79,23	2730	43,5	1318	38,53	83,00
1978	7293	6115	83,85	4427	62,6	952	15,57	33,22
1979	9620	7993	83,09	5342	54,0	1187	14,85	27,75
1980	10187	7764	76,21	4954	47,6	1388	17,88	26,52
1981	13019	9965	76,54	6130	61,9	2078	20,85	30,16
1982	21145	16779	79,35	12224	71,0	2893	17,24	32,43
1983	23615	19861	84,10	15143	48,2	3229	16,26	38,11
1984	25519	21027	82,40	14479	40,7			
1985	25704	21133	82,22	13989	43,7			
1986	26167	21618	82,62	16014	46,5	2108#	9,75	20,76
1987	26987	22364	82,87	16862	40,7	2617#	11,70	25,85
1988	26969	22316	82,75	16257	37,5	3803#	17,04	35,50
1989	29092	24331	83,63	18544	44,1			
1990	29015	24856	85,67	20094	36,1	3541#	14,25	39,69
1991	39760	34311	86,30	27929	49,5			
1992	48486	41549	85,69	32179	42,4	4935	11,88	30,26
1993	45206	38189	84,48	28351	28,8	6149	16,10	36,48
1994	52518	44261	84,28	32686	46,0	7678	17,35	38,72
1995	62325	52112	83,61	41711	47,6	8630	16,56	41,86
1996	69228	56144	81,10	51043	39,7	8812	15,70	48,46

* total usagers= usagers simples + usagers-revendeurs
** % usagers simples = part des usagers simples sur le total des usagers
*** par produit, statistiques disponibles uniquement pour le total des usagers (simples+revendeurs)

Source : Interpellations : OCRTIS, différentes années ; Injonctions thérapeutiques : Ministère de la Justice, sauf # : enquêtes DGS (voir infra)

L'évolution croissante des interpellations et des injonctions thérapeutiques permet de distinguer quelques périodes homogènes qui suivent dans une très large mesure les variations de la législation.

Avant 1970, seuls sont incriminés l'usage collectif, le trafic, la détention et l'acquisition au moyen d'ordonnances fictives (voir partie législative). Le nombre d'interpellations est très faible jusqu'en 1968, moins de 400 sur le territoire national, dont l'usage représente un peu plus de la moitié. Ces chiffres illustrent bien le décalage entre le discours alarmiste au moment du vote de la loi de 1970 (« une épidémie ») et le peu de visibilité du phénomène traduit par la répression. La mise en oeuvre de la future loi de 1970, demandée par une circulaire du garde des Sceaux dès l'année 1969 fait tripler le nombre des interpellations, la part de l'usage dans celles-ci augmentant à 83 %.

De 1970 à 1977, la progression est ensuite régulière, les interpellations s'établissant en fin de période autour de 4 700. Par contre, sur cette durée, la part de l'usage a diminué pour s'établir autour de 65 % du total des interpellations. Au niveau des produits concernés, il est important de noter que jusqu'en 1977 le cannabis représente environ les deux tiers de ces interpellations. Le nombre des injonctions thérapeutiques reste inférieur à 1 000, en particulier du fait de la difficulté de leur mise en oeuvre liée à l'hostilité du corps médical. Cela représente une proportion de 30 à 40 % des usagers concernés par la mesure, mais jusqu'à 71 % des usagers d'un autre produit pour l'année 1974.

Pour ce qui est de l'injonction thérapeutique, elle passe en part relative par un maximum en 1975 et en 1977, 36 % des usagers ont pu en bénéficier et même 83 % si l'on se réfère aux seuls usagers de produits autres que le cannabis.

La période postérieure : l'année 1977 marque un tournant au niveau de la répression, nous l'avons vu par l'étude des circulaires. Une plus grande sévérité est demandée, surtout vis-à-vis des usagers revendeurs. L'effet est immédiat : les interpellations passent de 4 755 en 1977 à 7 799 l'année suivante, soit une augmentation de 64 % en un an, et à 10 430 pour 1979.

Cette plus grande sévérité vis-à-vis des usagers se traduit par l'augmentation de leur part dans les interpellations totales, celles-ci augmentant régulièrement jusqu'à 94 % des interpellations en 1982 ; elle redescendra ensuite pour s'établir autour de 85-90 % jusqu'à aujourd'hui.

Dans le même temps, la publication du rapport Pelletier a eu un fort impact sur la part du cannabis dans le total des interpellations : de 65 % en 1976, elle tombe à 22 % en 1978. Cette baisse spectaculaire a été interprétée comme une dépénalisation de fait de l'usage du cannabis et beaucoup continuent de le dire, alors que la tendance s'est inversée dès 1979, la part des autres produits retombant de 77 à 48 % pour s'établir actuellement autour du tiers des interpellations. Le cannabis représente donc de nouveau les deux tiers des interpellations par les services de police.

La part des injonctions thérapeutiques décline dans cette nouvelle période, l'offre reste faible au regard de l'augmentation des interpellations. De 1978 à 1983, la part des usagers susceptibles d'avoir eu accès à une injonction est tombée de presque moitié. La mesure est passée de mode, elle ne figurera d'ailleurs même plus dans les statistiques publiées par le ministère de la justice, le recueil dans les cadres du parquet ayant été abandonné.

Les différentes relances des années 1990 ne réussissent pas à faire remonter ce pourcentage compte tenu des interpellations devenues massives : 56 000 usagers simples en 1996 avec une offre de 8 812 injonctions, soit 16 % d'entre eux. Si l'on écarte les usagers de cannabis et que l'on considère l'ensemble des usagers, le résultat est meilleur puisque l'on arrive à près de la moitié mais il est avéré que de nombreuses juridictions utilisent l'injonction thérapeutique pour des usagers de cannabis et que très peu l'appliquent à des usagers-revendeurs (DGLDT, 1995 ; Sagant, 1997).

(c) Injonctions thérapeutiques et condamnations

Une deuxième étape dans cette démarche consiste à mettre en relation le nombre d'injonctions thérapeutiques prononcées et l'activité en matière de stupéfiants de la juridiction. Les données publiées sur les interpellations ne peuvent pas être utilisées, du fait de la domiciliation des affaires selon le domicile de la personne mise en cause et non selon le lieu d'interpellation. Nous utilisons en conséquence les condamnations prononcées par les juridictions. Les données disponibles sont agrégées par cours d'appel et non par tribunaux de grande instance et la classification simplifiée des infractions fait qu'il n'est pas possible de distinguer les faits d'usage et de trafic selon une répartition locale. Nous comparons donc le volume d'injonctions thérapeutiques prononcé dans chaque ressort de cour d'appel aux condamnations prononcées en matière de stupéfiants pour ces mêmes ressorts. La dernière année publiée est 1993³⁸⁶.

Bien que non linéaire, l'ajustement obtenu entre ces deux variables est de bonne qualité, ce que nous montre le graphique n° 15. Même s'il y a une certaine évidence dans le propos, le nombre d'injonctions thérapeutiques varie nettement en fonction du nombre de condamnations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants prononcées par les juridictions, ce qui traduit la répartition territoriale du phénomène.

Par contre, si l'on établit un rapport entre le nombre d'injonctions thérapeutiques prononcées par une juridiction et le nombre de condamnations, la variabilité est de nouveau extrême : de 1 % à 54 %. Ainsi la cour d'Amiens qui a prononcé en 1993, 482 condamnations pour infractions à la législation sur les stupéfiants, a prononcé la même année 259 injonctions thérapeutiques, alors que la cour de Chambéry pour un même nombre de condamnations (487) n'a utilisé l'injonction thérapeutique que dans 3 cas (voir tableau n° 3). Nous ne pouvons pas mesurer les abandons de poursuite par rapport aux condamnations, puisque nous n'avons pas ici d'évaluation des classements simples en matière de stupéfiants.

Le principal intérêt de cette dernière démarche est de répondre à l'argument selon lequel certaines juridictions n'utilisent pas ou peu l'injonction thérapeutique car leur activité en

³⁸⁶ Ministère de la Justice, *Les condamnations* en 1993.

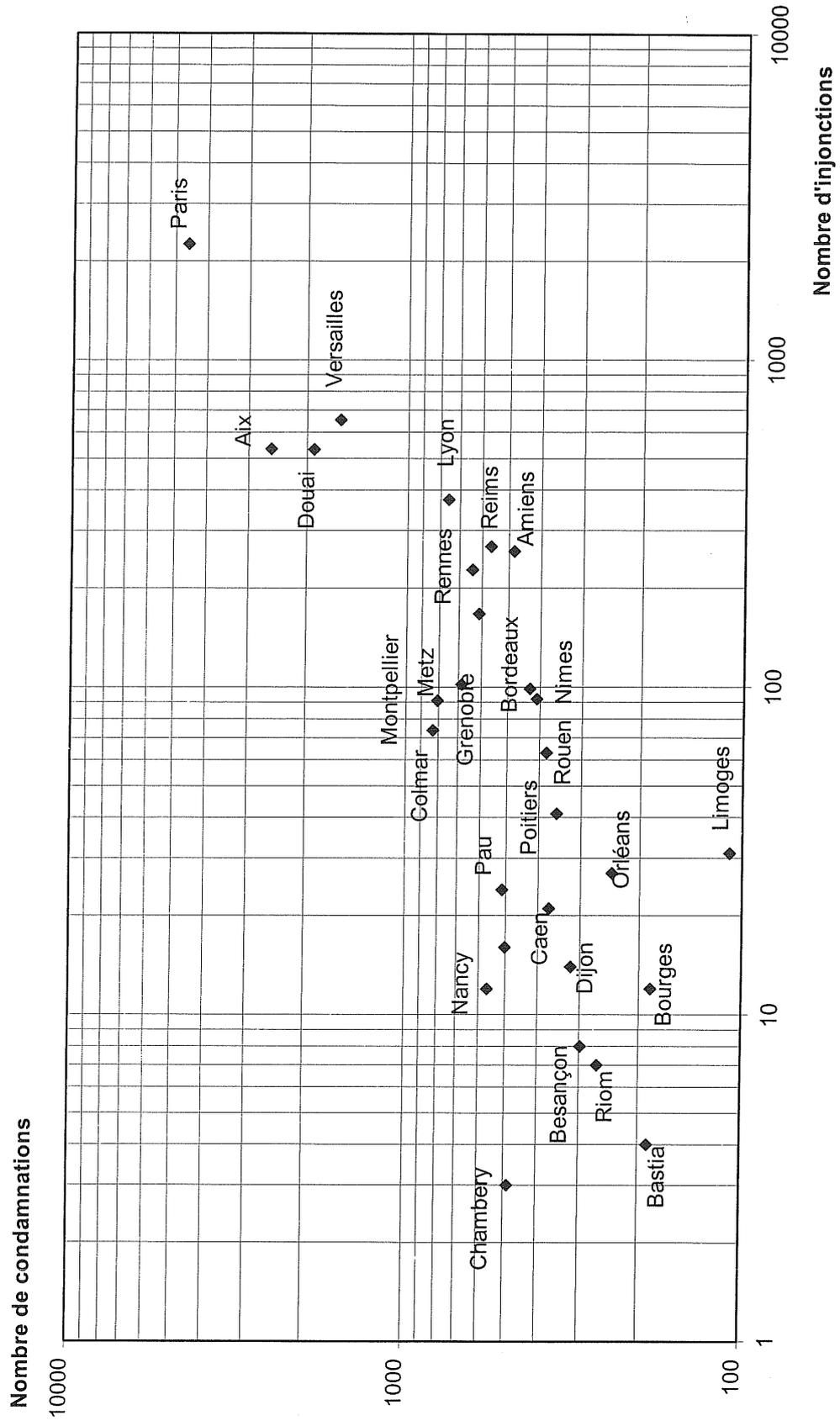
matière de stupéfiants ne le justifie pas. La lecture horizontale du graphique montre à nombre de condamnations pour stupéfiants égal, la variation du nombre d'injonctions thérapeutiques. Le rapport observé s'établit de 1 à 100.

Il est malheureusement impossible de conclure en l'absence de données sur les injonctions thérapeutiques et les condamnations en fonction du produit utilisé. Les enquêtes du SESI sur les toxicomanes accueillis dans les structures de soins mettent par exemple en évidence la part supérieure à la moyenne des usagers d'héroïne en région parisienne. Si l'injonction thérapeutique est réservée aux usagers d'héroïne, cette inégale répartition sur le territoire a toute son importance.

Il faut également rappeler la nécessité pour la mise en place de l'injonction thérapeutique de combiner l'activité judiciaire et sanitaire d'un ressort : les juridictions sont également tributaires des ressources en structures susceptibles d'exercer la surveillance médicale, nous y reviendrons dans la partie suivante.

Un tassement du nombre de mesures prononcées serait plutôt prévisible, si les juridictions prononçant le plus d'injonctions limitent la mesure aux usagers de drogues autres que le cannabis, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Figure I-15 : injonctions thérapeutiques et condamnations prononcées en 1993 selon les cours d'Appel (échelles logarithmiques)



(d) Les statistiques sanitaires

Une enquête annuelle de la DGS est effectuée auprès des services de la DDASS afin de recueillir les informations sur les injonctions thérapeutiques. Selon les années, un nombre variable de DDASS répond au questionnaire, ce qui limite l'intérêt des comparaisons d'une année à l'autre.

Le rapprochement des données émanant des parquets de celles des DDASS est difficile du fait des transferts en raison de leurs compétences respectives. Dans son rapport, R. Padieu (1990) avait noté cette difficulté au sujet du parquet de Paris : le TGI de Paris prononce la mesure pour le compte du TGI et de la DDASS du domicile de la personne ; 36 % des injonctions thérapeutiques ont été effectuées hors ressort en 1988 et 46 % en 1989. Les autres juridictions de la banlieue parisienne sont également soumises à de telles transmissions. Ainsi 16 % des injonctions suivies dans les Hauts-de-Seine en 1995 proviennent d'un autre parquet.

Tableau I-15 : Nombre d'injonctions prononcées par les parquets et personnes suivies par les DDASS

Année	injonctions prononcées	Nombre de personnes			
		orientées par la DDASS		en contact avec une structure de soins	
		Nombre	% des IT	Nombre	% des IT
1986	2108	995	47,2	465	22,1
1987	2617	2027	77,5	621	23,7
1988	3803	3345	88,0	1518	39,9
1990	3541				
1993	6149	4591	74,7	4064	66,1
1994	7678	6500	84,7	5760	75,0
1995	8630	7220	83,7	6072	70,4

Source : enquêtes DGS

Le tableau n°15 met en rapport le nombre d'injonctions thérapeutiques prononcé par les parquets, le nombre d'orientations par les DDASS et le nombre de personnes ayant effectivement un contact avec une structure de soins. Cette présentation est celle adoptée dans diverses sources, et nous l'avons reprise ici. Il ne nous paraît pas certain que l'unité de compte soit la même : les parquets comptent des mesures d'injonction thérapeutique, les services de la DDASS des personnes. L'écueil n'est pas bien important tant que l'injonction reste limitée à une mesure par personne. Les directives récentes prônant une répétition des mesures à l'encontre des mêmes personnes vont introduire une nouvelle difficulté d'interprétation.

La « perte » entre le nombre d'injonctions prononcées et celles orientées par les DDASS s'explique par la nécessité d'un transfert entre les différentes autorités : les personnes sont convoquées devant le magistrat, en général par les commissariats puis par la DDASS. Selon l'organisation locale, certaines comportant une antenne DDASS dans le tribunal, cette perte est nulle entre le magistrat et le responsable sanitaire, mais existe entre le commissariat et le parquet. Des expériences sont tentées pour rapprocher les différentes autorités et réduire le nombre d'injonctions non suivies, ce que montre l'évolution du tableau n° 15.

Les transferts entre juridictions ont une influence sur ce taux de succès : dans les Hauts-de-Seine, 16 % des injonctions proviennent d'un autre parquet que Nanterre, mais dans les personnes orientées par la DDASS, 4,4 % seulement ont vu leur injonction prononcée par un autre parquet³⁸⁷. La mesure a d'autant plus de chances d'aboutir si les dessaisissements vers le parquet du domicile s'effectuent systématiquement et rapidement. Nous reviendrons sur cette question et sur quelques comparaisons avec d'autres départements dans la deuxième partie.

La part des personnes effectivement orientées vers une structure de soins dépend sans doute assez largement des politiques locales concernant les usagers de cannabis : ceux-ci sont reçus par un responsable de la DDASS mais ne sont pas orientés puisqu'ils ne nécessitent pas réellement un suivi médical.

La répartition régionale des mesures montre leur développement à partir de 1993, avec leur intégration dans les politiques locales : 81 départements appliquent la mesure en 1995 contre 73 en 1993 et 1988³⁸⁸. Mais ce développement est lié au fait que certains départements privilégient la mesure d'injonction thérapeutique pour les usagers de cannabis. Il s'agit de l'année 1995, donc avant les effets éventuels de la circulaire du 28 avril recommandant de réserver cette mesure aux cas « les plus lourds » quel que soit le produit. Les pratiques des parquets montrent des conceptions différentes de la toxicomanie et de la place de la réponse pénale (Sagant, 1997).

En matière sanitaire, le recueil des données s'effectue à l'échelon du département (DDASS). La répartition des injonctions thérapeutiques selon le département peut être comparée pour les années 1990 et 1995. Le quasi-doublement du nombre des mesures au niveau national masque des variations régionales de très grande ampleur : d'une part une quasi-stagnation voire une régression (Paris) pour les départements ayant une forte activité en matière d'injonctions, comme les départements de la région Ile-de-France, et d'autre part des variations de très grande ampleur pour quelques départements venus tardivement à sa mise en œuvre, comme par exemple le Haut-Rhin ou la Moselle (tableau n°16).

³⁸⁷ - Sources : notre enquête, voir notre deuxième partie ; et F. Simon et L. Melgrani, 1995.

³⁸⁸ - Source : DGLDT, *Rapport sur l'activité interministérielle en 1995* pour 1994 et 1995 ; rapport Padieu (1990) pour 1988.

**Tableau I-16 : Répartition
départementale des injonctions
thérapeutiques 1990 et 1995**

Département	code	IT 1990	IT 1995	variation en %
Ain	1		24	
Aisne	2	42	156	271,43
Allier	3	0	0	
Alpes Hte Prov	4	1	8	700,00
Hautes Alpes	5	0	0	
Alpes Maritimes	6	160	496	210,00
Ardèche	7	0	11	
Ardennes	8	2	10	400,00
Ariège	9	0	0	
Aube	10	36	40	11,11
Aude	11	0	10	
Aveyron	12		1	
Bouches du Rhône	13	95	147	54,74
Calvados	14	1	13	1200,00
Cantal	15	0	0	
Charente	16	4	21	425,00
Charente Maritime	17	22	24	9,09
Cher	18	0	0	
Corrèze	19	24	18	-25,00
Corse	20	0	24	
Côte d'Or	21	0	3	
Côtes du Nord	22		0	
Creuse	23	6	0	-100,00
Dordogne	24	1	29	2800,00
Doubs	25		20	
Drôme	26	3	16	433,33
Eure	27	2	49	2350,00
Eure et Loir	28	32	8	-75,00
Finistère	29	3	71	2266,67
Gard	30	16	20	25,00
Haute-Garonne	31	9	74	722,22
Gers	32	0	0	
Gironde	33	42	74	76,19
Hérault	34	34	112	229,41
Ille et Vilaine	35		3	
Indre	36	0	2	
Indre et Loire	37		59	
Isère	38	31	43	38,71
Jura	39	2	0	-100,00
Landes	40	5	10	100,00
Loir et cher	41	0	0	
Loire	42	2	25	1150,00
Haute Loire	43	0	0	
Loire Atlantique	44	0	20	

Loiret	45	3	27	800,00
Lot	46		0	
Lot et Garonne	47	21	29	38,10
Lozère	48	18	3	-83,33
Maine et Loire	49	0	10	
Manche	50	1	0	-100,00
Marne	51	70	389	455,71
Haute Marne	52	0	0	
Mayenne	53	0	4	
Meurthe et Moselle	54	14	102	628,57
Meuse	55		0	
Morbihan	56	0	30	
Moselle	57	24	539	2145,83
Nièvre	58	0	3	
Nord	59	151	714	372,85
Oise	60	68	91	33,82
Orne	61	12	0	-100,00
Pas-de-Calais	62	119	204	71,43
Puy-de-Dôme	63		13	
Pyrénées Atlantiques	64		32	
Hautes Pyrénées	65	0	1	
Pyrénées Orientales	66	24	46	91,67
Bas-Rhin	67	47	49	4,26
Haut-Rhin	68	8	95	1087,50
Rhône	69	100	346	246,00
Haute Saône	70	1	0	-100,00
Saône et Loire	71	12	1	-91,67
Sarthe	72	15	5	-66,67
Savoie	73	17	1	-94,12
Haute Savoie	74	5	2	-60,00
Paris	75	580	290	-50,00
Seine Maritime	76	39	28	-28,21
Seine et Marne	77	26	268	930,77
Yvelines	78	114	144	26,32
Deux Sèvres	79		12	
Somme	80	59	38	-35,59
Tarn	81	2	1	-50,00
Tarn et Garonne	82	0	13	
Var	83	106	127	19,81
Vaucluse	84	34	96	182,35
Vendée	85	0	0	
Vienne	86	1	0	-100,00
Haute Vienne	87	36	14	-61,11
Vosges	88	8	21	162,50
Yonne	89	1	41	4000,00
Territoire de Belfort	90	45	6	-86,67
Essonne	91	56	218	289,29
Hauts-de-Seine	92	209	229	9,57
Seine-St-Denis	93	359	424	18,11
Val de Marne	94	510	321	-37,06
Val d'Oise	95	51	260	409,80
Total Métropole		3541	6928	95,65

Source : année 1990 (Facy, 1990) ; année 1995 (DGLDT)

L'activité des départements est liée à celle des juridictions concernées mais aussi à la présence des structures. Ainsi en 1990, l'enquête montre que sur 86 départements qui ont répondu (Facy, 1991), 20 sont totalement dépourvus de structures spécialisées en toxicomanie, 29 ont une structure d'accueil seule contre 14 départements ayant un dispositif large d'accueil, de soins et de postcure. On peut penser que le redéploiement de l'injonction observé postérieurement est largement influencé par les nouveaux dispositifs de proximité, basés sur les réseaux ville-hôpital, les médecins de ville et les centres hospitaliers et non plus sur les seuls centres spécialisés.

B/ Les autres obligations de soins

La surveillance sanitaire sous les différentes formes que nous venons de voir est proposée comme une alternative aux poursuites pénales, donc à l'entrée de la partie judiciaire du traitement pénal. En aval, d'autres recours aux soins existent, se situant après la mise en œuvre par le parquet des poursuites pénales.

(a) Les statistiques judiciaires

Les fiches statistiques sur la loi de 1970 distinguent les trois cures prévues par la loi en vertu des articles L.628 1, 2 et 3 du CSP. La série consacrée aux cures ordonnées par le parquet a été commentée dans la partie précédente. Deux autres séries nous intéressent ici, les cures ordonnées par les juges d'instruction et les cures ordonnées par les juridictions de jugement. On peut lui adjoindre celles ordonnées par les juges pour enfants (tableau n° 17).

Tableau I-17 : Cures ordonnées 1971-1983

Années	par les juges des enfants	par les juges d'instruction	par les juridictions de jugement		
			Total	usage seul	usage et trafic
1971	2	87	37	25	12
1972	7	111	44	38	6
1973	5	132	46	31	15
1974	17	161	35	24	11
1975	18	219	55	31	24
1976		232	112		
1977		224			
1978	8	236	78	44	18
1979		207	79		
1980		297	141		
1981	61	251	152		
1982					
1983		192			

Sources : 1971-1978 : circulaire 69F389 du 15 février 1980 et rapport Pelletier (1978) ; 1979-1981 : Gortais J., Perez-Diaz C. (1983) ; 1982 et 1983 : cadres du parquet.

Les données ainsi recueillies montrent une très faible progression du nombre des mesures ordonnées sur cette première période. Le nombre de cures sur demande des juges d'instruction n'ont ainsi jamais dépassé les trois cents, pour l'ensemble des juridictions. Il faut néanmoins sans doute s'interroger sur la qualité de ce recueil de données.

Après 1981, les séries ne comptabilisent plus les ordonnées par les juges d'instruction et les juridictions de jugement. Or, elles n'ont bien évidemment pas disparu, comme le montrent des enquêtes locales (par exemple, Barret et al., 1990), malgré ce que suggèrent d'autres auteurs. En l'absence de séries, il est nécessaire d'avoir recours à des rubriques permettant une approche des chiffres recherchés.

Les condamnations pour usage de stupéfiants avec sursis partiel ou total et mise à l'épreuve permettent une approche des cures ordonnées par les juridictions de jugement, bien que des disparités locales existent sans doute dans le recours à l'obligation de soins.

Le recours à de telles données pose plusieurs problèmes. Tout d'abord, il n'est pas certain que tous les condamnés à un sursis avec mise à l'épreuve pour une affaire d'infraction à la législation sur les stupéfiants soient soumis à une obligation de soins, mais cela est fortement plausible pour au moins l'usage et la détention ou acquisition. Considérer toutes les condamnations à un sursis avec mise à l'épreuve d'usager ou de détenteur de stupéfiants nous amène sans doute à surestimer les obligations de soins. Mais il est à noter que la part des faits de trafics est très faible dans cet ensemble.

La seconde difficulté repose sur la question de l'infraction principale : nous ne prenons en compte ici que des condamnés pour des infractions à la législation sur les stupéfiants. Or, les services de probation prennent en charge des toxicomanes soumis à une obligation de soins dans le cadre d'une condamnation pour un autre fait, le plus souvent une affaire de vol. Dans cette seconde hypothèse, nous sous-estimons le nombre des obligations de soins. Quoi qu'il en soit, voici la progression des mesures prononcées par les juridictions au plan national (Tableau n° 18).

L'augmentation des condamnations à une peine privative de liberté pour ILS est évidente depuis 1970 : de 954 à 19 166 en 1993. Elle suit de très près celle des interpellations vue précédemment, même avec le décalage lié à la durée des poursuites.

Le détail n'est pas disponible pour toutes les années. Pour la période la plus documentée, on peut voir la diminution de la part de l'usage simple de 57 % en 1979 à 31 % en 1993 (colonne 3). Il faut sans doute y voir tout simplement un changement dans la qualification retenue : la marge entre usage simple et détention de stupéfiants est souvent très mince, selon les pratiques des juridictions, voire des magistrats. La notion d'usager-vendeur introduite par circulaire et dans la nomenclature en 1984 provoque une baisse brutale de la part de l'usage dans les condamnations entre 1983 et 1984. Jusqu'en 1983, seules les catégories usage ou trafic sont distinguées ; après 1984, l'introduction de la rubrique obtention, acquisition et emploi amène à séparer les simples usagers, moins sévèrement punis que les usagers-revendeurs. Cette distinction repose souvent sur l'appréciation du

magistrat au regard de la quantité de produit saisi. Outre les variations régionales, il existe sans aucun doute des variations temporelles.

Malgré l'imprécision de ces catégories, on peut remarquer que les condamnations à une peine avec sursis et probation suivant le même mouvement. Multipliées par cinq depuis 1979, elles concernent quatre fois sur dix de simples usagers, bien que cette part soit allée en diminuant de 65 % en 1981 à 39 % en 1993 (colonne 6).

Tableau I-18 : Condamnations comportant un emprisonnement pour infractions à la législation sur les stupéfiants selon l'année et l'infraction principale

Années	Condamnations			Sursis total ou partiel avec probation		
	Total	dont usage	% usage	Total	dont usage	% usage
1965	142					
1966	105					
1967	175			3		
1968	267			13		
1969	380			58		
1970	954			186		
1971	810			124		
1972	1489			289		
1973	1441			234		
1974	1158			158		
1975	2118			382		
1976	2383			392		
1977	3025			487		
1978	3854			510		
1979	3042	1744	57,3	790	500	63,3
1980	Année non disponible					
1981	4330	2326	53,7	920	598	65,0
1982	6092	2703	44,4	969	483	49,8
1983	8831	4595	52,0	1063	579	54,5
1984	10485	4086	39,0	1790	845	47,2
1985	12440	4366	35,1	2146	961	44,8
1986	14991	5261	35,1	2403	1020	42,4
1987	16548	5369	32,4	3053	1387	45,4
1988	14903	4025	27,0	3030	1055	34,8
1989	16907	5355	31,7	3166	1355	42,8
1990	17003	5464	32,1	3066	1121	36,6
1991	16514	4960	30,0	2898	1086	37,5
1992	18242	5528	30,3	3230	1213	37,6
1993	19166	6010	31,4	3738	1467	39,2

Source : jusqu'en 1978 : Base DAVIDO-CESDIP, Substances vénéneuses, trafic et usage, condamnations des tribunaux correctionnels et cours d'appel, jugements contradictoires et par défaut, métropole, majeurs, non publiés ; à partir de 1979 : Ministère de la Justice, *Les condamnations* (volumes successifs),

La Documentation Française.

Pour ce qui est de l'utilisation des obligations de soins par les juges d'instruction, il convient de se pencher sur les contrôles judiciaires, cadre dans lequel ces obligations sont généralement prononcées.

Les statistiques publiées au plan national ne distinguent pas les mesures de contrôle judiciaire selon les infractions, ce qui exclut toute étude sur le sujet. Seules des enquêtes locales auprès des services ou associations pourraient permettre d'évaluer le recours à cette obligation de soins. Une évaluation a été réalisée par le CLCJ pour l'année 1995, mais elle reste partielle puisque ne porte que sur la moitié des juridictions françaises³⁸⁹. L'ordre de grandeur est de 1 328 contrôles judiciaires pour des toxicomanes relevant d'une infraction à la législation sur les stupéfiants et 526 pour des toxicomanes relevant d'autres infractions.

(b) Les statistiques sanitaires

Une estimation indirecte de l'activité des établissements sanitaires liée au renvoi des institutions judiciaires est obtenue par l'enquête du SESI, actuellement dite « enquête de novembre ». La variable « origine de la demande » comporte une modalité « instances judiciaires » dont la formulation évolue selon les années, ce que récapitule le tableau n° 19.

³⁸⁹ - Source : communication téléphonique avec Monsieur Luc Fauconnet, C.L.C.J.

Tableau I-19 : renvoi judiciaire sur les instances sanitaires dans l'enquête du SESI

Année	Sur la période		Origine judiciaire		
	Nombre d'établissements (1)	Toximanés accueillis(1)	Libellé de la variable	Toxicomanés concernés	% des toxicomanés accueillis
1983	886	13899	Soins spécifiques : origine judiciaire		10,2
1984	1014	17956			10,8
1985	1141	20903			10,8
1986	Non disponible(2)				
1987	728	8804	Injonction thérapeutique		6,0
1988	865	9956	injonction d'une instance judiciaire	701	7,0
1989	726	10604	Instance judiciaire (injonction)	723	6,8
1990	760	12538	idem	625	5,0
1991	941	14520	idem	837	5,8
1992	997	16180	idem	931	5,8
1993	1080	19281*	Instances judiciaires	1952	10,1
1994		20392*	Mesure judiciaire	2215	10,9
1995	1309	22903*			11,0

Notes * = sans élimination des doubles comptes, les tableaux sur l'origine portant sur l'ensemble des toxicomanés accueillis en novembre.

(1) Avant 1987, l'enquête porte sur le quatrième trimestre de l'année, ensuite sur le seul mois de novembre.

(2) Le passage de l'enquête trimestrielle à l'enquête annuelle a été précédé d'une année de test, les données nationales ne sont pas disponibles pour l'année 1986. Par contre, au niveau local, certaines DDASS ont poursuivi l'exploitation de l'enquête trimestrielle pour cette année.

Sources : Costes et Le Faou, 1988 ; Ministère de la Santé, SESI, enquête de novembre, années successives

L'utilisation sur le long terme de cette série est difficile du fait du nombre variable d'établissements ayant répondu au questionnaire ou ayant accueilli des toxicomanés (colonne 2) selon les années. Seule la dernière colonne est utilisable puisqu'elle donne l'ordre de grandeur des toxicomanés accueillis dans les établissements sur demande des instances judiciaires.

Le libellé de la variable n'est peut être pas étranger à ces variations, les années 1987 à 1992 visent l'injonction, par contre avant 1987 et après 1992, l'origine est dite judiciaire sans autre précision. La notice comportant les consignes de remplissage pour le questionnaire de 1994 porte clairement « injonctions thérapeutiques et autres mesures judiciaires ». Or, pendant les deux périodes où le choix est ainsi élargi, le pourcentage de toxicomanés pour lesquels l'origine est judiciaire est double des périodes où il est restreint à la seule injonction. Est-ce à dire que l'autre moitié concernerait les autres obligations de soins ?

D'autres hypothèses doivent également être examinées. Sachant que les établissements accueillent peu de consommateurs de haschich, il faut comparer cette progression à celle concernant les seuls usagers d'autres produits, pour lesquels l'offre d'injonction thérapeutique a sensiblement augmenté ces dernières années. L'augmentation la plus marquée se situe entre les années 1992 et 1993, puisque le nombre de toxicomanes accueillis sur demande judiciaire a plus que doublé. Or, cette année précisément est marquée par de grands changements dans l'organisation des centres de soins spécialisés pour toxicomanes et plusieurs circulaires précisent ce que doit être l'offre de soins et, entre autres, que tous les centres doivent concourir à l'application de la loi, que leurs missions recouvrent *le soin aux personnes toxicomanes, qu'elles soient volontaires, qu'elles relèvent d'une obligation de soins ou qu'elles fassent l'objet d'une mesure d'injonction thérapeutique*³⁹⁰. Deux effets ont pu être induits de ces directives, que plus de centres prennent en charge les demandes d'origine judiciaire ou que plus d'attention ait été portée à bien renseigner cette variable.

Pour 1995, l'estimation à partir de cette enquête fait état de 64 738 toxicomanes pris en charge par le système sanitaire et social (OFDT, 1996, p. 34). L'application du pourcentage figurant dans le tableau n° 19, donnerait 7 100 toxicomanes envoyés par les instances judiciaires. Pour la même année, l'estimation de la DGS donne 6000 personnes mises en contact avec les structures de soins dans le cadre de l'injonction thérapeutique (tableau n° 15).

Par ailleurs, des enquêtes locales montrent qu'une partie des injonctions thérapeutiques est suivie en médecine de ville (réseaux ville-hôpital, médecins agréés DDASS), non prise en compte dans l'enquête du SESI. Il est donc plausible de déduire de ces informations que l'enquête du SESI comptabilise un nombre considérable de mesures distinctes de l'injonction thérapeutique, bien que le commentaire de cette variable reste bien vague : « *La part des injonctions thérapeutiques et autres mesures judiciaires augmente régulièrement* » (Ministère de la Santé, SESI, 1996).



³⁹⁰ - Circulaire DGS/2D n° 56 du 6 octobre 1992, BO MASI n° 92/42 du 17 novembre 1992, p. 55.

La mise en œuvre de la loi de 1970, telle qu'elle peut être mesurée à travers les statistiques publiées montre que seul le volet répressif a suivi le développement de l'usage des substances psychotropes en France. La confrontation des statistiques disponibles montre néanmoins un décalage qui a été en s'accroissant entre les pratiques policières et judiciaires.

Sur les vingt-cinq années considérées, les statistiques montrent une multiplication par vingt-huit des affaires d'infraction à la législation sur les stupéfiants. La population-cible des interpellations par les services de police et de gendarmerie reste l'utilisateur de stupéfiants (80 % des interpellations et plus de 90 % si l'on inclut l'usage-revente), et plus particulièrement l'utilisateur de cannabis (deux tiers des interpellations d'utilisateur).

Malgré l'absence de données judiciaires par produit, le changement d'échelle, entre les interpellations et les affaires effectivement suivies dans le cadre de la loi de 1970 est flagrant : sur 10 usagers interpellés, 2 seront condamnés et 1 orienté vers une injonction thérapeutique.

Le mécanisme principal, qui avait fait l'objet d'un consensus entre les autorités judiciaires et sanitaires n'a pas fonctionné et sa très faible visibilité statistique en est un révélateur.

La méconnaissance de ces alternatives sanitaires à la répression de l'usage de stupéfiants n'est pas nuancée par des études ou des recherches empiriques qui auraient pu contrebalancer la défaillance des statistiques publiées. Les quelques données disponibles sont très éparpillées. A titre d'exemple, la base de données du réseau TOXIBASE comporte une centaine de références bibliographiques consacrées à l'injonction thérapeutique et une seule directement consacrée aux autres obligations de soins.

L'approfondissement des questions soulevées par ce premier état des lieux, au niveau législatif, réglementaire et statistique, nous a amené à un travail empirique, basé sur une étude de terrain des mécanismes ainsi dévoilés à un niveau départemental. La première étape en est exposée maintenant par le recueil des données disponibles à cette nouvelle échelle territoriale.

N° ISBN 2 -907370-40-5

