

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

VOLUME 2

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**

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	17
PANORAMA BIBLIOGRAPHIQUE	23

PARTIE I : LES TEXTES ET LES STATISTIQUES AU NIVEAU NATIONAL	47
---	-----------

<u>Chapitre 1 : Les textes et leur application</u>	<u>50</u>
---	------------------

I. Lois et règlements (Laurence Simmat-Durand, Nathalie Goyaux)	50
--	-----------

A/ Les dispositions pénales de la loi de 1970	50
(a) <i>Dispositions initiales</i>	50
(b) <i>Les textes d'application et les modifications ultérieures</i>	54
(c) <i>Dispositions particulières à l'égard des usagers mineurs</i>	58
B/ Les dispositions sanitaires	61
(a) <i>L'organisation des cures.</i>	62
(b) <i>Le contrôle des instruments et produits utilisés- les traitements de substitution.</i>	69
(c) <i>Les traitements de substitution à la Méthadone et à la Buprénorphine.</i>	72
C/ Les obligations de soins	76
(a) <i>L'injonction thérapeutique</i>	76
(b) <i>Les autres obligations de soins</i>	80
D/ Le dispositif local	81
(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>	82
(b) <i>Les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie</i>	85
(c) <i>Les plans départementaux de sécurité</i>	87
(d) <i>Le conseil national des villes et les conseils locaux de prévention de la délinquance</i>	88
(e) <i>Les conventions d'objectifs et les réseaux ville-hôpital</i>	89

II. La jurisprudence (Anne Kletzien)	93
A/ Le champ d'utilisation du délit d'usage illicite de stupéfiants	95
(a) <i>Les sources d'incrimination</i>	95
(b) <i>L'usage de stupéfiants, un délit associé à une infraction à la législation sur les stupéfiants</i>	99
(c) <i>La pratique de la cure de désintoxication</i>	102
B/ Preuve et sanctions du délit d'usage illicite de stupéfiants	107
C/ Les perquisitions et saisies	108
(a) <i>Le droit commun des perquisitions et saisies</i>	108
(b) <i>Les perquisitions et saisies douanières</i>	109
D/ Les sanctions	111
(a) <i>Les sanctions pénales</i>	111
(b) <i>Les sanctions douanières</i>	113
(c) <i>Les fermetures d'établissement</i>	115
(d) <i>Les mesures de police frappant les étrangers</i>	116
(e) <i>Les sanctions disciplinaires</i>	119
III. La pratique des parquets (Laurence Simmat-Durand)	121
A/ L'application de la loi	122
(a) <i>Le manque de structures sanitaires</i>	123
(b) <i>La non-application de la loi</i>	124
(c) <i>Les autres alternatives sanitaires</i>	125
B/ Les abandons de poursuite	126
(a) <i>La mise en garde</i>	126
(b) <i>Les classements avec avertissement ou avec signalement</i>	130
C/ Les relations avec les DDASS	132
D/ Les critères de choix de l'injonction thérapeutique	135
(a) <i>Le produit</i>	136
(b) <i>L'âge</i>	137
(c) <i>Les faits et les antécédents</i>	138
(d) <i>Selon le domicile</i>	139

<u>Chapitre 2 : Les statistiques</u>	<u>143</u>
I. Les statistiques policières sur l'usage de stupéfiants (Hélène Martineau)	145
A/ Variation des interpellations depuis 1970	148
(a) <i>Les Infractions à la Législation sur les Stupéfiants d'après les statistiques de police judiciaire et celles de l'OCRTIS</i>	148
(b) <i>La consommation de stupéfiants</i>	150
(c) <i>Répartition des interpellations en fonction du service de constatation</i>	156
(d) <i>Répartition des usagers en fonction des drogues utilisées</i>	158
B/ Caractéristiques des mis en cause	148
(a) <i>Le sexe</i>	163
(b) <i>L'âge</i>	164
(c) <i>La catégorie socio-professionnelle</i>	168
(d) <i>La nationalité</i>	170
(e) <i>L'emploi des moyens juridiques (la garde à vue et ses suites)</i>	172
II. Les statistiques judiciaires sur l'usage de stupéfiants (Laurence Simmat-Durand)	177
A/ L'orientation des affaires	177
(a) <i>Séries concernant les majeurs</i>	178
(b) <i>L'orientation des affaires concernant les mineurs</i>	
B/ Les condamnations	182
(a) <i>Séries selon l'infraction</i>	182
(b) <i>Séries concernant les mineurs</i>	189
(c) <i>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
(a) <i>Les statistiques judiciaires</i>	195
(b) <i>Interpellations et injonctions thérapeutiques</i>	202
(c) <i>Injonctions thérapeutiques et condamnations</i>	205
(d) <i>Les statistiques sanitaires</i>	208
B/ Les autres obligations de soins	211
(a) <i>Les statistiques judiciaires</i>	214
(b) <i>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***(a) La Police nationale dans les Hauts-de-Seine*

236

(b) La gendarmerie Nationale dans les Hauts-de-Seine

240

(c) La Douane

240

B/ Présentation des données**241***(a) Les statistiques de police judiciaire*

241

(b) Les statistiques de l'OCRTIS

242

(c) La statistique de la sécurité publique des Hauts-de-Seine

243

(d) Conclusion

244

C/ Les interpellations pour usage de stupéfiants dans les HAUTS-DE-SEINE**245***(a) Les infractions à la législation sur les stupéfiants dans les Hauts-de-Seine*

245

(b) Les interpellations pour usage de stupéfiants dans les Hauts-de-Seine

249

(c) L'activité des différents services en matière d'usage de stupéfiants

250

(d) Répartition des usagers en fonction des drogues utilisées

254

(e) L'usage de stupéfiants dans les circonscriptions de sécurité publique

255

II. L'activité de la juridiction (Laurence Simmat-Durand)**257****A/ Les données publiées****257***(a) Sur l'activité du parquet*

257

(b) Les condamnations

259

B/ Les données de la juridiction**260***(a) Les classements sans suite*

260

(b) Les injonctions thérapeutiques

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
(a) <i>Les toxicomanes accueillis dans les établissements de l'Ile-de-France</i>	266
(b) <i>Les données de l'assistance publique</i>	267
(c) <i>Les caractéristiques des toxicomanes accueillis</i>	271
(d) <i>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
(a) <i>Les contacts antérieurs avec le réseau de soins</i>	313
(b) <i>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) <i>La réglementation des produits</i>	392
(b) <i>Les normes pénales</i>	393
(c) <i>L'alternative thérapeutique : mesures et sursis</i>	393
(d) <i>Les normes sanitaires</i>	395
(e) <i>L'utilisation de produits de substitution</i>	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) <i>L'analyse qualitative</i>	409
(b) <i>L'analyse quantitative</i>	410
(c) <i>Les variables analysées</i>	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) <i>Neuchâtel</i>	416
(b) <i>Vaud</i>	423
CONCLUSION GENERALE	433
LISTE DES TABLEAUX	439
LISTE DES GRAPHIQUES	442
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	443
ANNEXES	465

PARTIE II : APPROCHES LOCALES

INTRODUCTION

Les données disponibles au plan national ne permettent pas d'appréhender la mise en œuvre de la loi de 1970 dans son mécanisme principal, à savoir le renvoi des institutions judiciaires vers les institutions sanitaires.

La seule quantification disponible sur les injonctions thérapeutiques, le nombre de mesures prononcées par tribunal de grande instance, sans aucune indication quant aux usagers concernés, ou au produit utilisé n'apporte guère de connaissances sur ce point. De manière épisodique, quelques enquêtes ont été menées dans les juridictions ou les DDASS qui apportent quelques éléments supplémentaires mais invitent surtout à se poser des questions sur les mécanismes et choix en cause.

La nécessité d'un approfondissement de ces questions, et éventuellement la connaissance du point de vue des acteurs de cette mise en œuvre invitaient à un travail empirique permettant d'approcher des pratiques et d'obtenir des exemples de trajectoires des individus « clientèle » de l'action institutionnelle.

Compte tenu du peu de données disponibles et de la complexité des mécanismes à aborder, le choix s'est porté sur la mise en place d'une enquête empirique, permettant, à un niveau local, d'approcher tout à la fois les pratiques et les individus.

Tout d'abord, au niveau d'un département, on n'est pas limité par l'étude des seules statistiques publiées ; des études réalisées localement, des rapports internes, des statistiques propres à des services particuliers sont disponibles, ou du moins le sont devenus. Elles permettent réellement d'approfondir la question de la prise en charge, car leur accumulation permet de disposer de nombreuses variables non réunies au niveau national (chapitre 1).

La mise en œuvre de la loi de 1970, dans sa partie concernant l'usager de stupéfiants, se caractérise surtout par la possibilité des alternatives thérapeutiques. Ce point central est pourtant celui que l'on peut le moins percevoir au niveau national. Deux de ces obligations de soins spécifiques ont été examinées : l'injonction thérapeutique et celle développée dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve.

Une première cohorte d'individus, soumis à une injonction thérapeutique pendant l'année 1995 a été étudiée, à la fois du point de vue de l'affaire et du point de vue de l'individu soumis à cette mesure. L'obligation de soins est ici définie en alternative aux poursuites pénales et consiste en un rapprochement de l'usager et du personnel du champ sanitaire ; la durée moyenne observée de cette mesure est d'environ quatre mois (chapitre 2).

Une seconde cohorte d'individus, condamnés pour une infraction à la législation sur les stupéfiants a été observée dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve. Les individus sont suivis pendant une durée moyenne de vingt-six mois par le comité de probation, qui recueille des éléments de biographie portant en particulier sur les trajectoires professionnelles et les antécédents sanitaires (chapitre 3).

Pour compléter les éléments relatifs aux trajectoires sanitaires des individus soumis à ces obligations de soins, nous avons envisagé au départ, de recueillir des données biographiques les concernant dans les institutions sanitaires chargées de leur accueil. Sur le terrain, nous n'avons pas obtenu l'autorisation des structures concernées, qui se retranchant derrière le secret professionnel nous ont refusé l'accès à leurs données³⁹¹. De ce fait, cette partie de la recherche a été réorientée sur des entretiens sur les pratiques et représentations des professionnels du champ sanitaire. Une telle approche aurait été utilement contrebalancée par le point de vue des magistrats, mais les contraintes de budget-temps ne nous ont pas permis de revenir vers une telle collecte qui aurait impliqué une quinzaine d'entretiens (chapitre 4).

Enfin, une approche comparative avec la pratique des alternatives thérapeutiques en Suisse a été menée dans les cantons de Neuchâtel et Vaud, qui dans un cadre législatif comparable montrent une conception relativement différente et une mise en œuvre également peu répandue des mesures thérapeutiques (chapitre 5).

³⁹¹ - Un seul intervenant s'est finalement en cours d'enquête déclaré favorable à une telle étude, après que nous ayons réorienté le protocole.

CHAPITRE 1: LES STATISTIQUES DISPONIBLES AU NIVEAU LOCAL

Le département des Hauts-de-Seine comporte 1 391 546 habitants au recensement de 1990, soit environ 2,5 % de la population française. Comme tous les départements d'Ile-de-France, il est particulièrement touché par les problèmes de toxicomanie.

La collecte des données au niveau d'un département n'est pas aisée, la plupart des chiffres ne faisant pas l'objet de publications facilement accessibles, mais de documents internes aux institutions ou de rapports peu diffusés. La documentation du Conseil Général des Hauts-de-Seine nous a été d'une aide précieuse dans cette recherche.

Les statistiques policières, judiciaires et sanitaires disponibles seront successivement abordées. Elles ne prétendent pas épuiser le sujet, mais montrent que des données fines peuvent être recueillies sur le terrain, donnant un éclairage sensiblement différent de celui obtenu avec les seules données publiées au niveau national. La limite en est par contre bien évidemment celle de toute monographie, les résultats ne sont pas extrapolables à un échelon plus large.

I. Les statistiques policières³⁹²

Hélène Martineau

Au niveau national, nous avons présenté les statistiques policières en matière d'usage de stupéfiants et détaillé le mode de comptage des services de police, de gendarmerie et des douanes.

L'approche locale de l'usage de stupéfiants à partir des statistiques policières nécessite une démarche différente. Les informations disponibles sont beaucoup plus parcellaires. Nous ne pourrions pas entrer dans le détail des caractéristiques des mis en cause pour ILS comme ce fut le cas pour les données nationales.

Enfin, les effectifs concernés par les infractions à la législation sur les stupéfiants sont moins importants et donc encore plus sensibles aux variations annuelles de l'activité des services répressifs ou de celle des consommateurs que les indicateurs nationaux.

Avant d'analyser les caractéristiques des interpellations d'usage dans les Hauts-de-Seine, nous allons passer en revue les données disponibles en délimitant bien leur contenu.

Dans un premier temps, nous présenterons l'état des forces de police dans le département, leur organisation et leur mission. Cette première approche est déterminante pour la suite de l'analyse.

³⁹² L'étude des statistiques policières en matière d'ILS dans les Hauts-de-Seine, fait l'objet d'un DEA qui est encore en cours début 1998. L'analyse présentée ici n'est donc pas achevée. Elle sera notamment complétée par l'analyse des rapports d'activité des services de sécurité publique et de police judiciaire ainsi que par l'exploitation plus approfondie du fichier des interpellations de la sécurité publique sur le département. Par ailleurs, une enquête de terrain devrait également apporter des informations plus qualitatives sur le mode de collecte de ces données statistiques et plus généralement, sur le travail policier dans le domaine de la lutte contre l'usage de stupéfiants dans les Hauts-de-Seine.

A/ Les services répressifs dans les Hauts-de-Seine

En 1996, sur 103 070 crimes et délits constatés dans les Hauts-de-Seine, 97 599 sont enregistrés par la police nationale et 5 471 par la gendarmerie nationale, soit respectivement 95 et 5 % de l'ensemble des faits constatés.

Cette répartition des crimes et délits selon les services de constatation n'a rien de surprenant. En effet, traditionnellement, la gendarmerie est implantée principalement dans les secteurs ruraux ou semi-urbanisés alors que la police nationale couvre les zones les plus fortement urbanisées. C'est pourquoi la gendarmerie est moins présente dans les Hauts-de-Seine mais son intervention n'est pas pour autant négligeable.

Différents services de police nationale et de gendarmerie interviennent sur le département. Nous allons décrire leur organisation et leurs effectifs.

(a) La Police nationale dans les Hauts-de-Seine

Avec Paris intra muros, la Seine-Saint-Denis et le Val de Marne, le département des Hauts-de-Seine se situe dans le ressort de la préfecture de police de Paris. La préfecture de police de Paris occupe une place importante mais particulière dans l'organisation de la police nationale.

Le préfet de police, placé sous l'autorité du ministre de l'Intérieur, est également préfet de la zone de défense de Paris. Il représente l'Etat et la ville de Paris et assume les fonctions de police dévolues ordinairement aux maires et aux préfets³⁹³.

Ce sont essentiellement deux directions de la préfecture de police qui nous intéressent en raison de leur engagement dans la lutte contre la toxicomanie :

- la direction de la sécurité publique
- la direction de la police judiciaire.

La première représente l'ensemble de la police en tenue affectée à la capitale et la petite ceinture. Les fonctionnaires contribuent à assurer le maintien de l'ordre, la circulation et

³⁹³ On trouvera en annexe un organigramme de ses services.

la sécurité des personnes et des biens. Ils ont en charge la lutte contre la petite et la moyenne délinquance.

Au niveau du département des Hauts-de-Seine, la Direction de la sécurité publique et celle de police judiciaire sont représentées par :

- La Direction Départementale de la sécurité publique des Hauts-de-Seine³⁹⁴ (DDSP)
- Le Service Départemental de police judiciaire des Hauts-de-Seine (SDPJ).

Contrairement au SDPJ, la DDSP des Hauts-de-Seine n'entretient pas de relation opérationnelle avec la Préfecture de Police de Paris. Le directeur départemental de la sécurité publique du 92 reçoit les ordres de sa direction centrale et non du préfet de Police³⁹⁵. Le lien entre la Préfecture de Police de Paris et la DDSP relève de l'intendance.

Quelle est l'organisation territoriale de ces services de Police nationale ? Combien d'agents interviennent dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie ?

i - Les services de sécurité publique

Les agents de la Direction départementale de la sécurité publique des Hauts-de-Seine nous ont fourni les derniers chiffres disponibles concernant les effectifs. La DDSP compte 4000 fonctionnaires de tous grades, notamment, outre des administratifs :

- 34 commissaires (Corps de conception et de direction),
- 310 Officiers de Police (Corps de commandement et d'encadrement),
- 3300 Gardiens de la Paix et Gradés (Corps de maîtrise et d'application).

L'ensemble du personnel est réparti dans les services départementaux, 4 districts de sécurité publique et 23 circonscriptions de sécurité publique.

Groupés autour du directeur départemental et du directeur départemental adjoint, les services départementaux comprennent :

- l'Etat-Major, chargé de mettre en place la politique sécuritaire engagée par la DDSP, d'organiser les services et de coordonner les moyens (personnels et logistique) et de contrôler les services et leur activité ;
- le service de Gestion Opérationnelle chargé de l'élaboration du budget décentralisé et de la gestion des matériels, équipements, parcs roulants...

³⁹⁴ Jusqu'en 1992, on parle de la Direction Départementale des Polices Urbaines (DDPU).

³⁹⁵ Le Préfet de Police étant Préfet de la zone de Paris, il peut faire appel aux effectifs de la DDSP, mais de façon exceptionnelle.

- la Sûreté départementale chargée d'épauler les commissariats au plan judiciaire et de traiter les affaires judiciaires les plus importantes ;
- le Service d'Ordre Public chargé d'assister les commissariats dans le domaine de l'ordre public et de la circulation routière et de lutter contre toute forme de délinquance sur l'ensemble du département.

Le département est divisé ensuite en 4 districts de sécurité publique sensiblement égaux au regard de la population puis en 23 circonscriptions (voir carte en annexe).

Les circonscriptions de sécurité publique couvrent la totalité géographique du département. Certaines regroupent plusieurs communes. La circonscription comprend en son siège : le Service de l'Administration et des Moyens, le Corps Urbain, l'Unité de police judiciaire et Administrative et le cas échéant des services décentralisés tels que : les commissariats subdivisionnaires, les bureaux de police et les postes de police.

Concernant la lutte contre les stupéfiants, différents services interviennent dans le département.

Au sein des commissariats et du service d'ordre public de la direction, les unités d'intervention (notamment les brigades anti-criminalité) participent grandement à l'action de lutte anti-stupéfiants menée sur le département par la sécurité publique.

Par ailleurs, depuis 1995, la DDSP du département est dotée d'un service spécialisé, la Sûreté Départementale qui compte notamment une brigade des stupéfiants. L'ensemble des 15 fonctionnaires de cette brigade spécialisée est en civil. Ils s'occupent uniquement d'affaires de stupéfiants (trafic et/ou usage), notamment les plus importantes du département. Ils travaillent sur initiative ou commission rogatoire, intervenant alors à la suite des commissariats.

Toujours en matière de lutte contre la drogue, les actions de formation se développent dans les Hauts-de-Seine. Ainsi, en 1995 est créée la fonction d'Officier de Prévention dans tous les commissariats du département. Outre une formation initiale de deux semaines à la DDSP, les Officiers de Prévention sont réunis une fois par mois à la DDSP pour y suivre des stages thématiques destinés à harmoniser leurs actions sur l'ensemble du département. Dans ce cadre, ils reçoivent une formation en matière de stupéfiants.

Par ailleurs, les officiers de police, Personnels Formateurs Anti-Drogue (PFAD) sont affectés pour la plupart à la Sûreté Départementale et interviennent sur demande, notamment dans les établissements (en 1995, on enregistre 19 opérations touchant les adultes, les chefs d'établissements, les enseignants et parents d'élèves et 15 présentations en classe). Les PFAD ont en outre assuré la formation de 75 fonctionnaires de Police.

ii - Les services de police judiciaire

Les renseignements ci-après proviennent du rapport annuel d'activité 1995 adressé par le commissaire divisionnaire du SDPJ 92 au directeur de la police judiciaire (Service départemental de police judiciaire des Hauts-de-Seine, 1996).

Au 31 décembre 1995, l'effectif du SDPJ 92 est de 107 fonctionnaires dont 6 commissaires, 98 fonctionnaires actifs et 3 fonctionnaires administratifs. La police judiciaire semble moins bien implantée dans les Hauts-de-Seine que la sécurité publique dont les effectifs sont largement supérieurs à ceux de la SDPJ.

En matière de lutte contre les stupéfiants, deux commissaires de police dirigent à la fois la section des stupéfiants et la section économique et financière. La section des stupéfiants comprend aussi 21 fonctionnaires soit 2 commandants, 2 capitaines, 19 lieutenants de police et 1 gardien de la paix (soit 21 % de l'effectif total des fonctionnaires actifs).

Par rapport à 1994, le rapport souligne l'augmentation des effectifs de la section des stupéfiants qui, de 19, sont passés à 21 fonctionnaires. *« Cette augmentation du personnel chargé de lutter contre les stupéfiants a permis de renforcer légèrement les deux groupes de cette section mais qui est loin d'atteindre, compte tenu du déficit toujours existant, les 29 fonctionnaires qui étaient affectés à cette section en 1992 et 1993 ».*

Notons aussi que le groupe de voie publique a pour mission d'effectuer des affaires d'initiatives concernant le banditisme et les infractions à la législation sur les stupéfiants. Cette section réunit 9 fonctionnaires.

Concernant l'activité de la section stupéfiants, le commissaire divisionnaire, chef du SDPJ des Hauts-de-Seine note que *« confrontée à un changement total d'orientation depuis qu'elle ne prend plus en charge les toxicomanes interpellés par la Police Urbaine, la Section Stupéfiants tente un exercice difficile consistant à la fois à lutter contre le trafic de stupéfiants dans les cités du département tout en cherchant à effectuer un travail en profondeur en s'attaquant à impliquer les responsables des réseaux de distributions de produits stupéfiants qui infestent certaines cités des Hauts-de-Seine. »*

A la fin de son rapport, le commissaire divisionnaire conclut : *« Placé dans un environnement difficile, face à une direction de la sécurité publique omniprésente dont la politique offensive est facilitée par des moyens en personnels et en matériels sans commune mesure avec ceux attribués au SDPJ 92, ce service qui a la confiance du parquet de Nanterre, tente d'effectuer un travail de qualité et d'augmenter la fonction répressive qui est la raison d'exister de la police judiciaire.*

Malgré de bons résultats jusqu' alors, la police judiciaire des Hauts-de-Seine a perdu le monopole du traitement des infractions à la législation sur les stupéfiants et celle de l'identité judiciaire.

Il est indispensable d'être vigilant afin de ne pas être complètement marginalisé sur le créneau de la moyenne délinquance dont le traitement par la police judiciaire a toujours été, au sein de la préfecture de police, une fonction naturelle ».

(b) La gendarmerie Nationale dans les Hauts-de-Seine

La gendarmerie nationale fait partie intégrante des forces armées. A ce titre, elle est placée sous l'autorité du ministre de la Défense, lequel dispose de la direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN) et de l'inspection générale des armées-gendarmerie qui relèvent directement de son autorité.

Elle est aussi en charge d'une mission de police judiciaire. Ainsi, chaque année, la gendarmerie traite plus du tiers des crimes et délits constatés en France. L'action de la gendarmerie dans ce domaine comprend la constatation des infractions, le rassemblement des preuves et la recherche des auteurs. En 1995, la part revenant aux missions judiciaires a été de 38,38 %. C'est à ce titre qu'elle intervient dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Au niveau départemental, la gendarmerie est représentée par le groupement de gendarmerie départemental, qui est implanté à chaque chef-lieu de département. Etant moins bien implantée dans le département que les services de sécurité publique, elle intervient moins fréquemment sur des affaires de stupéfiants, notamment sur celles qui nécessitent de longues investigations.

(c) La Douane

La Direction générale des douanes est rattachée au ministère de l'Economie des Finances et du Budget.

Les services extérieurs à compétence régionale sont répartis en dix interrégions. L'interrégion d'Ile-de-France comprend cinq directions régionales (Paris, Paris-Est, Paris-Ouest, Paris-Sud et Roissy-en-France) et couvre la région administrative correspondante, soit huit départements. Une antenne des douanes existe à Gennevilliers mais ses services ne s'occupent que des procédures douanières, à savoir essentiellement les problèmes de contrebande. Il est alors possible qu'ils interviennent sur des affaires de

trafic de stupéfiants, mais nulle mention n'est faite de la présence des services de Douane dans les Hauts-de-Seine...

B/ Présentation des données

Au niveau du département des Hauts-de-Seine, outre les données présentées au niveau national, nous disposons d'une source émanant de la revue « *l'Information de la direction départementale de la sécurité publique des Hauts de Seine* ».

Les rapports d'activité des services de la Direction Départementale de la Sécurité Publique et le Service départemental de police judiciaire des Hauts-de-Seine fournissent aussi quelques données relatives aux ILS.

Concernant les statistiques « officielles », c'est-à-dire celles de Police Judiciaire et celle de l'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants (OCRTIS), une analyse détaillée de la collecte et du mode de comptage de ces statistiques est proposée dans l'annexe « *Les statistiques policières en matière d'usage de stupéfiants en France* ». Nous nous contenterons ici de présenter les données disponibles au niveau local, en délimitant leur champ d'application.

(a) Les statistiques de Police Judiciaire

Dans les « *Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France en (année) par les services de police et de gendarmerie d'après les statistiques de police judiciaire* », un chapitre sur la « géographie criminelle » présente l'état de la criminalité et de la délinquance constatées dans les régions administratives, dans les Services Régionaux de Police Judiciaire, dans les ressorts des Cours d'Appel, dans les départements et en annexe, l'état de la criminalité au niveau des circonscriptions de Sécurité Publique (ministère de l'Intérieur, 1997).

Pour étudier l'ampleur des infractions à la législation sur les stupéfiants dans les Hauts-de-Seine, nous aurons recours successivement aux données de l'Ile-de-France, de la DRPJ de la préfecture de police³⁹⁶ des Hauts de Seine et à celles des différentes circonscriptions de Sécurité Publique du département. Dans le découpage par cours d'Appel, le détail des infractions n'apparaît pas. C'est pourquoi nous n'exploiterons pas ces statistiques.

³⁹⁶ Les départements du ressort de la Direction Régionale de Police Judiciaire de la Préfecture de Police de Paris sont: Paris (75), les Hauts-de-Seine (92), la Seine-Saint-Denis (93) et le Val-de-Marne (94).

A ces différents échelons géographiques, on ne dispose que du nombre de faits constatés correspondants aux 107 rubriques de « l'état 4001 ». Nous n'avons donc aucune information relative aux personnes mises en cause.

Au niveau local, les statistiques de police judiciaire sont à utiliser avec plus de réserve qu'au niveau national, comme le rappelle chaque année la Direction Centrale de la Police Nationale :

« Avertissement : Les statistiques par départements, régions et ensemble du territoire sont établies en cumulant les faits constatés par l'ensemble des services de police et de gendarmerie (...).

Par contre, les données concernant les circonscriptions de sécurité publique incluant les chefs-lieux de département ne comprennent pas les faits constatés par la gendarmerie et les autres services de police et en particulier les faits enregistrés par les Services Régionaux de police judiciaire. Si ceux-ci sont en nombre limité, ils peuvent néanmoins représenter une proportion importante de certains types de délits. (...) De ce fait, les données relatives aux circonscriptions de sécurité publique sont à interpréter avec précaution ».

(b) Les statistiques de l'OCRTIS

Dans son rapport annuel, l'OCRTIS publie, pour l'année écoulée, la répartition départementale des interpellations pour ILS, la répartition des usagers interpellés par SRPJ et par département ainsi que leur répartition en fonction du produit consommé.

Pour reconstituer, sur le long terme, la série des interpellations d'usage de stupéfiants, nous devons nous procurer l'ensemble des bilans annuels de l'OCRTIS, qui font l'objet d'une diffusion restreinte. Actuellement, les données à notre disposition au niveau local couvrent la période 1992-1996.

(c) La statistique de la sécurité publique des Hauts de Seine

La Direction Départementale de la sécurité publique des Hauts-de-Seine publie quotidiennement un rapport d'activité de ses services sur le département. Ces données statistiques sont disponibles dans la revue *L'information de la direction départementale de la sécurité publique des Hauts de Seine*. Elle recense toutes les opérations de police judiciaire de la sécurité publique sur le département.

Les informations contenues dans ce fascicule sont variées :

- une description sommaire des manifestations (sociales et diverses) qui ont eu lieu dans la journée,
- un bilan chiffré des affaires judiciaires : total des arrestations, total des plaintes, garde à vue de personnes majeures et mineures,
- une description sommaire des principales arrestations, plaintes et opérations de police diverses,
- deux types d'infractions font l'objet d'un inventaire plus complet : les infractions à la législation sur les étrangers et les infractions à la législation sur les stupéfiants,
- les dernières pages sont consacrées à un bilan journalier (ou de fin de semaine) des interventions effectuées par les unités en tenue (interventions de secours, interventions de police, missions spéciales, vérifications effectuées aux terminaux) ainsi qu'à une synthèse de l'activité des salles d'attente spécialisées du tribunal de grande instance de Nanterre (nombre de déférés, d'écroués, d'extraits, de rétentions administratives...).

Notons enfin, qu'en période estivale, le bilan journalier des opérations de police appelées *opération « Tranquillité Vacances »* est retranscrit dans la rubrique des affaires judiciaires. Ces opérations de voie publique sont effectuées par les personnels des unités départementales, des unités de police judiciaire et administrative et des circonscriptions de sécurité publique. Sont ainsi totalisés les nombres d'arrestations, de personnes gardées à vue, de véhicules découverts...

Concernant les ILS, la revue fournit pour chaque journée ou week-end, le nombre de personnes interpellées, leur âge, la commune où a eu lieu l'interpellation et éventuellement, le produit et la quantité de stupéfiants saisis.

Ces données reflètent l'activité de l'ensemble des services de sécurité publique et ne correspondent donc pas à celles publiées à la Documentation Française sur l'ensemble du département.

De plus, pour les statistiques de police judiciaire, l'enregistrement des ILS suit les instructions du guide de méthodologie statistique. Il y est indiqué qu'en matière de trafic de stupéfiants, il ne faut compter qu'un fait par affaire (et non un fait par trafiquant). Ce n'est pas le cas ici, l'unité de compte étant la personne interpellée et non l'affaire, quelle que soit la catégorie des ILS. Il s'agit donc d'une statistique de mis en cause.

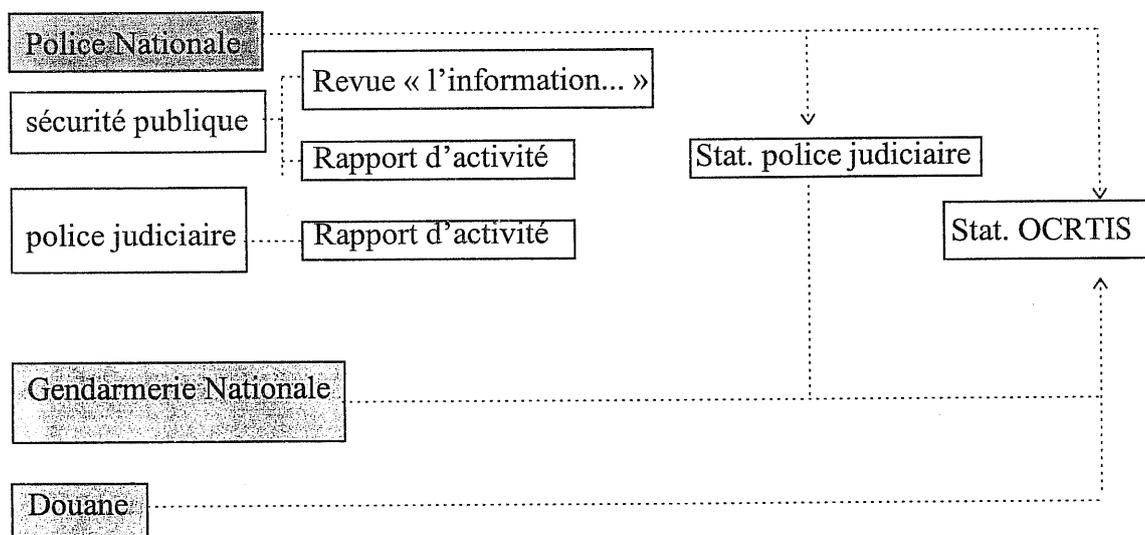
Cette base de données est en cours d'exploitation. Nous ne présenterons ici que les résultats généraux. Pour poursuivre l'analyse, nous devons obtenir plus d'information sur la collecte et le contenu de ces statistiques, auprès des services chargés de cet enregistrement.

(d) Conclusion

A partir de toutes ces sources statistiques, arrive-t-on à couvrir l'ensemble des interpellations pour ILS dans le département des Hauts-de-Seine ?

Le graphique suivant met en relation les différents services de police présents dans le département (à gauche) et les sources disponibles correspondantes :

Figure II-1



Avant d'analyser ces différentes statistiques au niveau départemental, nous présenterons quelques données de cadrage pour situer le département des Hauts-de-Seine dans l'ensemble de la criminalité et de la délinquance enregistrées en France.

C/ Les interpellations pour usage de stupéfiants dans les Hauts-de-Seine

Avec 103 070 crimes et délits constatés en 1996, le département des Hauts-de-Seine se situe à la 6^{ème} place dans le classement de la criminalité par département et représente près de 3 % de l'ensemble des crimes et délits constatés en France.

Le taux de criminalité enregistrée en 1996 dans le département est l'un des plus élevés de France : 73,11 pour 1 000 habitants (le plus élevé est enregistré à Paris avec 129,88 crimes pour 1 000 habitants et le plus faible est de 20,13 dans la Creuse).

Pour l'ensemble de l'Ile-de-France, les services répressifs comptabilisent 926 365 crimes et délits en 1996 ; l'Ile-de-France concentre 26 % des faits constatés en France. Au sein de la grande couronne, les Hauts-de-Seine se situent en 3^{ième} position après la ville de Paris (276 114 faits constatés) et la Seine-Saint-Denis (112 289 faits constatés).

(a) Les infractions à la législation sur les stupéfiants dans les Hauts-de-Seine

Le tableau ci-dessous présente pour l'année 1996 les données de cadrage à quatre échelles territoriales différentes :

Tableau II-1: Données de cadrage, année 1996

	France	Ile-de-France	DRPJ de Paris	Hauts-de-Seine
Population *	58 255 883	11 026 842	6 180 955	1 409 799
Total des crimes et délits constatés	3 559 617	926 365	584 008	103 070
Infractions à la Législation sur les Stupéfiants	79 617	20 188	11 954	2 984
* Chiffres provisoires population au 01.01.1996 (source : INSEE)				

Source : statistique police judiciaire, 1996

En 1996, le contentieux des infractions à la législation sur les stupéfiants représente 2,24 % des faits constatés en France, 2,18 % en Ile-de-France, 2,05 % dans le ressort de la DRPJ de Paris et 2,90 % dans les Hauts-de-Seine. De plus, alors que l'ensemble de la criminalité enregistrée a diminué partout par rapport à 1995, les ILS poursuivent leur progression, notamment en Ile-de-France : on enregistre une baisse de 5 % pour l'ensemble des crimes et délits alors que les ILS augmentent de 6 % ; la progression est nettement plus faible dans les Hauts-de-Seine (+1,4 %).

Par rapport à la population de ces zones géographiques, c'est dans les Hauts-de-Seine que l'on enregistre le plus d'ILS : 212 pour 100 000 habitants alors qu'au niveau régional, on compte 183 ILS pour 100 000 habitants.

Malgré des variations annuelles, la région de Paris reste la plus concernée par les interpellations pour ILS, les régions traditionnellement les moins touchées étant des régions isolées géographiquement, à population rurale, peu denses (Corse, Limousin, Auvergne).

Tableau II-2 : ILS selon l'unité géographique, en 1996

	France		Ile-de-France		DRPJ de Paris		Hauts-de-Seine	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Infractions à la législation sur les stupéfiants	79 617	100	20 188	100	11 954	100	2 984	100
dont - trafic/revente	5 158	6,48	1 505	7,45	1 242	10,39	225	7,54
- usage - revente	12 424	15,6	2 251	11,15	1 161	9,71	135	4,52
- consommation	57 981	72,82	15 964	79,08	9 350	78,22	2 580	86,46
- autres ILS	4 054	5,09	468	2,32	201	1,68	44	1,47

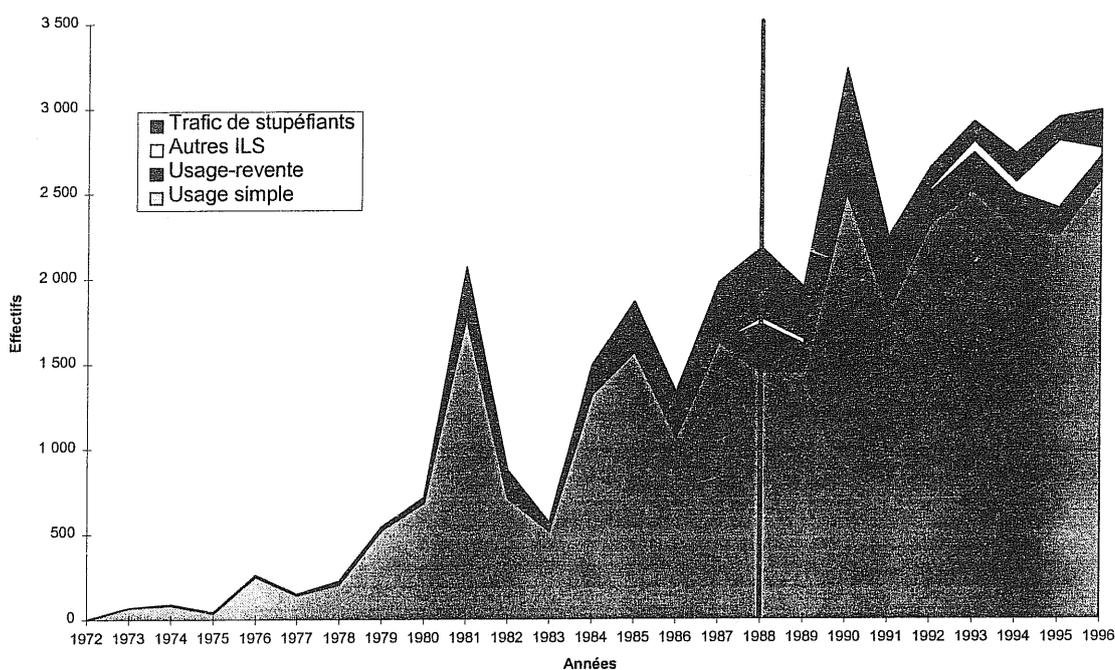
Source : statistique police judiciaire, 1996

En 1996, la part des interpellations pour usage simple sur l'ensemble des ILS est plus élevée dans les Hauts-de-Seine que dans la région Ile-de-France et surtout qu'au niveau national : respectivement 86, 79 et 73 % des interpellations pour ILS.

En résumé, les services répressifs du département sont fortement impliqués dans la lutte contre les stupéfiants, et plus particulièrement, dans la répression des faits d'usage. Ceci peut s'expliquer pour une grande part par la proximité de Paris, l'importance de la population, la très forte urbanisation et l'accès relativement aisé aux différentes communes du département (forte densité des transports en commun). On peut également noter l'existence de nombreux trafics de stupéfiants relativement bien implantés, notamment dans les communes au Nord du département.

Les bilans annuels de la direction centrale de la police nationale permettent de reconstituer l'évolution des ILS dans les Hauts de Seine depuis 1972 (figure n° 2) :

Figure II-2: ILS dans les Hauts-de-Seine, 1972-1996



Source : police judiciaire

La rupture observée en 1988 est due à un changement de la nomenclature des statistiques de police judiciaire. De deux rubriques (consommation et trafic de stupéfiants), la catégorie des infractions à la législation sur les stupéfiants passe à quatre rubriques (trafic, usage, usage-revente et autres ILS)³⁹⁷.

Depuis 1972, les interpellations pour ILS ont subi de nombreuses variations :

Notons tout d'abord un fort accroissement de la constatation des affaires de drogue. Il convient de rappeler ici que les indications chiffrées fournies en matière de trafic et de toxicomanie ne sont que le reflet de l'activité des services de police et de gendarmerie. Elles ne prétendent pas, par conséquent, rendre exactement compte de l'évolution de ce phénomène « *mais traduisent la légitime inquiétude provoquée par son extension ou sa persistance* ».

³⁹⁷ Pour plus de précisions, se reporter à l'analyse des statistiques au niveau national.

Ainsi, en 1981, on enregistre une nette augmentation du nombre d'affaires de trafic et de toxicomanie : de 712 affaires d'ILS constatées en 1980, on comptabilise 2 070 ILS en 1981. Cette hausse est également constatée au niveau national mais de façon plus réduite. Elle traduisait une aggravation de la toxicomanie et du trafic combinée avec une amélioration de l'enregistrement statistique. Au niveau départemental, la variation est telle qu'elle ne peut s'expliquer uniquement par une augmentation de la toxicomanie : il y aurait-il eu cette année-là des recommandations particulières en matière de lutte contre la toxicomanie ou s'agit-il de problèmes inhérents à l'enregistrement statistique ?

La même interrogation se pose pour la hausse des ILS enregistrée en 1990 : +66% par rapport à 1989.

Les faits de consommation demeurent majoritaires, quelle que soit l'année concernée mais on enregistre néanmoins sur le département une forte augmentation en nombre absolu des faits de trafic.

(b) Les interpellations pour usage de stupéfiants dans les Hauts-de-Seine

Sur le long terme, les interpellations d'usage dans les Hauts-de-Seine suivent une hausse comparable à celle enregistrée au niveau national (figure n° 3).

La courbe relative aux interpellations d'usagers de stupéfiants dans les Hauts-de-Seine est plus accidentée que les deux autres du fait d'effectifs plus faibles et donc plus sujets à des variations saisonnières (en effet, alors qu'au niveau national, le nombre d'interpellations pour usage de stupéfiants est au maximum multiplié par 1,7 d'une année sur l'autre, au niveau des Hauts-de-Seine, il est fréquemment doublé : entre 1975 et 1976, il est même multiplié par 7).

C'est pourquoi nous avons choisi de lisser la courbe par la méthode des moyennes mobiles³⁹⁸. On observe ainsi l'évolution des ILS partiellement corrigée des variations saisonnières.

Malgré ce redressement, on enregistre une croissance plus importante des interpellations d'usagers dans les Hauts-de-Seine : +22 % en moyenne chaque année alors qu'au niveau national, on note une croissance annuelle de 16 % et de 15 % à l'échelon de la SRPJ de Paris.

Les plus fortes variations sont enregistrées au début des années quatre-vingt. Entre 1980 et 1984, les interpellations d'usagers sont doublées. En fait, mise à part la croissance

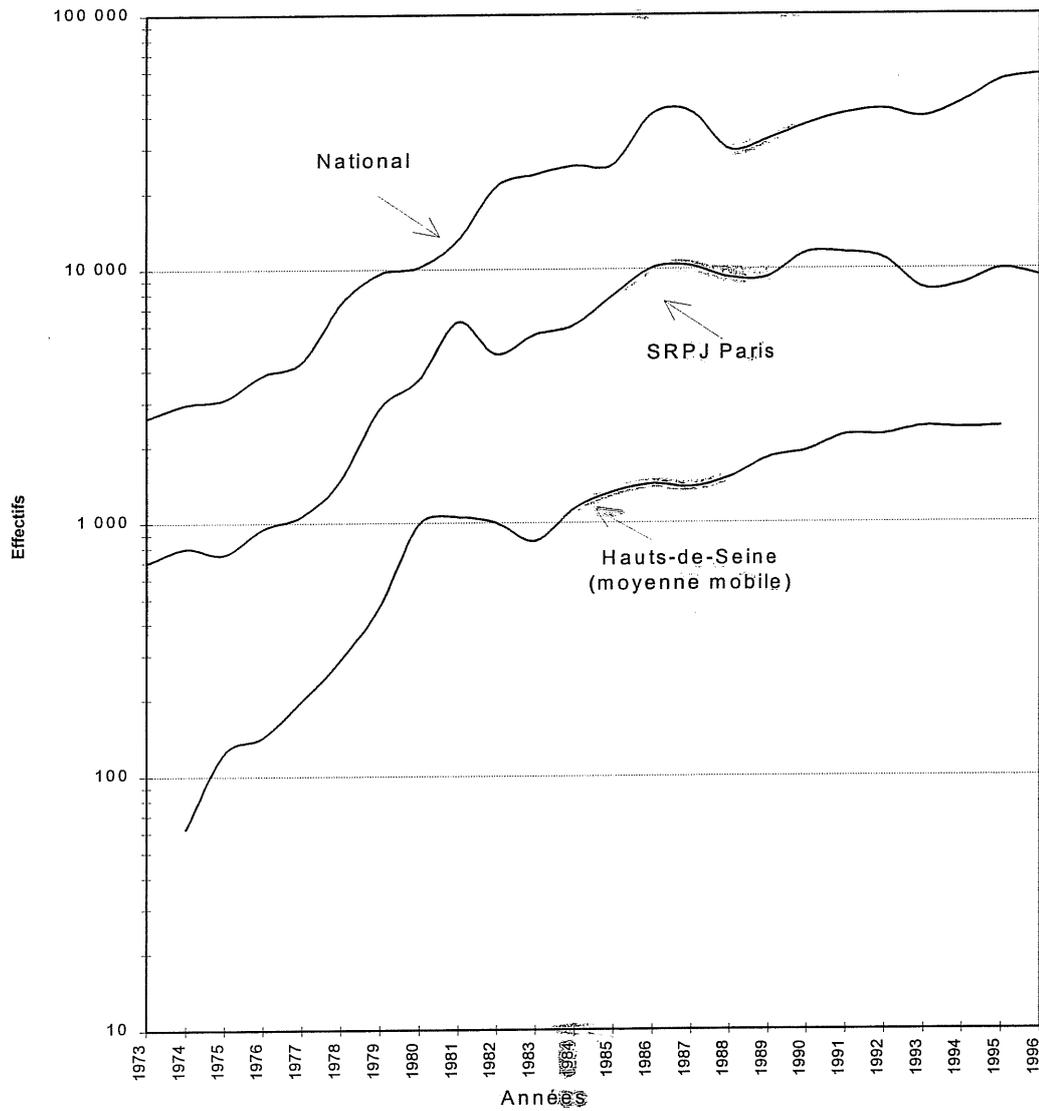
³⁹⁸ Le nombre d'interpellations I , enregistré à l'année n est obtenu de la façon suivante :

$$I_n = (I_{n-1} + I_n + I_{n+1}) / 3.$$

exceptionnelle de 1981, la rupture est très nette en 1984 : pour la première fois, on enregistre plus de 1 000 usagers interpellés.

La croissance sera ensuite plus modérée, exceptée en 1990, où l'on observe une augmentation de 72 % des interpellations par rapport à 1989.

Figure II-3 : Usagers de stupéfiants, comparaison géographique (échelle logarithmique en ordonnée)



Source : police judiciaire

En 1986, alors qu'au niveau national et de la DRPJ on enregistre une hausse du nombre d'interpellations, du fait de la prise en compte de l'activité de l'ensemble des services, on observe une baisse au niveau du département des Hauts-de-Seine.

(c) L'activité des différents services en matière d'usage de stupéfiants

i - Comparaison de l'activité des différents services en matière d'infractions à la législation sur les stupéfiants

Les données du tableau suivant sont reconstituées à partir des statistiques de police judiciaire. Elles sont à interpréter avec prudence du fait des quelques incertitudes liées aux calculs. Néanmoins, elles traduisent dans leur ensemble une répartition des ILS en fonction du service de constatation conforme aux résultats nationaux.

Tableau II-3 : Répartition des ILS selon les services, Année 1996

	Police et gendarmerie nationales	Gendar- merie ***	Sécurité publique*	Police judiciaire (S.D.P.J.)**
Ensemble des crimes et délits	103 070	5 468	95 030	2 572
Infractions à la législation sur les stupéfiants	2 984	381	2 412	191
dont				
- trafic/revente	225	54	84	87
- usage - revente	135	19	109	7
- consommation	2 580	293	2 197	90
- autres ILS	44	15	22	7
* Données obtenues en sommant les ILS des 22 circonscriptions de sécurité publique				
** Le tableau initial fourni les chiffres pour l'ensemble de la SDPJ, soit pour trois départements : le 92, 93 et 94. On estime que pour l'année 1996, 38,8 % des infractions correspond à l'activité de la PJ dans les Hauts-de-Seine ³⁹⁹ . On applique ce ratio aux différentes ILS.				
*** Les données relatives aux ILS sont obtenues par soustraction.				

Source : police judiciaire, 1996

³⁹⁹ En 1996, dans les Hauts-de-Seine, on enregistre 103 070 crimes et délits dont 5 471 ont été constatés par la Gendarmerie et 97 599 par les services de la police nationale. Au sein de la PN, les services de sécurité publique recensent 95 030 infractions. On fait l'hypothèse que les 2 569 autres cas sont constatés par les services de police judiciaire. Par ailleurs, la SDPJ enregistre 6 628 infractions sur les trois départements de la petite couronne. Ainsi, 38,8 % sont imputables aux services de police judiciaire des Hauts-de-Seine.

Plus de 90 % des crimes et délits sont constatés par les services de la sécurité publique. La proportion est légèrement plus faible en matière d'ILS : 80 % des procédures sont établies par cette dernière.

Excepté en matière de trafic de stupéfiants, les agents de la sécurité publique enregistrent plus d'interpellations pour ILS que leurs homologues de la police judiciaire ou de la gendarmerie.

Les agents de la police judiciaire semblent se concentrer plus sur les affaires de trafic que les autres services de police puisque près de 50 % des ILS qu'ils recensent sont des cas de trafic. Ce constat, bien qu'établi sur de faibles effectifs, est conforme aux missions assignées à la police judiciaire.

La gendarmerie enregistre 5,31 % de l'ensemble des crimes et délits constatés dans les Hauts-de-Seine. En matière d'ILS, sa participation serait plus importante (12,77 % des ILS recensés dans le département). Ce constat va dans le sens des observations faites au niveau national (en 1996 et sur l'ensemble du territoire, la gendarmerie enregistre plus de 20 % de l'ensemble des ILS).

ii - Evolution de l'activité des différents services en matière d'usage de stupéfiants

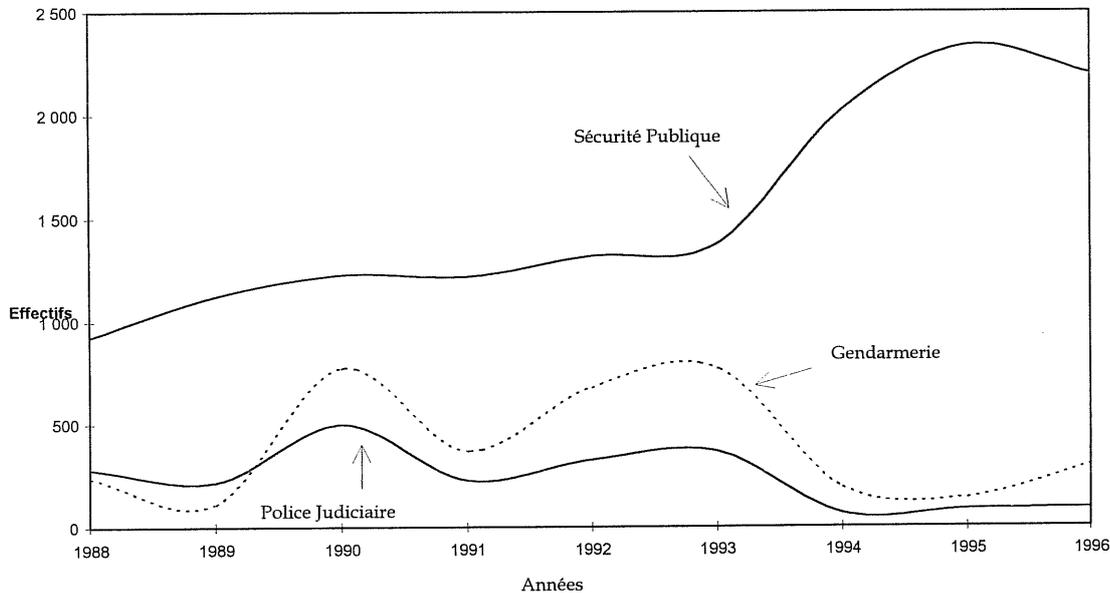
Comme pour l'année 1996, et à l'aide de calculs analogues, on peut obtenir l'évolution sur les dernières années du nombre des interpellations d'usagers en fonction du service de constatation (figure n° 4).

Nous nous sommes volontairement limités à la période 1988-1996 afin d'éviter les difficultés techniques qui interviennent avant 1988 et qui augmenteraient d'autant l'approximation des calculs⁴⁰⁰.

La configuration observée en 1996 se dessine à partir de 1994. Bien que la sécurité publique constate toujours l'essentiel des interpellations pour usage de stupéfiants, la participation des autres services est plus importante avant 1994.

De 1988 à 1993, 62 % des procédures d'usage sont établies par la sécurité publique, 22 % par la gendarmerie et 16 % par la police judiciaire. La participation de la gendarmerie est particulièrement importante entre 1990 et 1993 : alors qu'elle constate tout juste 100 infractions d'usage en 1989, elle en comptabilise plus de 760 en 1990 et en 1993.

400 Changement de nomenclature en 1988 et prise en compte de l'activité de l'ensemble des services de police et de gendarmerie en 1986.

Figure II-4 : Interpellations d'usagers suivant le service de constatation

Source : police judiciaire
Ensemble des mis en cause pour usage simple

En 1994, la rupture apparaît très nettement sur le graphique : l'ensemble des interpellations d'usagers diminue légèrement entre 1993 et 1994 mais parallèlement, la sécurité publique recense près de 50 % de cas d'usagers en plus alors que les services de gendarmerie et de police judiciaire comptabilisent respectivement 75 et 82 % d'usagers en moins entre 1993 et 1994.

Le rapport d'activité de la police judiciaire des Hauts-de-Seine relève cette baisse qui s'explique en partie par l'abandon total du traitement des gardés à vue d'infractions à la législation sur les stupéfiants interpellés par la sécurité publique, phénomène qui est intervenu en mars 1994.

De plus, en 1995, la sécurité publique se trouve dotée d'un service spécialisé de lutte contre le trafic et l'usage de stupéfiants : la brigade des stupéfiants de la Sûreté Départementale. Celle-ci est alors en charge de l'essentiel des affaires de stupéfiants sur le département, tant que celles-ci restent dans le cadre de la petite et moyenne délinquance. Au-delà, notamment en ce qui concerne les trafics organisés, les affaires de stupéfiants relèvent non plus de la sécurité publique mais des services de police judiciaire.

Cette réorganisation des activités a certainement dû avoir aussi un impact sur l'action des services de gendarmerie en matière de lutte anti-stupéfiants à moins que cette

tendance s'inscrive dans un mouvement de retrait général de la gendarmerie dans les Hauts-de-Seine : en 1995 et en 1996, la gendarmerie recense près de 30 % de crimes et délits en moins par rapport à l'année précédente (alors que la baisse enregistrée pour l'ensemble des services est de 5 et 4 %).

A partir de ces premiers résultats, on peut d'ores et déjà dire que l'activité de répression de l'usage de stupéfiants dans les Hauts-de-Seine est principalement du ressort de la sécurité publique. Ce constat s'inscrit dans la mission initiale générale de la sécurité publique : la lutte contre la petite et moyenne délinquance ainsi que dans les nouvelles attributions de ses services.

(d) Répartition des usagers en fonction des drogues utilisées

Les statistiques de l'OCRTIS fournissent la répartition des personnes interpellées pour usage de stupéfiants en fonction du produit consommé.

Lorsque nous aurons pu consulter l'ensemble des bilans annuels de l'OCRTIS, nous serons en mesure de reconstituer une série plus longue et ainsi, d'étudier l'évolution de la répartition des usagers selon les stupéfiants dans le département des Hauts-de-Seine.

Tableau II-4 : Répartition des usagers selon le produit consommé, Hauts-de-Seine, 1992-1996

Produit	1992		1993		1994	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Cannabis	942	50,11	1054	53,50	1095	55,44
Héroïne	899	47,82	863	43,81	793	40,15
Cocaïne	27	1,44	26	1,32	42	2,13
Autres drogues	12	0,64	27	1,37	45	2,28
Total usagers*	1880	100,00	1970	100,00	1975	100,00
Produit	1995		1996			
	Effectifs	%	Effectifs	%		
Cannabis	1424	62,48	1685	66,65		
Héroïne	763	33,48	751	29,71		
Cocaïne	42	1,84	52	2,06		
Autres drogues	50	2,19	40	1,58		
Total usagers*	2279	100,00	2528	100,00		

Source: OCRTIS

*Ensemble des mis en cause pour usage simple et usage-revente

Actuellement, nous ne disposons que des données depuis 1992. S'agissant des données de l'OCRTIS, la catégorie des « usagers » regroupe les usagers simples et les usagers revendeurs, sans qu'il soit possible de les distinguer.

En 1996, les deux tiers des interpellations pour usage et usage-revente concernent des usagers de cannabis. La valeur enregistrée au niveau national est plus importante puisque, en 1996, les usagers de cannabis représentent 76 % de l'ensemble des interpellations pour usage et usage-revente contre seulement 67 % pour ce département.

Cette proportion est en augmentation depuis 1992 alors que la part des usagers d'héroïne diminue fortement sur la même période. En valeur absolue, les interpellations d'usagers de cannabis augmentent de près de 80 % entre 1992 et 1996 alors que celles relatives aux usagers d'héroïne diminuent de 13 %.

Malgré cette baisse, les interpellations pour usage d'héroïne sont plus représentées dans le département qu'au niveau national (la part des usagers d'héroïne y est de 22 % en 1996) mais la tendance à la baisse est la même.

Notons, qu'en 1996, les Hauts-de-Seine avec 751 interpellations pour usage d'héroïne se situent en troisième place après le Nord (2 701) et Paris (1 247).

Comme au niveau national, les usagers de cocaïne ou d'autres produits stupéfiants sont faiblement représentés parmi l'ensemble des personnes interpellées pour usage simple ou usage-revente. Rappelons que parmi les usagers d'autres drogues, sont compabilisés les usagers de LSD, d'opium/morphine, de produits pharmaceutiques et autres psychotropes. Depuis 1990, sont également recensés dans cette catégorie les usagers d'ecstasy.

Concernant la consommation de cocaïne, les observations faites au niveau national s'appliquent ici également : les données policières traduisent mal l'importance relative du phénomène, notamment du fait que la consommation de cocaïne a lieu dans des endroits moins exposés à l'action des services répressifs que la consommation des autres stupéfiants.

(e) L'usage de stupéfiants dans les circonscriptions de sécurité publique

Au niveau des circonscriptions, nous disposons de deux sources statistiques : les statistiques diffusées à la Documentation Française et les statistiques de sécurité publique éditées dans la revue *L'information de la direction départementale de la sécurité publique des Hauts-de-Seine*.

A cet échelon géographique, nous n'avons donc qu'une mesure de l'activité des services de sécurité publique et non de l'ensemble des services répressifs du département.

Cependant, il semble que la sécurité publique soit beaucoup plus présente sur le département que les autres services de police et qu'elle couvre l'essentiel des affaires de stupéfiants dans les Hauts-de-Seine, et surtout l'usage. L'analyse de ces données reste donc pertinente.

Dans un premier temps, nous n'analyserons que les statistiques générales publiées à la Documentation Française. L'exploitation des données de la revue *l'information de la DDSP* ne sera complétée que lorsque nous aurons obtenu plus d'informations sur le mode de collecte de ces données auprès des services concernés.

Les agents de la direction départementale de la sécurité publique des Hauts-de-Seine interviennent dans 23 circonscriptions⁴⁰¹. Le tableau ci-dessous montre à quel point les données relatives à la criminalité sont disparates au sein du département.

Notons que du fait de sa très grande urbanisation, le département ne forme en fait qu'une seule grande agglomération si bien qu'il est difficile de déterminer les secteurs les plus touchés. Il est également impossible de faire la part de la délinquance des gens de la commune et de ceux des communes voisines ou même des gens ne résidant pas dans les environs.

Pour cela, l'exemple de la Défense est particulièrement parlant : c'est la circonscription qui compte le moins d'habitants alors que son taux de criminalité enregistrée est de loin le plus élevé. La commune connaît en fait un important mouvement de migration journalière.

En moyenne, en 1996, on enregistre 110 ILS par circonscription mais il existe une très forte disparité puisque 13 communes enregistrent moins de 100 et 3 communes comptabilisent plus de 200 ILS.

La plupart des communes qui recensent un fort nombre d'ILS, enregistrent aussi un fort taux de criminalité enregistrée (c'est le cas notamment de Gennevilliers qui se situe en 4^{ème} position en fonction du taux de criminalité et compte le plus grand nombre d'interpellations pour ILS).

⁴⁰¹ - La 23ème circonscription, celle de Bagneux a été créée en 1996. Les statistiques correspondantes ne seront disponibles qu'à partir de 1997. Jusqu'en 1996, l'activité du commissariat de Bagneux est comptée avec celle du commissariat de Montrouge.

Tableau II-5 : Données selon les circonscriptions de sécurité publique, 1996

Circonscriptions de sécurité publique	Total des crimes et délits	Population*	Taux de criminalité enregistrée***	ILS	Infraction d'usage de stupéfiants
Hauts-de-Seine	95 030	1 409 799**	67,41	2 412	2 197
Antony	4 701	76 270	61,64	86	77
Asnières	7 110	96 265	73,86	223	210
Boulogne-Billanc.	8 007	101 743	78,70	226	189
Clamart	2 914	68 516	42,53	26	23
Clichy	4 111	48 030	85,59	33	29
Colombes	7 084	78 513	90,23	195	175
Courbevoie	5 100	80 604	63,27	74	71
Gennevilliers	6 039	68 642	87,98	298	260
Issy-les-Moulineaux	2 560	46 127	55,50	48	42
La Défense	4 168	27 917	149,30	133	129
Levallois-Perret	4 479	47 548	94,20	33	33
Meudon	1 730	45 339	38,16	42	31
Montrouge	5 304	100 881	52,58	142	118
Nanterre	6 418	84 565	75,89	149	141
Neuilly-sur-Seine	3 894	61 768	63,04	92	90
Puteaux	1 836	21 378	85,88	19	18
Rueil-Malmaison	4 202	66 401	63,28	98	92
Saint-Cloud	3 290	56 266	58,47	73	69
Sceaux	4 312	70 571	61,10	112	107
Sèvres	2 519	51 390	49,02	95	86
Suresnes	2 292	35 998	63,67	98	97
Vanves	2 960	56 926	52,00	117	110

* Population sans double compte (Source INSEE - recensement 1990)
** Chiffre provisoire population au 1^{er} janvier 1996 (Source : INSEE)
*** Taux de criminalité enregistrée pour 1 000 habitants

Source : police judiciaire, 1996

Mais le classement des circonscriptions selon le nombre de crimes et délits recensés n'est pas toujours identique à celui selon le nombre d'ILS constatées : par exemple, Levallois-Perret est la commune qui enregistre pratiquement le plus de crimes et délits (taux de criminalité de 94,20 en 1996) alors qu'elle n'enregistre que 33 ILS en 1996.

Parmi les ILS recensés dans chaque commune, plus de 90 % sont des cas d'usage de stupéfiants. Comme pour l'ensemble du département, les interpellations d'usagers sont largement majoritaires dans l'ensemble des ILS.

II. L'activité de la juridiction

Laurence SIMMAT-DURAND

Au niveau local, les données disponibles sur l'activité de la juridiction sont d'une part les données publiées par le ministère de la Justice à l'échelon du département, et d'autre part, les données non publiées d'activité des services ou issues du bureau d'ordre pénal de la juridiction.

A/ Les données publiées

Au niveau d'un département, les seules données publiées par le ministère de la justice concernent d'une part le volume global des affaires orientées par le parquet et d'autre part les condamnations par infractions.

(a) Sur l'activité du parquet

La juridiction observée est le tribunal de grande instance de Nanterre, qui dépend de la cour d'appel de Versailles. *L'annuaire statistique* de la justice permet de connaître pour cette juridiction le volume total des procédures enregistrées par le parquet, leur taux de classement sans suite, le nombre et la part des abandons de poursuites quand l'auteur est connu (tableau n° 6).

Tableau II-6 : affaires orientées par le parquet de Nanterre, 1993-1996

Années	1993	1994	1995	1996
Volume de procédures	172 716	176 828	159 936	172 138
Taux de classement sans suite	82 %	92 %	99 %	88 %
(moyenne nationale)	(77 %)	(79 %)	(80 %)	(78 %)
classement auteur connu	19 275	35 573	43 830	20 937
part des alternatives aux poursuites	5,4 %	3,1 %	1,7 %	6,0 %
(moyenne nationale)	(5,7 %)	(6,4 %)	(7,2 %)	(10,0 %)

Source : Ministère de la Justice, Données locales, années successives

Les données permettent d'apprécier l'activité globale de la juridiction (toutes infractions confondues) sur quelques indicateurs.

Le nombre brut d'affaires enregistrées par le parquet : avec une moyenne de 175 000 affaires par an, le parquet de Nanterre enregistre environ 3 % du total des procédures transmises aux parquets français.

La part des classements sans suite dans cet ensemble d'affaires : celle-ci traduit en grande partie la part des procès-verbaux établis contre auteur inconnu, première cause de classement sans suite. La moyenne nationale est également indiquée. Elle permet de situer la part nettement supérieure des procédures classées sans suite à Nanterre, directement liée à la taille de la juridiction et aux contentieux et circonstances de la région parisienne.

Le nombre de classements sans suite alors que l'auteur est connu est un indicateur précieux de la mise en œuvre de l'opportunité des poursuites.

Enfin, comme sous-ensemble du précédent, la part des alternatives aux poursuites dans les abandons contre auteur connu. Les alternatives prises en considération dans les cadres du parquet sont : la médiation, le classement sous condition, l'injonction thérapeutique et la médiation-réparation pour les mineurs. Nous comparons également ce résultat à la moyenne nationale. Après un recul de 1993 à 1995, surtout imputable à la baisse des injonctions thérapeutiques, cet indicateur est remonté grâce au développement sensible de la médiation pénale, sans toutefois atteindre le niveau national.

Ces alternatives n'atteignent ainsi que 6 % du total des classements auteur connu, malgré leurs relances successives. La question de leur mise en œuvre, au delà des vœux pieux et de l'aspect médiatique de leur existence peut donc être posée. De manière plus pratique, on voit ici la limite évidente de ces statistiques globales sans distinction de contentieux. La part des contentieux susceptibles de recevoir une telle alternative aux poursuites est bien

évidemment déterminante dans l'évaluation du recours à une telle mesure. Les cadres du parquet actuels ne se prêtent donc guère à une analyse de ces pratiques.

(b) Les condamnations

A l'échelle du département, les tableaux disponibles sont très succincts : on ne dispose que de la nature simplifiée d'infraction. Les stupéfiants, toutes infractions confondues, en constituent néanmoins une rubrique. On peut ainsi voir l'évolution de ce contentieux dans la juridiction qui nous intéresse et le poids qu'il représente dans l'activité du tribunal correctionnel (tableau n° 6).

Tableau II-7 : Les condamnations par nature simplifiée d'infraction du département

Année	Ensemble des délits	dont stupéfiants	Part des stupéfiants en %
1984	13637	425	3,1
1985	14168	545	3,8
1986	15169	570	3,8
1987	9677	740	7,6
1988	Non disponible		
1989	9974	641	6,4
1990	11532	723	6,3
1991	11249	652	5,8
1992	11167	743	6,7
1993	10272	706	6,9
1994	9970	605	6,1

Source : Ministère de la Justice, les condamnations, volumes successifs

Les données sur les infractions à la législation sur les stupéfiants ne sont pas disponibles avant l'année 1984.

Avec environ 700 condamnations en matière de stupéfiants prononcées par an, ce qui représente environ 7 % de son activité, la juridiction a une activité légèrement supérieur à la moyenne nationale qui atteint 5 %.

B/ Les données de la juridiction

Les données nécessaires à la gestion des affaires sont saisies sur informatique sur la nouvelle chaîne pénale informatisée qui fonctionne en réseau sur les différents parquets de la région parisienne à partir du centre de traitement informatisé (CTI) de Versailles.

Bien que cette application informatique ait surtout une finalité de gestion, il est possible d'en extraire des statistiques, à condition de faire tourner l'application de nuit, pour des raisons d'allocation de mémoire. On dispose alors, pour une question donnée, de l'ensemble des affaires concernées dans la juridiction.

L'approvisionnement du parquet pour l'ensemble des faits d'infraction à la législation sur les stupéfiants n'est pas connu avec précision, en l'absence d'une exploitation de la chaîne pénale en l'état.

La plupart des affaires initiées par les services de police et de gendarmerie du département, telles que décrites dans la partie précédente, vont aboutir à la création d'une affaire judiciaire au bureau d'ordre pénal. Le parquet en réalise ensuite l'orientation. S'agissant d'un parquet de la région parisienne, fonctionnant sous la NCPI, les modalités de l'orientation sont très peu différentes de celles observées sur une juridiction proche (L. Simmat-Durand, 1994).

La chaîne pénale a été interrogée pour l'année 1995 que nous avons choisie pour l'ensemble de l'étude locale et sur l'infraction d'usage de stupéfiants (natinf : 180), pour les différentes orientations possibles des affaires par le parquet.

(a) Les classements sans suite

En matière d'usage de stupéfiants, le classement sans suite de l'affaire peut être réalisé selon différentes modalités :

- la procédure établie par les services est transmise au parquet, qui classe l'affaire ;
- dans le cadre du traitement direct, l'officier de police judiciaire sur ordre du parquet, effectue une mise en garde ou prononce un avertissement à l'encontre de l'usager, avant de transmettre la procédure au parquet, qui classe sans suite ;
- le parquet peut également prononcer un classement sous condition : il classera l'affaire si l'usager apporte la preuve qu'il s'est présenté dans une structure, ou qu'il a consulté un

médecin, etc... Cette manière de faire utilise les textes généraux sur le classement sous condition, non spécifique à cette infraction, c'est la procédure de droit commun ;

- dans le cadre de la loi de 1970, le parquet prononce une injonction thérapeutique, et classe en cas de résultat positif de celle-ci.

Pour l'infraction « usage de stupéfiants », les données extraites de la chaîne pénale font état de 1 108 classements sans suite pour l'année 1995. Pour les autres infractions à la législation sur les stupéfiants sur la même période apparaissent 87 classements sans suite.

D'après ces chiffres, les classements sans suite après injonction thérapeutique (au nombre de 190) représenteraient environ 17 % des abandons de poursuites. Les injonctions thérapeutiques seront étudiées en détail dans la recherche monographique (chapitre 3) mais nous pouvons déjà expliquer ce résultat par la différence de traitement existant selon le produit illicite consommé. En effet, nous l'avons déjà souligné à partir des différentes statistiques policières étudiées, les interpellations concernent massivement des usagers de cannabis alors que dans cette juridiction, seuls les usagers d'héroïne sont susceptibles d'être orientés vers une injonction thérapeutique.

Une autre approche méthodologique consiste à partir des registres de la police à interroger la chaîne pénale pour connaître l'orientation des procès-verbaux. Cette phase est actuellement en cours⁴⁰² et consiste à utiliser les relevés quotidiens de la sécurité publique du département. Nous disposons de ces données (non publiées) sur quatre années mais deux seulement sont à peu près complètes. En tout, le fichier constitué porte actuellement sur environ 4 000 interpellations faites par les services. Pour mesurer les orientations judiciaires à partir de ces relevés, il faut interroger la chaîne pénale informatisée.

Compte tenu de la lourdeur de cette opération, il n'était pas envisageable de faire la recherche sur la totalité des interpellations. Un échantillon correspondant à un mois a donc été exploité, soit environ 249 personnes interpellées par les services départementaux en novembre 1995. Cette opération est encore en cours, cet échantillon devant être étendu à au moins un mois supplémentaire. Les recherches ont pour l'instant été effectuées sur le seul parquet de Nanterre et il est envisagé de les étendre aux autres parquets reliés par la chaîne pénale de la région parisienne. En l'état, le résultat est assez pauvre, puisque 53 % des interpellés ont été retrouvés au niveau du parquet, mais il n'est pas surprenant compte tenu des acquis des recherches précédentes (L. Simmat-Durand, 1989 ; B. Aubusson de Cavarlay *et al.*, 1995).

Au niveau du parquet nous disposons d'affaires pénales, qui peuvent comporter chacune plusieurs procès-verbaux quoique le cas soit rare pour l'usage simple de stupéfiants. De plus, l'origine de ces affaires peut être un service de police situé en dehors du département.

A partir des données policières, seuls les services du département sont concernés et certaines affaires ne sont pas dirigées vers le parquet : soit parce qu'il n'est pas compétent (domicile hors département), soit parce que les services de police choisissent d'inscrire les

⁴⁰² - Hélène Martineau, DEA en cours.

faits en main courante, donc procèdent à ce qui est appelé un classement officieux, bien que le terme soit impropre (seul le parquet a légalement la possibilité de classer une affaire).

Les relevés quotidiens ne comportent pas de qualification mais uniquement (éventuellement) la quantité de produit détenue. Le tri *a priori* des affaires d'usage n'était donc pas possible.

En l'état, sur les 133 « fiches » retrouvées, les orientations observées sont les suivantes : 62,4 % de classements sans suite, 4,5 % de dessaisissements sur un autre parquet et 33,1 % de poursuites, toutes ILS confondues. La répartition selon l'infraction est la suivante : 75,2 % d'usage seul, 9,7 % d'usage associé à une autre infraction et 15,1 % d'autres ILS.

Le produit étant un critère fondamental d'orientation des affaires, il faut noter que pour 59 % des interpellations de l'échantillon et 61 % des affaires retrouvées au parquet, le produit utilisé est le cannabis, suivi par l'héroïne et la cocaïne pour respectivement 20 et 19 %. Or, ce parquet, en cohérence avec la plupart des circulaires diffusées par le ministère de la Justice, classe sans suite toutes les affaires d'usage de cannabis, sauf cas particulier, et oriente sur une injonction thérapeutique tous les usagers d'héroïne ou d'autres produits.

Pour l'usage simple, 94 % des interpellés ont bénéficié d'un classement sans suite. Par rapprochement avec les injonctions thérapeutiques de 1996, 10 % d'entre eux ont été orientés sur une injonction thérapeutique, dont un tiers sera finalement poursuivi.

En définitive, quasiment toutes les affaires d'usage simple, font l'objet d'un classement sans suite, sauf pour l'héroïne où les usagers sont poursuivis en cas de non-respect de l'injonction thérapeutique (voir deuxième chapitre).

(b) Les injonctions thérapeutiques

L'évolution du nombre d'injonctions thérapeutiques prononcées par cette juridiction est fournie par le tableau n° 7. Les données reprises dans les annuaires judiciaires sont celles concernant les seuls majeurs. Les rapports d'activité DDASS du service font également état d'une activité d'accueil vis-à-vis d'usagers mineurs, désignée localement comme injonction thérapeutique mineurs, nous y reviendrons.

On observe un très net mouvement de recul du nombre d'injonctions prononcées par le parquet pour 1995 et 1996, qui s'est encore accentué pour 1997. L'origine en serait la réorganisation du parquet durant l'année 1996 et le départ de personnes motivées par cette mesure (entretiens au parquet).

Depuis l'année 1995, le logiciel de traitement des injonctions thérapeutiques, diffusé par la Chancellerie a été mis en place dans le service : il permet la gestion et le suivi des mesures

prononcées par le parquet. Sont exclues de cette gestion informatisée, les données concernant les mineurs, qui sont traitées par le secrétariat de la section des mineurs.

Pour cette même année 1995, nous avons remarqué que le nombre d'injonctions obtenues avec le fichier de la juridiction (333) ne correspond pas au chiffre publié dans les « *Données Locales* » qui indiquent 304 injonctions. Par confrontation des données collectées sur place, nous pouvons expliquer cette différence par un changement d'unité de compte. Le parquet de Nanterre a bien prononcé 333 injonctions thérapeutiques, mais qui concernaient 304 personnes différentes, du fait des personnes orientées deux ou plusieurs fois sur une injonction thérapeutique. Cette façon de comptabiliser introduit donc une rupture dans la série des données publiées par le ministère.

Tableau II-8 : Injonctions thérapeutiques - parquet du TGI 1990-1997

Années	Injonctions prononcées par le parquet* (mineurs uniquement)	Personnes reçues par la DDASS**	
		Majeurs	Mineurs
1990		171	38
1991		193	
1992		215	
1993	376	227	58
1994	377	254	54
1995	333	181	45
1996	279		
1997 (1er semestre)	114		

* Ministère de la Justice, données locales
** DDASS 92, rapports d'activité annuels

Source : Rapports DDASS - Service des injonctions thérapeutiques

C/ La mise à l'instruction

La mise à l'instruction des usagers de stupéfiants est rarissime. Il s'agit en fait d'affaires de trafic ou de détention, acquisition ou offre, dans lesquelles certains usagers seront interpellés en même temps que les auteurs des autres infractions : ce sont donc des affaires complexes, comportant plusieurs mis en cause.

Pour l'année 1995, seules douze affaires ont été identifiées comme comportant des poursuites du chef d'usage de stupéfiants. La probabilité pour un simple usager d'être

poursuivi et condamné est dans ce cas de figure beaucoup plus importante que lors d'une affaire d'usage seul. Le fichier des sursis avec mise à l'épreuve nous montrera que ce cas de figure perd de sa rareté lorsque l'on se place du point de vue des condamnations.

Il est à noter que pour l'usage simple, la possibilité de recourir aux procédures de comparution immédiate n'est pas ouverte au magistrat, du fait que la peine maximale encourue est d'un an d'emprisonnement. Lors des tentatives de modification législative de 1986-1987, la possibilité d'aggraver la peine pour l'usage simple, en la portant à deux ans, avait été évoquée, justement pour permettre au parquet de choisir la procédure de comparution immédiate (J. Bernat de Celis, 1996) ; cette modification n'a finalement pas été retenue.

Au total, pour l'année 1995, en matière d'usage de stupéfiants, nous distinguons : 333 injonctions thérapeutiques, 1 108 classements sans suite, y compris ceux après injonction, soit 190 affaires, et 12 instructions. 119 injonctions thérapeutiques aboutiront à un renvoi devant le tribunal correctionnel, majoritairement dans le cas où les personnes ne se sont pas présentées (voir deuxième chapitre). Rappelons que nous n'avons pas pris en compte ici les affaires concernant des mineurs ; nous n'avons pas d'estimation du nombre des renvois devant le juge des enfants. Le service des injonctions thérapeutiques indique quant à lui avoir pris en charge 45 mineurs pour cette même année.

D/ L'association de contrôle judiciaire

Le contrôle judiciaire socio-éducatif est confié dans le département à une association Loi 1901 qui fonctionne à l'intérieur même des locaux du tribunal de grande instance, depuis l'année 1978. Les contrôleurs, après avoir été des travailleurs indépendants, ont été salariés à partir de l'année 1987, sauf certains d'entre eux qui sont bénévoles. Le président de l'association était traditionnellement le président du tribunal de grande instance, mais il s'agit à l'heure actuelle d'un des magistrats de la juridiction (un juge d'instruction). Il comporte un directeur qui remplit surtout des tâches administratives, une secrétaire, et des contrôleurs judiciaires.

La gestion du service est aujourd'hui informatisée, le logiciel étant diffusé par le CLCJ (comité de liaison des contrôles judiciaires).

En matière d'infraction à la législation sur les stupéfiants, les mises sous contrôle judiciaire émanent des juges d'instruction quasi-exclusivement. Jusqu'à la fin des années 1980, une part importante des ordonnances de placement sous contrôle judiciaire émanait du parquet dans le cadre des procédures de convocation par procès-verbal : le contrôle judiciaire était alors exercé sur une durée inférieure à trois mois, courant entre l'interpellation et la date d'audience. Cette procédure a disparu sans doute du fait de la création du service des injonctions thérapeutiques, qui permet le suivi sur cette même période en évitant les poursuites.

Les obligations de soins sous contrôle judiciaire concernent des personnes interpellées pour infraction à la législation sur les stupéfiants ou pour toute autre infraction. En 1995, la moitié des personnes suivies et considérées comme toxicomanes le sont dans une affaire autre qu'une ILS.

E/ le comité de probation et d'aide aux libérés

Le CPAL de Nanterre comporte un directeur de probation, quatre juges de l'application des peines et une vingtaine de Conseillers d'insertion et de probation (CIP).

Compte tenu de la durée des mesures de sursis avec mise à l'épreuve, 18, 24 ou 36 mois, le service gère à la fois le flux de l'année et un stock des années antérieures. Pour permettre la comparaison en termes de cohortes avec les injonctions thérapeutiques, nous nous sommes intéressés au flux de 1995 pour l'enquête empirique.

Le flux de 1996 comporte 1723 sursis avec mise à l'épreuve, dont 272 concernent des ILS, soit près de 16 %. Toutes les infractions à la législation sur les stupéfiants sont représentées : 153 pour usage, 63 pour détention et acquisition, 41 pour trafic et 15 ILS autres.

Mais les obligations de soins visant les toxicomanes peuvent également être prononcées dans le cadre d'une affaire portant sur une autre infraction, en l'occurrence majoritairement des vols. Les vols représentent 30 % de l'activité du service, mais il n'est pas possible de différencier ceux commis par des toxicomanes autrement qu'en dépouillant les dossiers de probation.

Si l'on s'intéresse à l'ensemble des obligations de soins pour l'année 1996, 662 ont été prononcées, toutes infractions confondues, soit environ 39 % du flux d'une année. Donc quatre probationnaires sur dix sont soumis à une obligation de soins, quel qu'en soit le domaine, alcool, toxicomanie, délinquance sexuelle.

A ces obligations dans le cadre d'un jugement, s'ajoutent celles prononcées par le juge de l'application des peines à l'occasion d'une libération conditionnelle. Ce flux ne peut être identifié à partir des saisies informatiques du service. On connaît uniquement le flux total des libérations conditionnelles, 91 pour l'année 1996. Seule la vérification de tous les dossiers permettrait de connaître le nombre d'obligations de soins à des toxicomanes prononcées dans ce cadre.

III. Les données sanitaires

Laurence SIMMAT-DURAND

La population de la région Ile-de-France reste la plus largement touchée par l'usage de stupéfiants, comme l'ont montré les indicateurs judiciaires. Les données sanitaires montrent cette même particularité. Alors que l'Ile-de-France rassemble près de 19 % de la population française au recensement de 1990 et 20,2 % de la population âgée de 15 à 45 ans, elle concentre 32 % des toxicomanes accueillis sur l'année 1993, 51 % des décès par surdose et 35 % des personnes atteintes du sida contaminées par injection intraveineuse de drogue (ORS-IDF, 1995).

Les analyses disponibles au niveau du département sont rarement publiées. Seules quelques études de l'ORS Ile-de-France portent sur les Hauts-de-Seine (Pellerin, 1991), les autres sur la région (ORS Ile-de-France, 1995). Les publications annuelles sur l'enquête du SESI donnent quelques variables à l'échelon régional. Au niveau de la DDASS, des médecins ont pu collecter les données de l'enquête du SESI et les exploiter à l'échelon du département, mais les études trouvées sont pour la plupart anciennes (Poutrin, 1986 ; Poutrin et Cusenza, 1989). Les publications disponibles permettent rarement une sérialisation des données, les tableaux publiés portant sur des variables choisies par chaque auteur selon ses propres critères et finalités.

A/ Les statistiques sanitaires disponibles

Au niveau national, seules les statistiques directement en relation avec les obligations de soins ont été abordées, afin de ne pas alourdir l'analyse. A défaut de données régulièrement publiées sur le département, quelques indicateurs majeurs seront présentés qui portent sur la région Ile-de-France, afin d'en préciser la spécificité par rapport aux données nationales.

Au niveau local, une étude plus fine peut être proposée car l'enquête que nous avons menée au niveau d'un département nécessite quelques données de cadrage, que nous limiterons cependant aux seules données utiles pour notre propos.

(a) Les toxicomanes accueillis dans les établissements de l'Ile-de-France

La région Ile-de-France reste la plus touchée par la toxicomanie si l'on se réfère aux effectifs de toxicomanes accueillis, mais c'est également la mieux équipée. Les enquêtes annuelles du SESI permettent d'estimer les effectifs annuels de toxicomanes accueillis, que nous pouvons comparer aux effectifs nationaux afin de déterminer la part de la région. Afin de ne pas multiplier les tableaux, la part de l'héroïne dans chacune des entités régionales est également indiquée (Tableau n° 8).

Tableau II-9 : Nombre et part des toxicomanes accueillis selon la région et part des héroïnomanes -Recours du mois de novembre

Année	France entière			Région Ile-de-France			
	Effectifs	Taux*	héroïne	Effectifs	% France	Taux*	héroïne
1987	8804			2975	33,8		
1989	10604	19	53	3642	34,3	34	63
1990	12638	22	54	4017	31,8	38	62
1991	14520	25	52	4105	28,3	38	64
1992	16180	28	55	4364	27,0	41	64
1993	17087	29	56	4759	27,9	44	65
1994	20393	31	55	5249	26,6	45	59
1995	22903		47				

* taux pour 100 000 habitants

Source : SESI- Documents statistiques- volumes successifs,
sauf 1987 (ORS IDF, 1995) et 1995 : Antoine et Viguiier (1996)

Le nombre de toxicomanes accueillis augmente régulièrement sur la période, comme le taux pour 100 000 habitants qui passe de 19 à 31 de 1989 à 1994 pour la France entière et de 34 à 45 pour la région Ile-de-France. La part de l'héroïne reste relativement stable pour chaque entité régionale, mais toujours supérieure en région parisienne. Son repli à partir de 1994 est, nous allons le voir, à imputer aux traitements de substitution.

Nous avons vu au niveau national que l'enquête du SESI fournit par la variable « motif d'admission », une estimation de la part des toxicomanes accueillis qui ont été dirigés sur les structures par les services d'injonction thérapeutique ou du fait d'une obligation de soins. Cette enquête fournit par ailleurs des indicateurs sur la fréquentation des établissements et sur les caractéristiques des toxicomanes accueillis.

Cette enquête porte sur le quatrième trimestre de l'année jusqu'en 1988, sur le seul mois de novembre depuis. Son exploitation au niveau local ne fait pas l'objet de publications systématiques mais d'études, soit des services sociaux, soit des observatoires régionaux de santé.

Tableau II-10 : Toxicomanes accueillis dans les établissements, France entière et département des Hauts-de-Seine

Année	Hauts de Seine		
	Nombre	% IDF	% France
1983	857		6,2
1984	1 215		6,8
1985	1 029		4,9
1987	410		4,7
1988	395		4,0
1989			
1990			
1991	504	12,2	3,5
1992	504	11,5	3,1
1993	631	13,2	3,3
1994	678	12,9	3,3
1995	908		
L'enquête porte sur un trimestre jusqu'en 1985, sur un mois à partir de 1987			

Sources : Poutrin (1986), Poutrin et Cusenza (1989) et SESI⁴⁰³

Jusqu'en 1985, la toxicomanie et l'offre de soins sont concentrées en région parisienne, ce que traduit la part notable du département dans les toxicomanes accueillis. La concentration tend à diminuer ensuite, surtout autour des années 1990, les différents plans gouvernementaux tendant à diversifier l'offre, y compris d'un point de vue géographique.

Le nombre d'établissements concernés est un autre indicateur de cette tendance : depuis 1987 (date à partir de laquelle l'enquête se limite au seul mois de novembre) il passe de 728 à 1 309 en 1995 au niveau national, soit quasiment le double.

Si l'on s'intéresse aux seuls toxicomanes accueillis dans les établissements suite à une demande judiciaire (injonction thérapeutique et/ou obligation de soins), on obtient le tableau n° 11. L'intitulé de l'origine est détaillé, car il a varié sur la période : certaines années, l'intitulé ne vise que les injonctions thérapeutiques, pour d'autres il vise les injonctions et les autres obligations de soins.

⁴⁰³Mme Delphine Antoine (SESI) nous a aimablement communiqué les données de l'enquête de novembre sur le département des Hauts-de-Seine de 1991 à 1996. Nous l'en remercions vivement.

Tableau II-11 : Part des toxicomanes accueillis dans les structures sanitaires des Hauts-de-Seine sur demande judiciaire

Années	Motif d'admission	département % des réponses	moyenne nationale en %
1985	Demande de soins injonction	9,2	10,8
1987	Demande de soins injonction	10,8	6,0
1988	Demande de soins injonction	7,8	7,0
1989	Instance judiciaire (injonction)		6,8
1990	idem		5,0
1991	idem	7,5	5,8
1992	idem	13,3	5,8
1993	instances judiciaires		10,1
1994	mesure judiciaire	8,6	10,9
1995	idem	9,5	11,0

Sources : Poutrin (1986), Poutrin et Cusenza (1989), SESI

La part des toxicomanes accueillis sur demande judiciaire est beaucoup plus mouvante au niveau départemental, du fait des faibles effectifs en cause. En effet, au niveau local, la variation dans le nombre d'établissements répondant à l'enquête entraîne de plus forts mouvements. Une autre approche de cette origine judiciaire sera tentée, à partir des rapports d'activité des établissements implantés sur le département.

L'évolution du nombre des toxicomanes accueillis peut également être mesurée en fonction du type d'établissement concerné, la diversification de l'offre que nous avons soulignée s'accompagnant d'une redistribution des établissements participant à l'accueil. L'enquête du 4ème trimestre a été arrêtée au niveau national en 1987 mais a été collectée sur le département encore pour l'année 1988. Nous ne disposons pas du même détail pour toutes les années considérées selon la source utilisée (tableau n° 12).

Tableau II-12 : Effectifs de toxicomanes accueillis dans les Hauts-de-Seine

Type d'établissements	1982	1983	1984	1985	1987	1988
Hôpitaux A.P.				277	328	368
Hôpitaux + CHS	102	149	347	99	145	162
Hôpital militaire				29	47	24
CMP adultes	103	167	231	143	98	83
CMP enfants	0	3	0	3	0	0
Cliniques				24	18	14
CMPP				2	5	8
Centres d'hébergement				38	8	11
Clubs de prévention				44	13	15
Associations spécialisées	291	440	528	370	568	467
Total	592	857	1215	1029	1230	1152

Sources : Poutrin (1986), Poutrin et Cusenza (1989)

Pour rendre plus lisible ces données, bien que l'évolution soit assez claire, on peut répartir les toxicomanes accueillis chaque année, selon les principales structures (tableau n° 12).

Tableau II-13 : Répartition des toxicomanes accueillis dans les principaux types d'établissements des Hauts-de-Seine (en % par année)

Années	Hôpitaux	Associations spécialisées	CMP adultes et enfants	Autres établissements	Total
1982	17,2	49,2	17,4	16,2	100,0
1983	17,4	51,3	19,8	11,5	100,0
1984	28,6	43,4	19,0	9,0	100,0
1985	39,7	36,0	14,2	10,1	100,0
1987	42,3	46,2	8,0	3,5	100,0
1988	46,8	41,1	7,0	5,1	100,0

Sources : d'après Poutrin (1986), Poutrin et Cusenza (1989)

L'évolution la plus marquante sur les premières années 1982-1988 est la diminution progressive de la part des intersecteurs psychiatriques adultes ou enfants (CMP) et des autres établissements au profit des hôpitaux. La part des associations spécialisées est

relativement stable, les variations entre années étant liées à des fermetures et ouvertures d'établissements.

Tableau II-14 : répartition des toxicomanes suivis en novembre selon la catégorie d'établissement, comparaison France et Hauts-de-Seine

Année	France entière			Hauts-de-Seine		
	centres spécialisés	hôpitaux	centres sociaux	centres spécialisés	hôpitaux	centres sociaux
1991	42,9	34,8	22,3	70,0	18,7	11,3
1992	41,5	35,4	23,1	76,0	8,1	15,9
1993	41,7	35,5	22,8	65,5	30,7	3,8
1994	45,5	32,5	22,0	77,0	15,2	7,8
1995	48,5	30,7	20,8	65,5	20,9	13,7

Source : calculé à partir de SESI- Documents statistiques, années successives

A un niveau aussi fin, les variations sont très importantes d'une année à l'autre, sans doute en fonction du nombre d'établissements ayant répondu à l'enquête. Si tous les centres spécialisés répondent chaque année, le nombre d'hôpitaux varie du simple au double voire plus d'une année à l'autre. Ainsi pour l'année 1993, 16 établissements hospitaliers ont répondu contre 6 seulement en 1992. C'est l'une des difficultés principales d'exploitation de cette enquête, y compris au niveau national, même si à cette échelle les variations sont de plus faible ampleur.

La part des centres spécialisés est néanmoins remarquable, et est sans doute liée à la « richesse » du département en la matière et à la surreprésentation de l'héroïne, qui entraîne une demande spécialisée, au détriment des centres sociaux.

(b) Les données de l'assistance publique

Contrairement à celle du SESI, l'enquête AP-HP était jusqu'en 1992 permanente et concernait tous les recours aux soins sur l'année. A partir de 1993, cette enquête s'est superposée à celle du SESI et est donc réalisée sur le mois de novembre uniquement (ORS-IDF, 1994). Cette enquête est précieuse car elle est la seule à comptabiliser les recours aux services des urgences, ce que montre le tableau n° 15.

Tableau II-15 : Fréquentation des hôpitaux de l'assistance publique, Hauts-de-Seine

Année	Urgences	Services	Total
1984	600	347	947
1985	644	471	1115
1986	644	431	1075
1987	587	461	1048
1988	851	542	1393
1989	866	498	1364

Source : ORS-IDF, 1991

L'augmentation de l'activité des hôpitaux de l'assistance publique semble liée à l'apparition du sida. La part des urgences marquerait quant à elle une possible modification du comportement des toxicomanes (ORS, 1991).

(c) Les caractéristiques des toxicomanes accueillis

Deux caractéristiques principales des toxicomanes accueillis disponibles dans cette enquête nous intéressent : la répartition par âge et le produit utilisé.

L'âge moyen des toxicomanes accueillis est généralement disponible par unité géographique (tableau n° 16), mais aussi par type d'établissement. Les variations selon ce dernier critère sont tellement importantes, qu'elles définissent des populations distinctes et l'âge moyen établi par le SESI est dorénavant publié par type d'établissement et non plus en moyenne nationale.

Le vieillissement observé au niveau national est également présent dans ce département, surtout au niveau des centres spécialisés, plus représentés à cet échelon géographique.

De 1983 à 1995, l'âge moyen a augmenté de sept ans. Ce phénomène fait l'objet de nombreux commentaires, nous avons cité l'analyse faite par l'OFDT (1996) dans la partie sur les statistiques policières au niveau national.

Tableau II-16 : Age moyen des toxicomanes accueillis selon la zone géographique

Années	Age moyen		
	France	Ile-de-France	Hauts-de-Seine
1983			23,4
1984			23,4
1985			23,7
1987		25,8	24,7
1988		26,2	26,3
1989		26,6	
1991	28,6	27,9	27,7*
1992	27,4		28,1
1993	29,4	28,7	29,0*
1994	31,0*		31,3*
1995	31,3*		31,4*

Sources : Poutrin (1986), Poutrin et Cusenza (1989), SESI ; * : centres spécialisés uniquement

L'étude au niveau national et local des interpellations policières nous a permis de constater que celles-ci portent majoritairement sur du cannabis. Ce n'est pas le cas au niveau sanitaire : les toxicomanes accueillis consomment principalement de l'héroïne, comme le montre le tableau n° 17.

La part de l'héroïne a néanmoins tendance à baisser au fil des années, au profit notamment de produits comme le cannabis et dans les années récentes du fait de l'utilisation des produits de substitution. Or, les usagers de cannabis sont rarement considérés comme dépendants par les acteurs du champ sanitaire, sauf lorsqu'ils consomment en association des médicaments ou de l'alcool. Le croisement de cette variable avec l'origine de la demande de soins aurait été intéressante pour savoir si les injonctions thérapeutiques ont ou non eu une influence sur cette évolution.

En effet, l'un des effets notés comme pernicieux de l'injonction thérapeutique, serait de renvoyer sur les établissements sanitaires des usagers de cannabis qui ne constituent pas la clientèle habituelle de ces structures. Les données publiées ne nous permettent malheureusement pas de répondre à cette question.

Tableau II-17 : Répartition des toxicomanes selon la substance principale (Hauts-de-Seine ou Ile-de-France)

Substance principale ⁽¹⁾	1985	1987	1988	1991	1992	1993	1994	1995
Héroïne	82,5	77,8	69,9	71,1	71,2	70,3	60,8	60,2
Autres opiacés	0,9	2,4	2,3	0,7	0,4	1,5	4,7	1,7
Cocaïne	1,6	2,7	1,7	1,1	1,4	3,4	2,2	1,9
Cannabis et dérivés	4,5	9,3	9,6	10,0	14,9	8,3	7,0	11,1
LSD	0,5	0,8	0,6			0,1	0,5	
Produits divers	1,9	1,5	0,8	0,6	0,2			
Barbituriques et hypnotiques	1,1	1,2	2,2	2,2	2,6			
Dérivés codéine				7,4	4,2	6,5	4,5	3,6
Temgésic, méthadone				1,1	1,2	1,3	14,9	14,4
Tranquillisants, stimulants	2,0	1,9	6,9	2,8	2,5			
Alcool	2,4	1,6	1,6	2,2	1,2	0,1	1,9	0,8
Autres	2,6	0,7	4,2	0,8	0,2	8,5	3,5	6,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources : Poutrin (1986), Poutrin et Cusenza (1989), ORS-IDF (1991, 1995 et 1996)

Enfin, dernier aspect important de cette répartition par produit pour notre propos, la part de l'héroïne, comme produit principal utilisé par les toxicomanes accueillis recensés dans l'enquête de novembre, est très variable selon le type d'établissement.

Tableau II-18 : Répartition des toxicomanes utilisant l'héroïne en produit principal selon le type d'établissement et l'année (en %)

Années	Centres spécialisés	Hôpitaux	Etablissements sociaux
1991	87,5	7,3	5,2
1992	88,0	6,4	5,6
1993	75,8	21,9	2,3
1994	85,6	9,3	5,2
1995	82,5	6,3	4,2

Source : SESI

Les héroïnomanes sont surtout suivis par les centres spécialisés du département, d'où leur très forte représentation au niveau global puisque l'enquête n'est exhaustive et régulière que pour ces établissements.

(d) Le financement de l'Etat et du département

Le chapitre 47-15 article 10 du budget de l'Etat concerne le financement des structures et établissements de prévention et de traitement des toxicomanies⁴⁰⁴.

L'enveloppe départementale consacrée au financement des structures spécialisées est publiée chaque année. Nous l'avons relevée pour ce qui concerne les Hauts-de-Seine afin d'en voir l'évolution.

⁴⁰⁴ - Loi du 31 décembre 1970, article 3, modifié par la loi n° 83-663 du 23 juillet 1983.

Tableau II-19 : Financement des structures spécialisées - Enveloppe départementale

Année	ligne budgétaire	budget de l'Etat milliers de francs
1986	47-15,10	10 258
1987	47-15,10	11 917
1990	47-15,12	15 807
1991	47-15,12	16 430
1992	47-15,12,10	18 877
1993	47-15,12	21 760
1994	47-15,12	23 191
1995	47-15,40	26 488
1996	47-15,40	28 557

Source : Relevés des dépenses des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, par département, BO ministère de la Santé, successifs

Outre de financement des structures spécialisées, à la charge de l'Etat, des actions de lutte contre la drogue et de prévention sont financées conjointement avec le département.

Les dépenses du département sont supérieures à celles de l'Etat en matière de lutte contre la drogue pour 1991 pour une action de réorganisation simultanée de la répression policière, de la prévention, de la formation et des loisirs des jeunes⁴⁰⁵.

La part de financement directement destinée à la lutte contre la toxicomanie n'est pas toujours aisée à déterminer, des contrats plus récents entre l'Etat et le département ayant été signés pour des programmes SIDA-toxicomanie, comme le plan triennal Solidarité Sida⁴⁰⁶, signé en 1994. L'engagement de 18,2 millions de francs est financé à 41 % par l'Etat, le Département débloquant 10,7 millions de francs, dont 7 millions consacrés à la prévention avec la campagne « Giga la Vie ».

Le financement spécifique des mesures d'injonction thérapeutique dans les Hauts-de-Seine atteint quant à lui 1 478 000 F pour l'année 1995, soit 14 % environ du budget national (DGLDT, 1997, p. 34). Ce budget était de 1 305 643 F en 1990 (Facy, 1991).

Au niveau national, le coût moyen d'une injonction thérapeutique diminue ces dernières années par une meilleure rationalisation des choix budgétaires. Il est ainsi passé de 2

⁴⁰⁵ - L'Etat et les Hauts-de-Seine engagent plus de 4 millions de francs dans la lutte contre la drogue, in *Le quotidien du maire*, 24/30-10-1990

⁴⁰⁶ - Philippe ROY, SIDA-Toxicomanie : les Hauts-de-Seine se protègent... avec l'aide de l'Etat, in *Le quotidien du médecin*, 11 mars 1994.

583 F en 1993 à 1 778 F en 1995. L'augmentation du nombre des injonctions prononcées n'y est pas étrangère puisque le coût moyen diminue au fur et à mesure que le nombre d'injonctions prononcées dans un même département augmente. Ce coût moyen est par ailleurs calculé sur les personnes effectivement suivies par les DDASS, elles aussi en augmentation. Pour le département, le coût moyen d'une injonction en 1995 est élevé puisqu'il est de 3 fois et demi supérieur à la moyenne nationale.

B/ Les centres spécialisés du département

Le département comporte en 1995 sept centres spécialisés⁴⁰⁷ fédérés⁴⁰⁸ et insérés dans deux réseaux ville-hôpital. Dès 1985, le même nombre de structures était signalé, mais certaines ont fermé et d'autres se sont créées depuis. Certaines années, huit structures étaient dénombrées.

A partir de différentes sources, il est possible de reconstituer en partie l'activité des centres depuis 1988 (tableau n° 20).

Tableau II-20 : Effectifs des toxicomanes accueillis dans les centres spécialisés des Hauts-de-Seine au cours d'une année

Centres	Années					
	1988	1989	1990	1993	1994	1995
Pierre Kohlmann	103	101	96			
Clinique Liberté*				68	448	486**
Cast-Asnières		214	255	187	178	
IDEE-Bois Colombes			11			
Le Trait d'Union	847	747	862	823	989	944
Aciat		55	184	248	267	290
Chimène		160	252	350	393	339
La Fratrie	98	98	148			
CAAT 92	106	106	122		138	145
Total	1534	1224	1557	1676	2413	2204
* ouverte en octobre 1993						
** + 84 méthadone						

Source : ORS-IED (1991) ; rapports d'activité des centres pour 1993, 1994 et 1995

⁴⁰⁷ - Voir carte, en annexe.

⁴⁰⁸ - La Fédération des Intervenants en Toxicomanie des Hauts-de-Seine (FIT 92) s'est constituée en association en 1991 et édite un bulletin intitulé *Fit-Bac*, dont le n° 1 est paru en septembre 1993.

Chacun de ces centres publie un rapport d'activité annuel. Six sur sept ont répondu favorablement à notre demande et nous ont fait parvenir leurs rapports pour les années 1994 et 1995, dernière année disponible au moment où nous les avons sollicités.

Le total a été évalué de deux façons : de 1988 à 1990 par les chiffres donnés par l'ORS (1991), pour 1993 d'après la somme obtenue pour les différents centres spécialisés. La relance très nette de l'activité à partir de 1994 est directement liée, d'après les rapports d'activité des centres, à la possibilité de prescription des traitements de substitution qui ont relancé l'afflux des toxicomanes vers les centres, après une certaine désaffection, notamment au profit des services hospitaliers.

Deux variables nous intéressent particulièrement dans l'activité de ces centres : l'origine de la demande et le domicile des personnes reçues.

Tableau II-21 : Année 1995 - Nouveaux patients - Origine de la demande : injonction thérapeutique et autres obligations de soins, selon le CSST

Centre	nouveaux patients	dont origine judiciaire	% de l'origine judiciaire
ACIAT 92	183	9	4,9
Chimène	228	28	12,3
CAST (1994)	109	38	34,9
CAAT 92	108	13	12,0
Trait d'Union	451	ND	ND
Clinique Liberté	336	31	9,2
Total	1415	119	8,4

Source : Rapports d'activité des centres

Si une majorité de centres montrent une répartition proche de la moyenne nationale (10 %), deux s'en écartent : l'ACIAT 92 qui consacre moins de 5 % de son activité à l'accueil de personnes orientées par la justice et à l'opposé le CAST dont plus du tiers des nouveaux patients fait l'objet d'une telle origine.

Certains centres avaient souhaité initialement ne pas accueillir de toxicomanes dans le cadre de l'injonction thérapeutique, tandis que le Cast dès l'origine y avait consacré une part importante de son activité. Depuis 1988 la plupart des centres travaillent avec ce type de recours. En 1989, Chimène et le Cast enregistrent 39 % d'origine judiciaire et le Caat92 environ 13 % (ORS-IDF, 1991). Ces proportions sont donc restées particulièrement stables sur six ans, sauf Chimène qui a vu l'origine des demandes se modifier. Mais nous ne disposons pas des années intermédiaires, alors que le nombre d'injonctions thérapeutiques suivies par la DDASS des Hauts-de-Seine a augmenté de 1989 à 1994 pour diminuer ensuite.

Les rapports d'activité ne détaillent pas en général la répartition entre injonction thérapeutique et autres obligations de soins. Seule la Clinique Liberté donne une telle précision : sur les 31 patients envoyés par la justice, 3 seulement sont soumis à une injonction thérapeutique, la plupart des autres étant suivis par le comité de probation dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve. Cette information est précieuse, mais ne peut malheureusement pas être extrapolée aux autres établissements.

Elle illustre en effet la difficulté de l'interprétation de cette variable « origine de la demande » figurant dans l'enquête du SESI pour tenter d'évaluer les autres obligations de soins. Seule une question plus précise permettrait de mesurer leur part dans le total des demandes judiciaires⁴⁰⁹.

Une autre façon de mesurer les injonctions thérapeutiques dans l'activité des centres pour l'année 1995 consiste à utiliser le rapport établi par le service des injonctions pour cette même année. Il est certain qu'un décalage de quelques mesures est possible en début et fin d'année, l'un des services comptabilisant sur l'année et l'autre sur l'année suivante. D'après le service des injonctions thérapeutiques, 96 orientations ont été effectuées vers une association spécialisée (Simon *et al.*, 1995). Nous en avons le détail par examen des registres de la DDASS. Le rapprochement des deux séries donne le tableau n° 22.

Tableau II-22: Hauts-de-Seine, injonctions thérapeutiques et obligations de soins selon les structures en 1995

Centres	injonctions selon la DDASS	injonctions ou obligations de soins	écart
Aciat 92	7	9	2
Chimène	19	28	9
Cast	17	38	21
Caat 92	12	13	1
Trait Union	16	16*	nd
Clinique Liberté	8	31	23
La Fratrie	6	6*	nd
Hors département	1	-	
Total	86	141	55

Source : DDASS et CSST, *Rapports d'activité, 1995*

On arriverait ainsi à l'ordre de grandeur suivant : 40 % des origines judiciaires dans les nouveaux présents des sept centres spécialisés du département seraient liées à des mesures autres que l'injonction thérapeutique ou à des injonctions prononcées par un autre parquet. Cette seconde hypothèse ne doit pas être sous-évaluée compte tenu des origines géographiques des patients qui ressortent des rapports d'activité (tableau n° 23).

⁴⁰⁹Cette modification a été introduite pour l'enquête de novembre 1997.

Tableau II-23 : Année 1995- Origine géographique des nouveaux patients selon le CSST (en % de chaque CSST)

Centre	Origine géographique des nouveaux patients				
	département 92	Paris	Autres départements	sans domicile fixe	origine inconnue
Clinique liberté	44	9	47		
Cast	93,5			2,6	3,9
Trait Union	34	15	42	9	
CAAT 92	80	11		5	
Chimène	63	14	18	5	
Aciat 92	54	29		17	

Selon le centre, entre un tiers et 94 % des nouveaux patients sont domiciliés dans le département. Les rapports d'activité ne présentant que des tris à plat, nous ne pouvons estimer les origines judiciaires de la demande selon le domicile.

La part des toxicomanes sans domicile fixe accueillie selon le centre s'explique en partie par la capacité de celui-ci à proposer un hébergement. C'est le cas par exemple du Trait d'Union. On notera toutefois que la part des sans domicile fixe est passée dans l'activité de ce centre de 20 % en 1989 à 9 % en 1995. Sur cette même période, tous les centres ont enregistré une baisse de l'accueil de personnes domiciliées sur Paris, au profit des toxicomanes du seul département.



CHAPITRE 2 : LES INJONCTIONS THÉRAPEUTIQUES

Laurence SIMMAT-DURAND

De toutes les alternatives sanitaires au traitement judiciaire des affaires d'usage illicite de stupéfiants, l'injonction thérapeutique est sans conteste la mieux connue, malgré les lacunes dans le recueil des données déjà évoquées, car un certain nombre d'études existe décrivant des expériences locales. Sa « popularité » est d'ailleurs telle que l'ensemble des obligations de soins semble résumé dans cette seule mesure, en particulier pour le recueil des données en provenance tant du judiciaire que des DDASS.

Les données présentées ici proviennent de quatre sources : les renseignements portés par le service des injonctions thérapeutiques sur la nouvelle application informatisée, des données en provenance de la nouvelle chaîne pénale informatisée⁴¹⁰, des registres d'activité de 1995 de la DDASS⁴¹¹ et des données publiées par la DDASS⁴¹².

L'un des premiers inconvénients de l'organisation décrite dans le chapitre précédent, est la perte d'individus entre le niveau policier et le parquet. Ainsi pour l'année 1995, sur 332 convocations au parquet pour injonction thérapeutique, 181 personnes seulement se sont effectivement présentées, soit un peu plus de la moitié. Les chiffres avancés pour le parquet de Paris donnent le même ordre de grandeur, puisque 45 % des personnes convoquées se présentent.

Par contre, il faut signaler que cette organisation, du fait du traitement direct des procédures réduit considérablement la durée entre l'interpellation et le rendez-vous judiciaire avec le magistrat et la personne déléguée par la DDASS : en général quinze jours. D'autres expériences, comme celle du département du Nord, montrent des durées beaucoup plus longues, en l'occurrence en 1991, près de quatre mois (DDASS Nord, 1992). En effet, le traitement direct des procédures, utilisé à Nanterre, implique que l'OPJ joigne le parquet par téléphone ou par fax et que celui-ci donne immédiatement des indications quant à l'orientation de l'affaire. De ce fait, quand le magistrat décide d'une

⁴¹⁰ - Application informatique du bureau d'ordre pénal

⁴¹¹ - Aimablement mis à notre disposition par Mme Simon, que nous remercions à nouveau vivement.

⁴¹² - Françoise Simon *et al.*, Rapport d'activité, 1993, 1994, 1995, Service des Injonctions Thérapeutiques, DDASS 92.

injonction thérapeutique, il en informe immédiatement l'OPJ et lui donne une date pour le rendez-vous judiciaire.

Néanmoins, certains parquets, comme ceux de Paris (Vaubailon, 1997) ou de Bobigny (Duprez *et al.*, 1996) choisissent de faire déférer les usagers d'héroïne, afin de leur signifier l'injonction thérapeutique. Le délai et la « perte » sont alors réduits au minimum. Cette pratique semble choquante pour les magistrats que nous avons rencontrés qui estiment que l'on traite alors les usagers comme des délinquants -garde à vue puis défèrement-, pour ensuite leur signifier qu'ils sont des malades et qu'à ce titre on va les diriger vers des structures de soins.

Les personnes qui se présentent au parquet sont reçues en général par le magistrat chargé des stupéfiants qui effectue un rappel à la loi et leur explique le « contrat » proposé, à savoir d'éviter les poursuites judiciaires en se soumettant à une surveillance médicale. Cet entretien avec le magistrat donne lieu à l'établissement d'un procès-verbal d'audition, comportant les motifs suivants : « *Nous vous faisons connaître que vous pouvez éviter des poursuites pénales pour ce délit si vous acceptez de vous soumettre à un contrôle médical et de recevoir les soins qui, éventuellement, pourraient être jugés nécessaires par l'Autorité Sanitaire* ». Suit une reconnaissance des faits par le prévenu et une décision de suspendre les poursuites pénales ou de les engager selon le choix de l'intéressé⁴¹³. Ces imprimés sont propres à la juridiction concernée, en l'absence de toute organisation nationale de ce type de mesure. Cette organisation implique qu'il s'agisse d'affaires simples, élucidées, sans contestation ou dénégation des faits par l'auteur.

Immédiatement après, les usagers sont reçus par la personne déléguée par la DDASS dans les locaux de la juridiction. Il n'y a donc pas ici de « perte » entre ces deux rendez-vous, contrairement aux juridictions qui ne disposent pas d'une telle organisation (Sagant, 1997). Cette question de la proximité des institutions et des rendez-vous est fondamentale et posée dans tous les rapports d'activité des services d'injonction thérapeutique, mais aussi dans les circulaires et les enquêtes auprès des parquets (IHESI, 1995). L'efficacité de la mesure dépend dans une large mesure de la capacité à développer un véritable partenariat, concrétisé par un rapprochement physique des services. Ainsi, l'expérience du parquet de Lyon montre que l'on peut également améliorer le dispositif en facilitant le contact sanitaire dès le niveau policier : la permanence de la DDASS a lieu dans le commissariat (DDASS Rhône, 1992).

La personne déléguée par la DDASS, lors de ce premier entretien, explique de nouveau le contrat et en fixe les modalités. Celles-ci ont fait l'objet d'une négociation entre les autorités sanitaires et judiciaires et reposent sur une relation de confiance puisque l'autorité sanitaire ne fait pas un rapport sur le déroulement de la mesure mais informe simplement le parquet du fait que le suivi est « positif » ou « négatif ».

La perte à ce niveau est très peu importante puisque 88 % des personnes qui se sont présentées au parquet auront finalement un suivi positif : la sélection se fait donc en amont, à l'issue de la phase policière du traitement et on peut évidemment penser qu'il y a

⁴¹³ - Voir modèle en annexe n° 8.

un fort effet de « clientèle ». Un premier élément de réponse sera de comparer sur les variables disponibles, les usagers qui se sont présentés au parquet et ceux qui ne sont pas venus. Selon un magistrat de Nanterre, on peut y voir un problème de formation et d'information des services de police et de gendarmerie sur la politique du parquet⁴¹⁴. Une meilleure information des OPJ sur la politique en matière de traitement pénal des usagers de stupéfiants pourrait leur permettre de délivrer un message plus efficace au moment de l'interpellation et de la remise de la convocation.

La crédibilité du système repose sur une réponse très ferme du parquet à l'échec de la mesure d'injonction thérapeutique. Ceci suppose que les poursuites soient systématiquement mises en œuvre lorsque l'usager ne se présente pas à la convocation, ce qui est le cas, nous le verrons. Par contre, l'échec postérieur de la mesure, c'est-à-dire un suivi relaté comme « négatif » par la DDASS ne paraît pas amener une réponse aussi systématique, nous y reviendrons. Cette mise en œuvre des poursuites, systématique, lors de l'absence au rendez-vous judiciaire correspond tout à fait à l'esprit des circulaires sur la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique que nous avons vues précédemment. Elle est par contre loin d'être générale sur l'ensemble du territoire, le rapport de V. Sagant (1997) montrant que certains parquets classent sans suite alors même que l'injonction n'a pas pu être mise en place.

L'installation récente du logiciel de gestion des injonctions thérapeutiques ne nous donne pas le recul suffisant pour juger de l'importance du cumul des injonctions par les mêmes personnes. S'agissant de la première année de mise en œuvre de ce système, nous ne disposons que des injonctions postérieures. Le suivi du retour des mêmes personnes en injonction ne sera pas possible puisque, par décision de la CNIL, *les informations sont conservées pendant une durée de trois ans à compter de la date de l'interpellation. Elles sont effacées des fichiers informatiques au delà de cette date. Les informations saisies sont mises à jour avant l'écoulement de ce délai en cas d'amnistie ou de l'accomplissement par les intéressés des obligations liées à la mesure d'injonction thérapeutique*⁴¹⁵. Ainsi seules les informations concernant les personnes n'ayant pas mené à son terme l'injonction thérapeutique seront conservées, ce qui ne permettra pas de rechercher les antécédents comme sur le FNAIS, (contrairement à ce qui semble supposé, par exemple dans le rapport de l'IHESI, 1995).

Cette possibilité pour une même personne de cumuler plusieurs injonctions thérapeutiques a été explicitement formulée par la circulaire du 28 avril 1995, par rapport à laquelle le recul est faible puisque nous n'avons que le flux de 1995. Jusqu'à cette date, une interprétation rigide du texte de 1970 amenait à réserver l'injonction à des usagers de stupéfiants faisant l'objet d'une première interpellation, sauf quelques rares cas.

⁴¹⁴- Une étude plus fine des résultats de l'injonction thérapeutique en fonction du commissariat sera entreprise dans le cadre du DEA en cours (Hélène Martineau).

⁴¹⁵- Arrêté du 10 avril 1996 relatif à la gestion automatisée des mesures d'injonction thérapeutique prononcées par les parquets des tribunaux de grande instance (NOR : JUSB9610119A), *J.O.* du 21 juin 1996, p. 9282.

Quoi qu'il en soit le problème méthodologique qui se pose est celui des doubles ou triples comptes introduits dans le fichier par cette possibilité. Notre fichier comporte deux unités de compte : les mesures d'injonction thérapeutique, au nombre de 332⁴¹⁶ pour l'année considérée et les personnes différentes concernées, qui elles sont au nombre de 304. La répartition est la suivante : 91 % des personnes ont eu une seule injonction, 8 % deux injonctions, 1 % trois. A la date de recueil des données, nous n'avons pas observé de personnes ayant fait l'objet de plus de trois mesures. Un recul plus important dans le temps amènerait une augmentation de la part des personnes ayant reçu plus d'une injonction. Dernière précision : une partie des personnes ayant une deuxième mesure, l'ont eue postérieurement à l'année 1995, elles n'apparaissent pas en double compte dans la base de données. Ainsi sur 25 personnes ayant eu une deuxième injonction, 15 l'ont eue la même année et 10 l'année suivante. Les développements concernant les personnes nécessitent éventuellement l'élimination de ces doubles comptes de la même année.

La difficulté est d'autant plus grande que nous avons observé un décalage entre les pratiques du parquet et celles de la DDASS à ce propos. Lorsque cette dernière est saisie d'une deuxième injonction thérapeutique alors que la première est en cours, elle n'ouvre pas un deuxième dossier, une deuxième orientation médicale de la même personne ne présentant aucun sens et étant refusée par la DDASS⁴¹⁷. Nous avons alors deux affaires judiciaires et une seule affaire sanitaire. Par contre, si une même personne est de nouveau convoquée après la fin de la mesure, la DDASS ouvre un nouveau dossier.

Cette démarche, qui entre dans une logique de soins, est en parfaite contradiction avec la logique judiciaire, ou alors il faudrait que dans ce cas précis, le parquet joigne les deux affaires, ce qui n'est pas le cas. Ce dysfonctionnement peut nuire à la personne concernée, comme nous avons eu l'occasion de le constater⁴¹⁸ :

⁴¹⁶ - 333 d'après les données statistiques du service ; nous nous sommes aperçus, tardivement, qu'une fiche avait par erreur été saisie deux fois.

⁴¹⁷ - Apparemment aussi pour des raisons budgétaires.

⁴¹⁸ - A la lecture du dossier complet, qui se trouve faire également partie de notre cohorte de sursis avec mise à l'épreuve et obligations de soins, voir le chapitre suivant.

J. est né en 1970, il se drogue à l'héroïne depuis 4 ans. Il est arrêté le 18 janvier 1995 pour des faits d'usage illicite de stupéfiants, en l'occurrence de l'héroïne. Selon la procédure décrite ci-dessus, l'officier de police judiciaire lui remet une convocation pour l'injonction thérapeutique à un rendez-vous le 31 janvier 1995. Il se présente à ce rendez-vous, est reçu par le magistrat et la personne déléguée de la DDASS. Celle-ci l'oriente sur le CSST1, structure dans laquelle il se présente quatre fois jusqu'au 28 mars 1995. Le 10 avril, un avis de suivi positif est donné au parquet et un classement sans suite intervient le 25 avril.

Entretemps, J. est de nouveau interpellé le 24 février, toujours pour des faits d'usage et reçoit un nouveau rendez-vous judiciaire pour le 7 mars auquel il ne se rend pas, il est d'ailleurs le même jour reçu au CSST1. Cette affaire suit donc son cours, il est considéré comme défaillant et une citation directe est délivrée le 21 mars pour l'audience du 7 juin 1995.

A l'audience, J. est présent et indique « j'ai vu le substitut, il m'a envoyé voir Mme... à l'étage. J'ai vu Mme... qui m'a donné une adresse pour l'injonction thérapeutique, j'ai fait une semaine de sevrage et j'y suis toujours ». L'affaire est renvoyée au 28 juin. Le service des injonctions thérapeutiques est sollicité pour donner des éclaircissements. Le substitut chargé de ce service indique par écrit sur la fiche concernant J. : « Dans cette affaire, évoquée à l'audience du 7 juin 1995 et renvoyée à l'audience du 28 juin 1995, l'intéressé, convoqué pour IT le 7 mars 1995 ne s'est jamais présenté. Il s'agit des faits du 24 février 1995 pour lesquels il a donc fait l'objet d'une citation directe. Ces faits sont postérieurs (souligné par lui) à la première affaire, où il s'était présenté à l'injonction thérapeutique ».

Le casier judiciaire comporte deux mentions : une affaire de vol à l'aide d'une effraction (en 1990) sanctionnée d'un an d'emprisonnement avec sursis et un vol simple sanctionné par six mois d'emprisonnement avec sursis (en 1991).

Lors de l'audience du 28 juin 1995, J. est condamné à une peine de 4 mois d'emprisonnement assortie d'un sursis total avec mise à l'épreuve pendant 2 ans.

Il fera l'objet d'une troisième injonction thérapeutique pour des faits d'usage en date du 8 décembre 1995, pour laquelle il se présentera le 9 janvier 1996. Entretemps un suivi a été mis en place par les services de l'application des peines, qui l'ont orienté sur le CSST2.

Chacun paraît ici enfermé dans sa propre logique, ce qui prouve en tout cas qu'il n'y a pas de notion de prise en charge globale de la personne. Pour l'usager concerné, cet enchaînement a dû être source d'incompréhension : il se soumet à la mesure mais est tout de même condamné !

Cette pratique paraît contradictoire avec la suite des dispositions de l'article L.628-1 csp qui dispose : « *De même, l'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants lorsqu'il sera établi qu'elles se sont soumises depuis les faits qui leur sont reprochés, à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale* ». Nous avons vu que la Cour de Cassation estime que dans ce cas, il incombe aux intéressés de faire état de ces dispositions, ce qui était le cas ici, puisque J. a mentionné à l'audience qu'il venait de se soumettre à un sevrage.

Cet exemple montre bien toute la difficulté du suivi des personnes concernées par les différentes mesures pénale et/ou sanitaires : souvent sur un laps de temps court (inférieur à un an), les prises en charge sont multiples voire contradictoires. L'unité de compte « affaire pénale » correspond souvent à une interpellation et à un seul fait au sens policier. De nombreux exemples en seront donnés.

I. Quelques caractéristiques individuelles des usagers

Les caractéristiques individuelles dont nous disposons sont peu nombreuses et ne peuvent être comparées à un profil moyen, en l'absence de données au niveau national. Le même service avait fait l'objet d'une enquête précédente portant sur le flux 1988-1989 (Facy, 1993). Quelques comparaisons peuvent donc être établies, soit pour le même service à six ans d'intervalle, soit avec des données d'autres juridictions ayant fait l'objet de rapports d'activité diffusés⁴¹⁹. Pour les personnes suivies au niveau de la DDASS, les rapports d'activité successifs de ce service peuvent également servir à montrer des évolutions.

⁴¹⁹- Afin de ne pas surcharger le texte, sauf mention contraire, les comparaisons ont été établies à l'aide des documents suivants : 1- Les injonctions thérapeutiques prononcées dans le département du Nord en 1991, DDASS Lille, mai 1992, non paginé ; 2- Comité départemental de lutte contre la toxicomanie, séance du 6/12/1993, DDASS Paris, 28 p. ; 3- Histoire de l'Antenne médicale DDASS à l'Hôtel de police de Lyon, DDASS du Rhône, juillet 1992, 51 p. ; 4- Injonctions thérapeutiques, incitations aux soins, DDASS de la Gironde, bilan d'activité 1996, 10 p.

A/ Le produit utilisé

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une variable individuelle à proprement parler, le produit utilisé demande une description précise pour caractériser les usagers ayant fait l'objet d'une injonction thérapeutique. Le produit est en effet apparu comme une variable particulièrement discriminante dans les débats et les textes que nous avons évoqués.

Les statistiques judiciaires nationales ne présentent pas la ventilation selon le produit alors que les études qualitatives convergent sur les disparités de traitement selon les produits et les départements français.

Tableau II-24 : Répartition des injonctions thérapeutiques selon le produit en cause, le département et l'année (% par département)

	Héroïne	Cocaïne	Cannabis Haschich	Autres
Nanterre 1995	79	11	6	4
Nanterre 1988-89	93	2	5	-
Paris 1992	89	4	7	-
Nord 1991	58		42	
Gironde 1996	81			19

Source : voir note page précédente

La part de chaque produit dans les injonctions thérapeutiques prononcées est donc variable selon les juridictions et montre une évolution vers une diversification des produits, remarque qui est d'ailleurs faite dans la plupart des études. Les statistiques policières vont également dans ce sens.

La part de la cocaïne est notable pour la banlieue parisienne dans les années très récentes : 11 % dans le département des Hauts-de-Seine. Cela est confirmé dans les chiffres publiés pour la ville de Paris, selon le lieu de résidence : 7 % en moyenne des IT de 1992 concernent de la cocaïne mais 9,7 % pour ceux qui résident en dehors de l'agglomération parisienne. Pour le département de la Gironde, le rapport signale que la place de l'ecstasy a fortement augmenté, (15 % des personnes soumises à injonction thérapeutique), suite à des opérations policières menées dans les « rave parties ».

L'étude de l'IHESI (1995) portant sur 60 parquets en France montre une préférence pour les drogues dures pour 37 parquets. Les 60 parquets étudiés ne représentent malheureusement que 40 % des injonctions prononcées en France, alors que ce type de données par produit fait défaut à l'échelon national. Seules les données de la DDASS permettent à l'heure actuelle une telle étude quantitative, comme nous l'avons vu dans la partie précédente.

B/ Le sexe, la nationalité, la profession

Les injonctions thérapeutiques concernent surtout des hommes (près de 87 %) et des personnes de nationalité française (88 %).

Sur le flux de 1988-1989, la proportion d'hommes était de 89 % ; la répartition par sexe est donc stable pour ce parquet. Dans le département du Nord, ce pourcentage est stable et comparable autour de 90 % de 1989 à 1991. A Paris, la part des hommes est plus faible autour de 82 % en 1992 et 79 % en 1993. Il y a une tendance à la féminisation dans les injonctions thérapeutiques, surtout pour les personnes résidant hors de Paris dont le taux de féminité atteint 23 % pour 1993.

Pour Paris et Bordeaux, la part des Français est similaire : respectivement 83 % en 1992 et 84 % en 1996.

La variable « profession » est en général très mal renseignée (deux tiers seulement des dossiers comportent cette indication), sauf pour les personnes ayant été entendues par la DDASS. Nous disposons alors non seulement de la profession mais aussi du type d'emploi, du niveau scolaire et des diplômes obtenus. Quand la rubrique profession est remplie, pour 40 % des personnes concernées la réponse est « sans profession », 36 % sont des ouvriers et ouvriers spécialisés, 17 % employés ou professions supérieures, 7 % des autres inactifs.

Pour les personnes reçues à l'antenne DDASS, on dispose d'informations plus détaillées. Seules 38 % d'entre elles ont un emploi continu, 29 % sont à la recherche d'un emploi auxquelles s'ajoutent 9 % qui touchent le RMI et 6 % qui sont en stage, les autres disposant d'un emploi intermittent ou étant étudiants. Ces résultats ne montrent pas de grands changements par rapport à ceux de l'enquête de 1988 (Facy, 1993), qui montraient que 4 sur 10 avaient un emploi continu, malgré la détérioration du marché du travail observée sur cette durée.

Nous observons donc une population vivant majoritairement en situation précaire, peu insérée sur le marché du travail, avec un niveau scolaire peu élevé puisque 15 % ont le niveau BEPC, 35 % le niveau CAP, 17 % le niveau secondaire ou BEP, 14 % le niveau BAC et un peu moins de 10 % un niveau d'études supérieures.

Cette origine sociale s'exprime également au travers de la taille de la fratrie d'origine puisque les personnes rencontrées par l'intermédiaire de la DDASS ont en moyenne 2,4 frères et sœurs, ce qui porte la taille des fratries à plus de trois enfants, soit bien plus que la moyenne de la population française. 27 % sont issus de familles de 5 enfants et plus. La taille importante des fratries avait déjà été soulignée dans l'enquête de F. Facy (1991) comme un élément particulièrement intéressant : 4 sur 10 avaient 3 frères et sœurs ou plus ; nous arrivons ici à plus de 5 sur 10.

Enfin dernier élément sur la famille d'origine, la moitié seulement des familles comportent la mère et le père vivant ensemble, pour un quart d'entre elles l'un des deux parents est décédé, alors même que les personnes concernées ont moins de 35 ans.

S. illustre très bien ce profil moyen, puisqu'il réunit toutes les caractéristiques décrites précédemment ; seule sa situation matrimoniale est atypique.

Exemple (DDASS29) : S. a 28 ans au moment de son injonction thérapeutique ; il est marié et possède un domicile personnel. Il est issu d'une fratrie de 4 enfants. Son père est décédé. Après une première année de CAP, il a interrompu sa scolarité. Il a travaillé pendant trois ans comme magasinier et à divers petits emplois. Il est actuellement à la recherche d'un emploi.

Il déclare se droguer à l'héroïne depuis deux ans environ, sa consommation actuelle est d'un quart de dose tous les deux jours (sniff). Il a commencé le haschich à 17 ans. Il n'a jamais été incarcéré. Il est suivi par son médecin traitant et a fait plus de cinq tentatives de sevrage seul. Orienté sur un centre spécialisé, il s'y présente trois fois. Une réponse positive est donc donnée au parquet sur le déroulement de la mesure.

L'interrogation de la chaîne pénale de Nanterre ne révèle aucun antécédent judiciaire.

La situation matrimoniale présente le profil suivant : 74 % sont célibataires, 6 % sont mariés, 13 % en concubinage depuis plus de six mois et 7 % dans un autre cas (divorcé, veuf, séparé). Sur cette variable, notre cohorte est comparable au profil décrit pour Bordeaux en 1996 : 78 % vivent seuls et 22 % en couple.

Ce profil est corroboré par le type de logement occupé, renseignement dont on dispose sur le fichier DDASS : 45 % seulement ont un logement indépendant, 47 % sont logés dans la famille ou chez des amis (41 % chez les parents), 3 % n'ont pas de domicile fixe. A Bordeaux, seuls 36 % vivent dans un logement autonome, 41 % chez les parents et 8 % de façon stable chez des amis.

L'âge est une variable importante pour expliquer ce manque relatif d'autonomie. En effet, les résultats tant du recensement que des enquêtes au niveau national montrent que l'autonomie financière, particulièrement chez les jeunes hommes, intervient avant le départ du domicile parental. C'est donc l'insertion professionnelle qui permet de quitter les parents. Or, la variable précédente nous l'a montré, la population étudiée ici est très peu stable dans son emploi, voire sans emploi. L'âge de l'autonomie est retardé d'autant. Ainsi en moyenne, dans la population française au recensement de 1990 (Lavertu, 1993) plus d'un jeune sur deux de 20 à 24 ans habite chez ses parents et le taux d'activité est de l'ordre de 64 % ; à 25-29 ans, ils sont encore près de 20 % à vivre chez les parents mais le

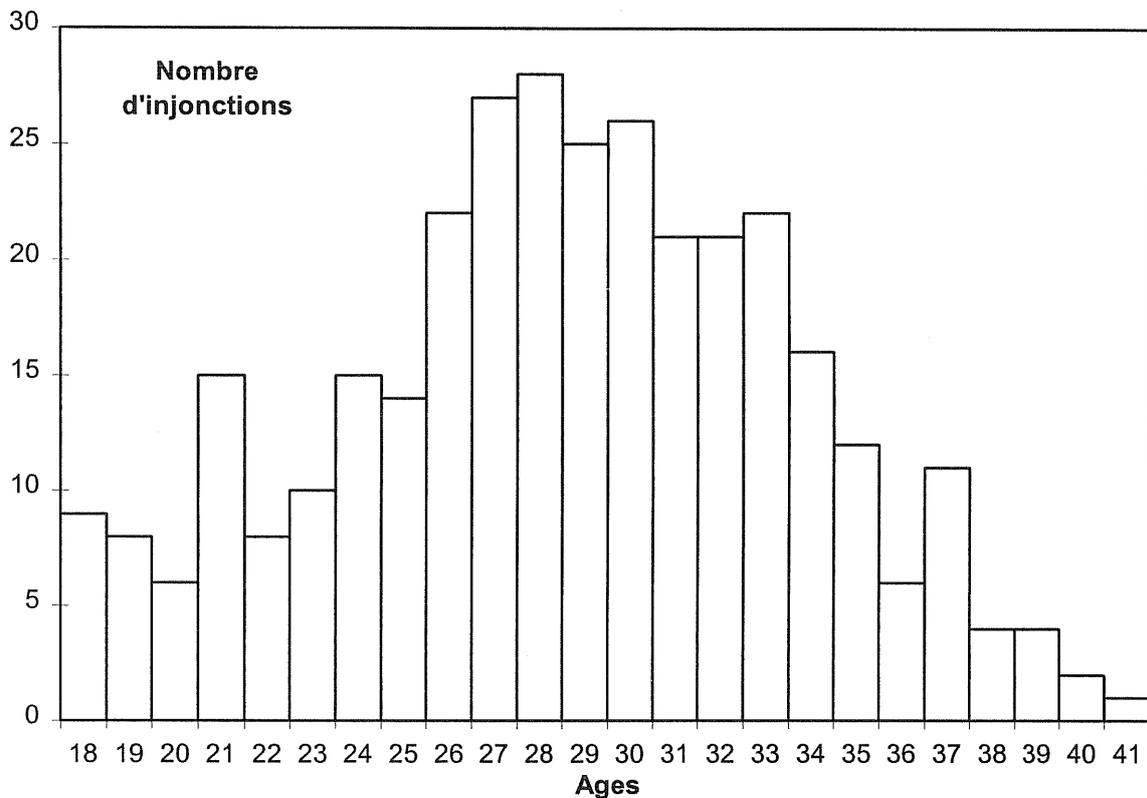
taux d'activité augmente à 87 %. Les filles sont sous-représentées dans cet ensemble, elles quittent le domicile parental en moyenne deux ans plus tôt que les garçons.

C/ L'âge

L'âge est sans nul doute la variable la plus facilement disponible dans toutes les statistiques de clientèle, ce qui permet des comparaisons aisées. Elle demande néanmoins quelques approfondissements.

La répartition par âge est montrée dans le graphique ci-dessous. L'injonction thérapeutique est également utilisée dans ce ressort pour les usagers mineurs, mais nous n'étudions ici que celles concernant les majeurs.

Figure II-5: répartition des injonctions thérapeutiques de 1995 selon l'âge des usagers

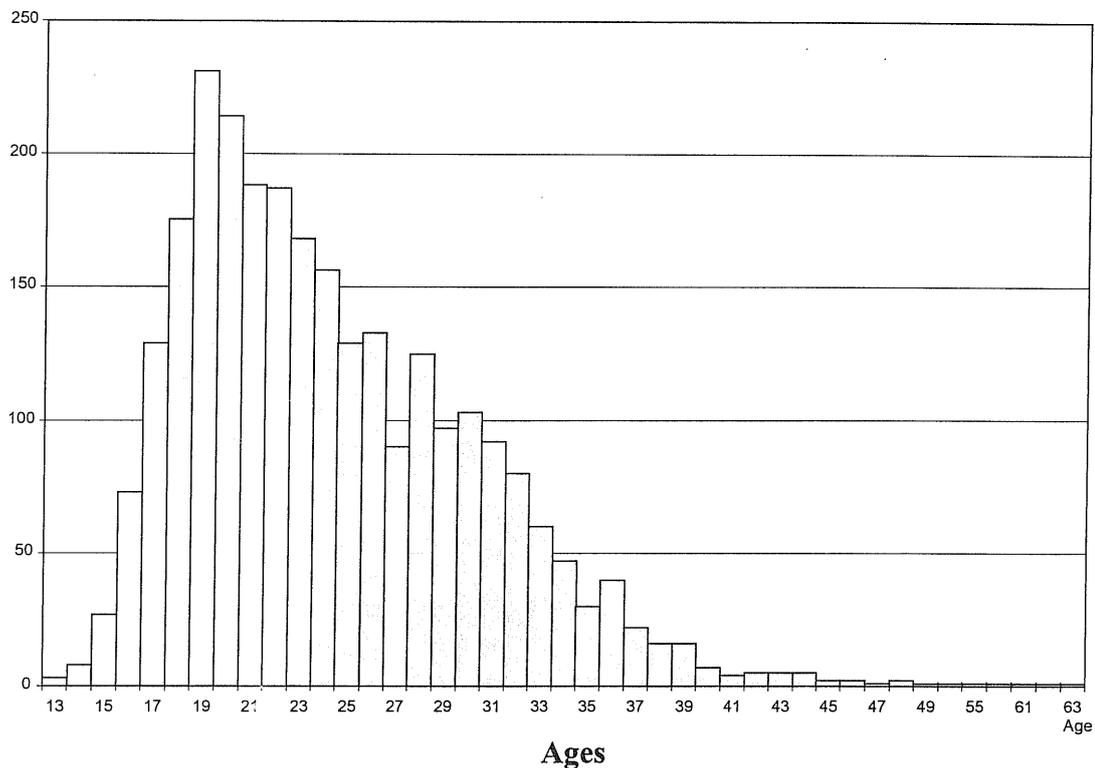


Comme le montre ce graphique, la répartition des usagers soumis à injonction thérapeutique suit quasiment une loi normale, la moyenne, la médiane et le mode étant égaux, très proches de 28,5 ans. S'agissant d'une cohorte de 1995, les usagers concernés appartiennent aux générations nées vers 1967-1968.

Un rapprochement intéressant peut être fait entre l'âge des usagers bénéficiant d'une injonction thérapeutique et l'âge à l'interpellation pour des faits d'infraction à la législation sur les stupéfiants. Au niveau des Hauts-de-Seine, pour les années 1994 à 1997, nous disposons de données sur l'activité des services de la sécurité publique ; à l'heure actuelle, ces données ne sont que très partiellement exploitées⁴²⁰. Les données actuellement disponibles après saisie informatique, portent sur quelques 4 000 interpellations des services situés sur le département de fin 1994 à fin 1996. La répartition par âge montre des personnes bien plus jeunes que celles concernées par l'injonction thérapeutique (graphique n°6).

Figure II-6 : Age des auteurs d'ILS interpellés - 1994-1996

Effectifs



Source : rapports quotidiens « *L'information de la direction départementale de la sécurité publique des Hauts-de-Seine* », non publiés

L'âge modal à l'interpellation est ici de 19 ans ; les plus jeunes ne font pas moins souvent l'objet d'une interpellation, mais ne sont pas orientés de la même façon sur ou par le parquet. Outre le produit utilisé, l'âge est une variable fondamentale dans les orientations des affaires de stupéfiants, ce qui était confirmé par les enquêtes qualitatives faites auprès des parquets (voir première partie). Son influence peut jouer à plusieurs niveaux : soit directement si le critère d'âge est utilisé pour choisir l'orientation de l'affaire, par exemple

⁴²⁰ - Hélène Martineau, DEA en cours, soutenance prévue en mai 1998.

pour les mineurs, soit indirectement si l'insertion sociale ou professionnelle est discriminante et que l'âge en est un déterminant.

L'âge moyen à l'injonction thérapeutique observé ici correspond bien à celui constaté au niveau national (OFDT, 1996) pour les héroïnomanes ayant recours au système sanitaire (proche de 29 ans) et à celui des interpellés (un peu supérieur à 27 ans). Ces deux données correspondent à des personnes ayant un contact avec l'institution -judiciaire ou sanitaire-. Son évolution, à travers les statistiques nationales, montre un vieillissement de cette population depuis le milieu des années 1980, qui s'analyse selon différentes hypothèses : plus grande tolérance de la société, entrée et sortie de la toxicomanie plus tardive...⁴²¹. Rappelons toutefois que toutes ces données ne prennent pas en compte la population des usagers ou toxicomanes mineurs, dont le poids ne pourrait que faire baisser la moyenne. Or, les études sur les pratiques judiciaires montrent la baisse des mises en cause de mineurs.

Pour Bordeaux, par exemple, la moyenne d'âge est de 27 ans, mais la variable s'étend de 16 à 43 ans ; des mineurs sont donc inclus dans les statistiques d'injonction thérapeutique concernant ce département. C'est le cas également dans le département du Nord : 6,3 % des personnes suivies en injonction thérapeutique sont des mineurs. Dans cette dernière juridiction, les personnes concernées sont beaucoup plus jeunes : l'âge maximum est de 32 ans et l'âge moyen de 22 ans environ de 1988 à 1991. L'explication tient certainement au produit : nous avons vu précédemment que dans ce département la majorité des injonctions thérapeutiques concernent des personnes qui ne consomment ni héroïne ni cocaïne.

Au contraire, à Paris, on note une tendance ininterrompue au vieillissement de la population concernée par les injonctions thérapeutiques : en 1989 la moyenne d'âge était de 25 ans, mais en 1992, le tiers des personnes a plus de 30 ans. Or, les statistiques sanitaires nous ont montré la plus forte proportion d'héroïnomanes en région parisienne comparativement aux autres régions françaises.

Pour Nanterre en 1988-1989, la moyenne d'âge est de 25 ans, la tendance est donc très proche de celle constatée dans l'agglomération parisienne. Cette proximité est à la fois géographique et sans doute liée au fait qu'il s'agit des mêmes services de police.

La question de l'âge des usagers au moment des faits, abordée de façon très simple ici en amène d'autres plus complexes. Il convient en effet de s'interroger non seulement sur l'âge de ces personnes mais également sur la durée de leur toxicomanie au moment de leur interpellation et donc l'âge de début de celle-ci. Nous avons calculé ces deux dernières variables à partir des éléments dont nous disposons dans le registre de la DDASS ou à défaut, sur la chaîne pénale. L'âge au début et la durée de l'usage pouvaient être estimés à partir de deux sources : l'âge déclaré par la personne lors de l'entretien effectué à l'antenne DDASS pour les personnes présentes au rendez-vous (181) et la durée écoulée depuis la première infraction à la législation sur les stupéfiants enregistrée au bureau

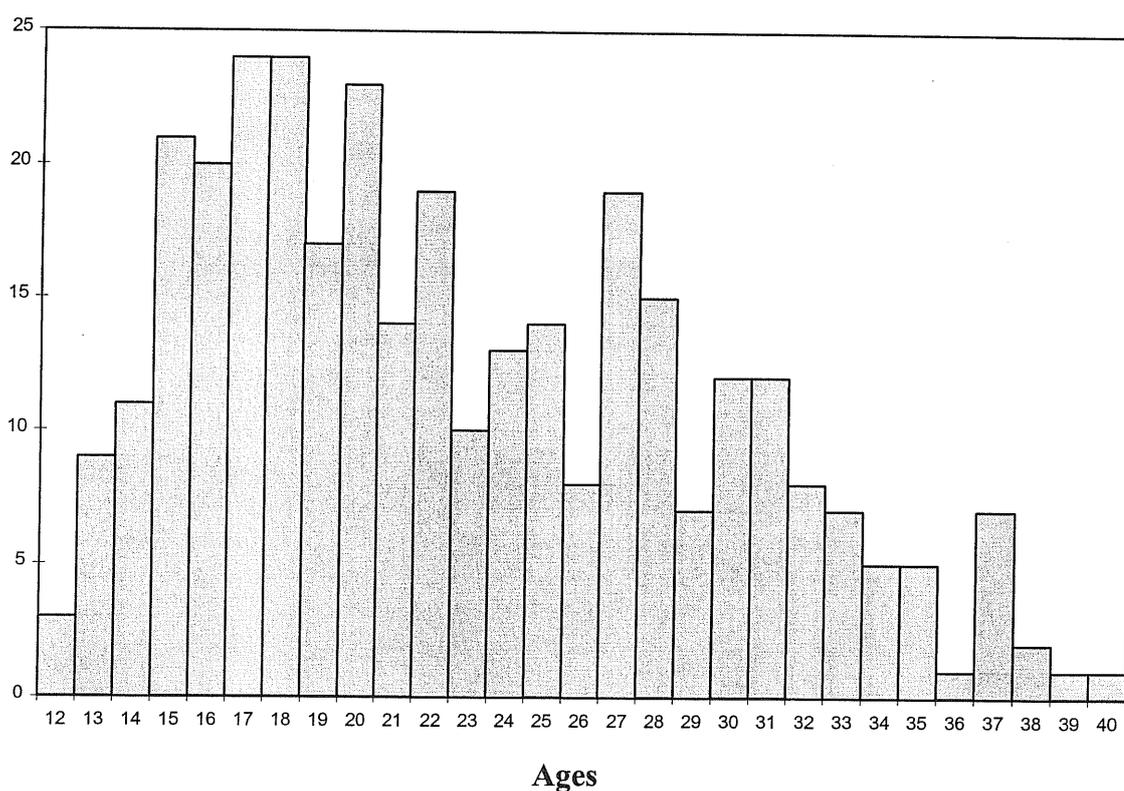
⁴²¹ - Ces différentes hypothèses ont été détaillées dans l'étude des statistiques policières au niveau national, dans la première partie.

d'ordre pénal pour les autres. Au total, ce renseignement est ainsi disponible pour 219 injonctions thérapeutiques.

La répartition des injonctions thérapeutiques selon l'âge au début de l'utilisation d'un produit illicite donne le graphique n° 7. L'âge moyen de début est de 20 ans mais il est sans doute surévalué pour les âges évalués à partir des antécédents judiciaires.

Figure II-7 : Répartition des injonctions thérapeutiques selon l'âge à la première prise de drogue (1995)

Effectifs



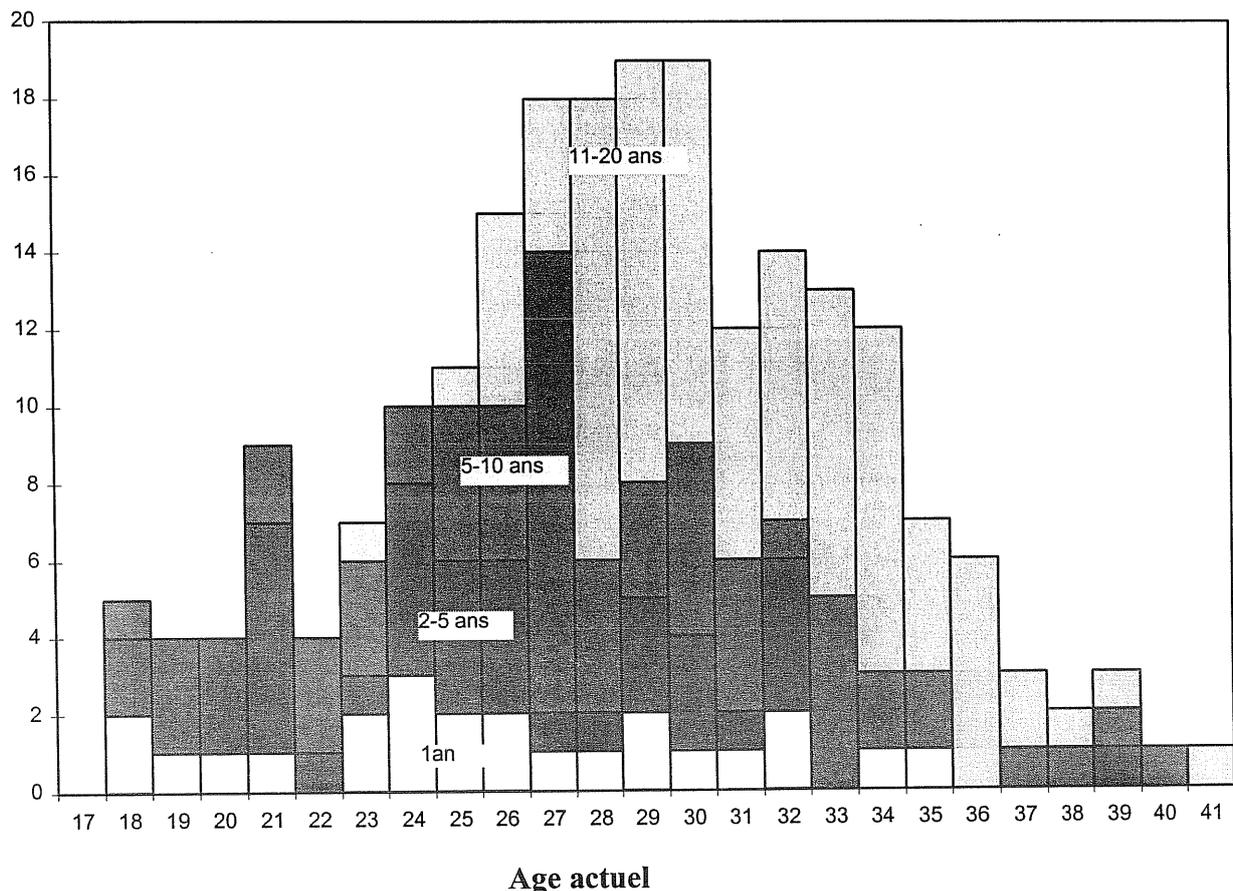
L'âge de début se situe clairement en fin de scolarité, le mode est à 17-18 ans. Ce résultat est cohérent avec celui obtenu dans les enquêtes sur les lycéens : le contact avec la drogue est précoce.

L'augmentation de l'âge moyen, dans ces conditions d'un âge au début toujours proche de la fin de l'adolescence, pourrait donc signifier qu'il n'y a pas de renouvellement des populations concernées, c'est-à-dire que ce sont les mêmes générations qui vieillissent. En tout cas, il est en parfaite contradiction avec l'hypothèse d'un contact plus tardif avec la drogue. Si l'on considère qu'il s'agit en moyenne des générations nées en 1967-1968, cela implique un début de la consommation autour des années 1985 et une durée de consommation en moyenne supérieure à dix années.

Si l'on s'intéresse à l'âge à l'injonction thérapeutique en fonction de la durée de l'usage, nous obtenons le graphique n° 8. Les durées inconnues ont été omises afin de ne pas surévaluer les courtes durées.

Figure II-8 : Répartition des injonctions thérapeutiques selon l'âge actuel et la durée de l'usage de stupéfiants (1995)

Effectifs



Manifestement l'injonction thérapeutique concerne très peu souvent des personnes entrées récemment dans l'usage de produits illicites, ce que montreront d'autres critères étudiés dans le suivi sanitaire mis en place par la DDASS.

Le début de l'usage de stupéfiants se situe à la fin de l'adolescence et le vieillissement que nous observons ici est décrit dans la plupart des études : les usagers présents dans les institutions vieillissent. Mais ce graphique permet de voir que les durées d'usage augmentent et non qu'ils entrent en contact plus tardivement avec le produit. Le groupe des 30-35 ans est particulièrement concerné : ce sont les générations 1965-1970, donc les mêmes que celles observées il y a 10 ans et qui avaient 25 ans environ.

Deux exemples illustreront ce profil moyen :

Exemple 1 (DDASS146) :

H. est né le 23.12.1965, il est donc âgé de 29 ans, célibataire et vit chez ses parents. Il a huit frères et sœurs. Il a échoué à son CAP de carreleur. Il n'a jamais travaillé sauf des petits boulots. Actuellement, sortant de prison, il perçoit le RMI.

Il a commencé l'héroïne à 15 ans (sniff) et le haschich à 13 ans. Il a eu une consommation régulière sur 15 ans, sauf un sevrage carcéral. Actuellement il continue à consommer et est séro-positif depuis 10 ans.

L'interrogation de la chaîne pénale ne révèle aucun antécédent sur cette juridiction.

Exemple 2 (DDASS97) :

G. est né en 1966, il est célibataire, issu d'une fratrie de deux enfants et vit au domicile de ses parents. Il a un niveau BAC+2 et a travaillé dans le secteur bancaire. Actuellement il est à la recherche d'un emploi, depuis septembre 1994, sauf quelques missions d'intérim.

Il a débuté sa consommation d'héroïne à 16 ans (sniff) puis a arrêté pendant 4 ans. En 1987 (à 20 ans), il reprend une consommation régulière avec dépendance. Il a fait quatre tentatives de sevrage. En 1992, il a vécu une union qui a été un gros échec. Il a été suivi dans un centre spécialisé et a été hospitalisé. Depuis sa consommation est très espacée et il considère qu'il n'y a plus de dépendance.

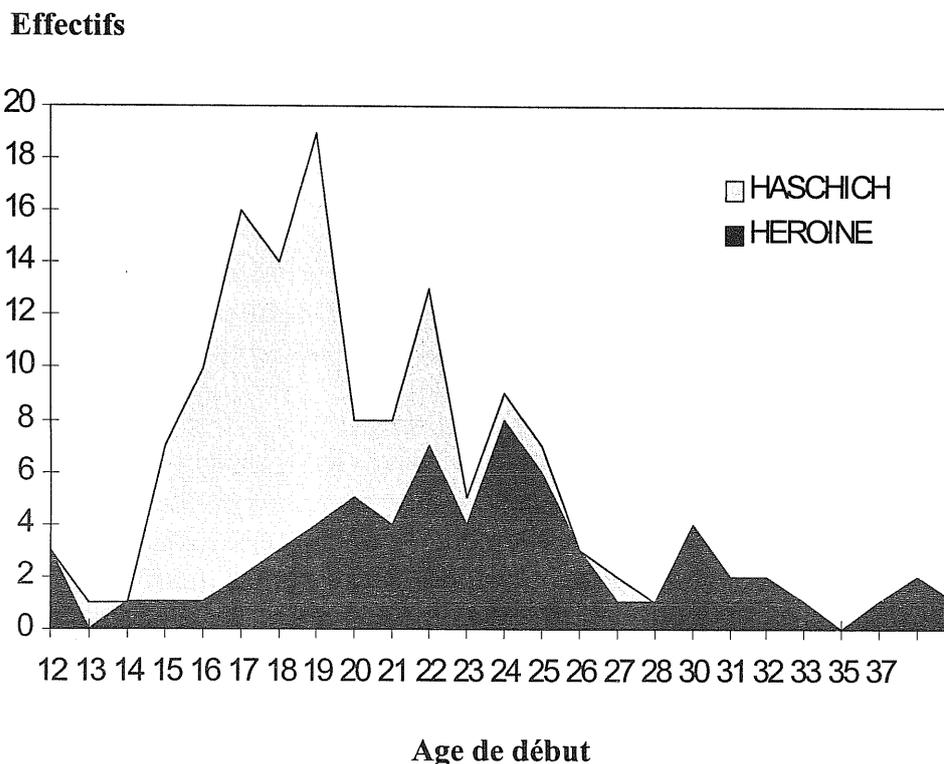
Il a été interpellé le 6 juin 1995. La chaîne pénale montre deux affaires antérieures d'usage, en 1993 et 1995. Il a été condamné pour la seconde à quatre mois d'emprisonnement avec sursis.

Orienté sur le centre spécialisé qui l'avait déjà suivi antérieurement, il entame un suivi régulier, ce qui entraîne un classement sans suite de la présente affaire. Néanmoins, le fichier informatique du service indique une nouvelle injonction thérapeutique, suite à une nouvelle interpellation pour usage le 17 octobre 1995. Il se présente de nouveau au même centre spécialisé et un classement sans suite intervient début 1996.

Ce deuxième exemple est intéressant dans la mesure où il montre un parcours non linéaire, d'interruption de la consommation, de suivis sanitaires entrecoupés d'affaires judiciaires.

Nos données nous permettent d'approfondir un peu plus cette question de l'âge de début en le modulant selon le produit actuel et le produit de début, variable dont nous disposons pour les usagers rencontrés par les services de la DDASS. L'essentiel des injonctions thérapeutiques concernant des usagers actuels d'héroïne, nous limitons l'étude à ce seul produit, les variations obtenues avec les autres produits paraissant bien trop aléatoires. Les usagers d'héroïne ont été classés selon l'âge au début de la prise de produit illicite et le produit concerné. Le graphique n° 9 illustre cette analyse.

Figure II-9 : Répartition des usagers d'héroïne selon l'âge de début et le produit de début



Deux répartitions distinctes apparaissent clairement : ceux qui ont pris un produit très jeune (entre 16 et 20 ans) ont commencé par le haschich ; par contre, ceux qui ont consommé tardivement, ont le plus souvent commencé directement avec le produit actuel, c'est-à-dire l'héroïne. 48 % des personnes rencontrées au service des injonctions thérapeutiques par le délégué de la DDASS ont ainsi débuté leur usage de stupéfiants à l'âge adulte, par l'utilisation de l'héroïne.

Pour les premiers, à l'entrée précoce par le haschich, plutôt que l'hypothèse d'un moindre intérêt pour l'usage de produits illicites des générations plus jeunes ou d'une entrée plus tardive dans la consommation, que contestent toutes les enquêtes faites en milieu scolaire

(par exemple, Choquet et Ledoux, 1996), il faut sans doute y voir une plus grande tolérance actuelle à ce phénomène, voire une meilleure information des jeunes et de leur famille sur les problèmes de la drogue, d'où un signalement plus tardif, que ce soit auprès des structures sanitaires ou des autorités judiciaires.

La prolongation de la cohabitation avec les parents est également un argument avancé par les éducateurs du comité de probation (voir le troisième chapitre) pour expliquer l'âge grandissant des usagers. La famille ferait ainsi écran entre l'utilisateur et l'institution, en assumant la conduite de dépendance, voire en la facilitant, par crainte justement des conséquences possibles. Les problèmes d'insertion sur le marché de l'emploi ne sont pas étrangers dans ce retard à prendre un logement indépendant. En cas de « coup dur », en particulier la perte de l'emploi, on constate une reprise du logement sous le toit parental, quasiment quel que soit l'âge.

Pour les seconds, entrés plus tardivement directement avec l'héroïne, on peut évoquer les difficultés d'insertion, les longues périodes d'inactivité avant de trouver un premier emploi, ou au contraire l'influence du chômage, donc d'une perte d'emploi.

La possibilité pour les médecins de ville de prendre en charge les usagers de produits stupéfiants, hors les cas de pathologie lourde associée peut aussi contribuer à retarder le moment du recours à des structures spécialisées ou aux hôpitaux. Nous y reviendrons dans l'étude de la prise en charge sanitaire.

Nous avons affaire ici à des usagers de longue date, ayant eu de nombreux contacts tant avec le système judiciaire que le système sanitaire. Cette remarque peut sembler en contradiction avec le texte de la loi qui ne prévoit l'injonction thérapeutique que pour un premier usage illicite de stupéfiants. Différents éléments vont nous permettre de comprendre cette situation. Tout d'abord, cela pose bien évidemment la question du « recrutement » de ces injonctions thérapeutiques, à savoir s'il y a un choix opéré par exemple au niveau des services de police quant aux types d'usagers susceptibles de bénéficier de cette mesure. Les mineurs et les jeunes majeurs sont ici manifestement écartés de cette orientation.

De surcroît, il convient de noter l'expérience menée par cette juridiction à partir de 1996 (soit un an après la cohorte observée), visant à proposer aux jeunes majeurs une mesure de médiation. Cette expérience devrait contribuer à « vieillir » la population ayant bénéficié d'une injonction thérapeutique en en faisant également sortir les 18-25 ans donc en la réservant aux plus de 25 ans. Il faudra attendre les résultats sur la cohorte de 1997 pour voir l'impact de cette nouvelle procédure.

L'âge, en ce qu'il est lié au temps, à la durée écoulée depuis le début de l'usage de toxiques ou encore au début de la délinquance, est une variable fondamentale à prendre en compte dans les analyses. Les limites en sont importantes, si l'on ne dispose que de cette variable, car nous avons vu clairement qu'à âge égal, peuvent coexister des histoires de vie très variées. En fait, à partir de ce fichier des injonctions thérapeutiques, deux grandes catégories d'usagers peuvent être d'ores et déjà esquissées, même si les développements ultérieurs sont indispensables pour affiner l'analyse.

Pour une première catégorie d'usagers, l'âge moyen observé (autour de 28 ans) est le résultat d'un long processus qui prend pied au sortir de l'enfance, ou au début de l'adolescence. Ce processus peut s'initier soit par l'entrée dans la délinquance, une rupture familiale, une sortie précoce du système scolaire -l'absentéisme en est un marqueur évident- qui va débiter une période de « galère », la non-insertion sur le marché du travail, l'absence de vie conjugale, etc... disons l'enclenchement d'une sorte de déchéance, souvent même physique, qui les laisse en marge de la société. Seule une intervention très prolongée, avec la possibilité de nouveaux ancrages, par le travail, par l'affiliation à la sécurité sociale ou aux ASSEDIC paraît susceptible de rompre cet enchaînement. Comme le montrent des articles consacrés au sida, leur perte de statut est tellement forte, qu'ils s'en sortent parfois lorsqu'ils acquièrent le statut de malade.

Exemple (DDASS60) : R. a 26 ans, il est célibataire et vit chez son père. Il travaille dans la boulangerie, il a la formation mais n'a pas obtenu son CAP. Actuellement il n'a pas d'emploi. Il a pris du haschich à 16 ans et a commencé l'héroïne à 20 ans. Ses antécédents sur la chaîne pénale comportent 22 inscriptions dont deux concernent les stupéfiants. Postérieurement aux faits d'usage dont il s'agit, la chaîne pénale enregistre deux nouvelles affaires. Il a fait plusieurs sevrages et a déjà été incarcéré. Pendant la durée de l'injonction thérapeutique, il est également suivi par le comité de probation et le centre spécialisé CSST2. Ce dernier a été contacté, il se présente régulièrement. Le parquet est donc informé d'un suivi positif.

Une seconde catégorie d'usagers se crée au contraire autour d'un événement entraînant une rupture dans une biographie jusqu'alors cohérente. Il peut s'agir d'un deuil, d'une rupture familiale ou professionnelle, voire d'un simple accident de la circulation routière. Leur vie bascule après cet événement par des ruptures en cascade, tant familiales que professionnelles. Ils cherchent un secours dans les médicaments, les drogues illicites en étant un exemple extrême. Les repères ne sont que temporairement absents et d'ailleurs leur interpellation par les services de police intervient rapidement après le début de l'usage, qui ne représente bien souvent alors qu'un appel au secours, tout comme une tentative de suicide. Ils sont moins bien insérés dans le contexte délinquant et dans les réseaux d'approvisionnement donc plus facilement repérés par les forces de l'ordre (éducateur). Pour cette catégorie d'usagers, le rappel à la loi et la proposition d'une aide spécialisée permettent d'essayer de reconstruire.

Exemple : M. est âgé de 36 ans au moment des faits, il est pharmacien, marié et père d'un enfant. Il n'a pas d'antécédent judiciaire. Il consomme de l'héroïne depuis deux ans, suite à une opération très difficile, comme traitement antidouleur. Il est très déprimé. Orienté sur un centre spécialisé, il ne s'y présente pas mais après un rappel, entame un suivi en médecine de ville. Durant la durée de l'injonction thérapeutique, il consulte quatre fois le médecin.

Il n'est pas question de réduire l'ensemble des usagers de produits illicites à ces deux catégories, nous illustrons pour l'instant notre propos sur l'âge, au travers de la lecture des différentes affaires consultées pour cette recherche. Certains usagers de cette cohorte ont appartenu successivement à ces deux catégories : après une longue période dans la drogue, ils se sont stabilisés par le travail, la vie familiale... puis ont « replongé » à la première rupture (sentimentale, professionnelle, accidentelle...).

II. La prise en charge et l'orientation judiciaires

Les procès-verbaux pour usage illicite de stupéfiants donnant lieu à une mesure d'injonction thérapeutique sont massivement établis par les commissariats implantés sur le département (81 %), et pour un petit nombre d'entre eux par la direction départementale de la police judiciaire (moins de 3 %) ou par la brigade des stupéfiants de Paris (16 %). Ce dernier chiffre non négligeable, montre bien la difficulté de l'analyse locale, les interpellations sur un département limitrophe de la capitale ne décrivant que très imparfaitement l'activité de la juridiction. Ce pourcentage paraît relativement stable dans le temps puisque pour la cohorte de 1988-1989, il était de 19 % (Facy, 1993).

Sur l'ensemble des personnes ayant reçu une convocation pour un rendez-vous judiciaire, 43 % ne se présenteront pas au parquet. Par contre, une permanence de la DDASS étant organisée dans les locaux-mêmes du parquet, aucune déperdition n'a lieu entre le rendez-vous judiciaire et le rendez-vous sanitaire.

Sur ce ressort en 1995, l'injonction thérapeutique est utilisée quasi-exclusivement pour les usagers d'héroïne (près de 88 % des injonctions thérapeutiques), puis très loin derrière pour la cocaïne (5 %) et le cannabis (moins de 4 %), outre quelques très rares affaires d'ectasy ou de LSD, toutes à l'initiative des services parisiens.

Cette description des produits s'avère également une caractéristique locale que les statistiques du ministère de la Justice ne permettent pas d'étudier. Seules les monographies

réalisées à l'échelle d'une juridiction apportent quelques précisions. Ainsi, une étude menée sur le parquet de Bobigny (Duprez *et al.*, 1996) montre que cette juridiction a prononcé 1 110 injonctions thérapeutiques en 1994 pour lesquelles la moitié des usagers s'est présentée, dont 62,5 % étaient des usagers de cannabis.

La quasi totalité des affaires ayant fait l'objet d'une injonction thérapeutique a reçu la qualification « usage de stupéfiants » ; à peine 1 % d'entre elles figure sous la qualification « détention de stupéfiants ». Ce choix correspond, nous l'avons vu, à l'esprit du texte de 1970 et des circulaires postérieures, puisque ce n'est que depuis 1995 qu'il est explicitement envisagé d'utiliser l'injonction même en cas d'infraction associée. Cela correspond aussi nous l'avons vu à la nécessité de sélectionner des affaires simples et élucidées, pour lesquelles la décision peut être prise par téléphone par le magistrat dans le cadre du traitement direct des procédures.

A/ Les antécédents judiciaires

Nous avons relevé les antécédents judiciaires des personnes pour lesquelles une injonction thérapeutique a été prononcée au bureau d'ordre pénal de la juridiction. Les données recueillies ne concernent que les affaires antérieures du même ressort (depuis 1973), ce qui est une limite évidente de cette source de données⁴²². Par contre, y figurent les affaires terminées par un abandon de poursuites, en particulier les classements sans suite antérieurs et les affaires de mineurs. S'agissant des injonctions thérapeutiques qui sont vouées à déboucher sur un abandon de poursuite, l'utilisation de telles données paraît pertinente.

Il ne s'agit pas ici d'étudier la récidive mais de mesurer les contacts antérieurs avec les services judiciaires, y compris lorsqu'il n'y a pas eu de suites pénales. Seuls 38 % des usagers ayant eu une injonction thérapeutique en 1995 n'avaient aucun antécédent, toutes infractions confondues, sur la chaîne pénale, près de 43 % en ayant de 1 à 9 et 14 % de 10 à 20, alors même que le seul ressort du domicile en 1995 est utilisé.

Le rapport d'activité du service des injonctions de Bordeaux, pour l'année 1996, fait également état d'une population au lourd passé judiciaire, mais sans indication de la méthode de recueil, sans doute sur la déclaration des intéressés : « *la moitié des personnes reçues a déjà fait par le passé l'objet de poursuites judiciaires, 38 % d'entre elles étant multirécidivistes (plus de deux incarcérations)* ».

Dans un deuxième temps, en parcourant les affaires inscrites, nous avons relevé celles qui concernent l'usage de stupéfiants et l'année de la première infraction de cette catégorie. Ainsi 71 % n'avaient pas d'affaire antérieure d'usage de stupéfiants, 16 % en avaient une et 13 % plus d'une.

⁴²² - La compétence en matière de stupéfiants est celle du domicile de la personne, mais une étude sur plusieurs années comporte le biais des migrations.

L'incarcération antérieure a été évaluée pour les personnes qui se sont présentées à partir de leur déclaration : plus du tiers d'entre elles indique avoir déjà été en prison, ou par la mention « détenu » sur la chaîne pénale pour certaines affaires y figurant. Le casier judiciaire pour cette information aurait été plus riche, mais il n'est pas demandé pour les injonctions thérapeutiques⁴²³.

Les contacts antérieurs avec le système judiciaire reviennent de façon récurrente dans les études sur l'efficacité de l'injonction thérapeutique, en particulier pour expliquer l'absence au rendez-vous judiciaire. Selon certains intervenants rencontrés (magistrats, psychologues, éducateurs...), un passé judiciaire lourd entraînerait une défiance vis-à-vis du tribunal qui amènerait l'utilisateur à refuser l'injonction thérapeutique. Pour d'autres, au contraire, un passé judiciaire lourd permettrait de mieux utiliser le judiciaire en évitant les poursuites de cette façon. Cette seconde position est également présente dans les écrits médicaux, le corps médical se sentant pris en otage par l'utilisateur qui l'utilise aux fins d'échapper aux poursuites.

A partir des données recueillies, il est possible de comparer les usagers selon qu'ils se sont ou non présentés au rendez-vous judiciaire et selon la présence au rendez-vous judiciaire en fonction des contacts précédents avec l'institution judiciaire. Le tableau n° 25 montre les résultats obtenus.

Tableau II-25 : Présence au rendez-vous au parquet selon les antécédents judiciaires

Effectifs

% ligne

% colonne

Présence	Antécédents judiciaires sur la chaîne pénale						Total
	aucun	1-2	3-6	7-10	11-19	20 et +	
Présent	45	22	29	12	27	12	147
	30,61	14,97	19,73	8,16	18,37	8,16	100,00
	35,71	40,00	47,54	36,36	69,23	63,16	44,14
Absent	81	33	32	21	12	7	186
	43,55	17,74	17,20	11,29	6,45	3,76	100,00
	64,28	60,00	52,46	63,64	30,77	36,84	55,86
Total	126	55	61	33	39	19	333
	37,64	16,52	18,32	9,91	11,71	5,71	100,00

Ce tableau montre que les usagers ayant un lourd passé judiciaire se présentent plus qu'en moyenne au rendez-vous judiciaire. Le clivage est particulièrement net au-dessus de 10 antécédents : les deux tiers viennent alors au parquet.

⁴²³ - Comme pour la plupart des abandons de poursuite ; seul le prononcé d'une peine, donc la poursuite, nécessite la prise en compte du casier judiciaire.

Le personnel rencontré, tant judiciaire que sanitaire, en charge du traitement de ces affaires a une représentation précise de l'influence du passé judiciaire. Pour le personnel du champ sanitaire, les récidivistes ont une très bonne connaissance du système pénal et savent bien l'utiliser, y compris pour échapper aux poursuites pénales. Pour le personnel judiciaire, au contraire, les personnes ayant un casier judiciaire chargé ne veulent absolument pas s'approcher du tribunal, par crainte de « tomber » (d'être incarcéré).

Mais ces affirmations reposent souvent sur une définition très restrictive des antécédents judiciaires à savoir des peines précédentes d'emprisonnement ferme. C'est d'ailleurs cette indication précisément qui est recueillie lors des entretiens avec le délégué de la DDASS.

Le résultat obtenu ici permet d'émettre l'hypothèse que les personnes ayant un lourd passé judiciaire mesure mieux le risque encouru en se soustrayant à l'injonction thérapeutique, surtout lorsqu'elles ont déjà été condamnées pour usage de stupéfiants. Lors de la première infraction, l'idée relativement répandue dans le grand public que l'on n'est jamais condamné pour simple usage est peut être la plus forte, ce qui les amène à ne pas déférer à la convocation.

Ici, sauf pour le regroupement 3 à 6 antécédents, la présence d'antécédents paraît amener une meilleure coopération. Voici le cas de K. qui montre néanmoins les variations possibles dans l'attitude des personnes concernées.

Exemple (DDASS75) : K. est né en 1969, il est célibataire, sans domicile fixe (il dort dans un squatt). Il est issu d'une famille de 4 enfants et a un niveau de sixième.

Il a commencé l'héroïne à 16 ans et le haschich à 14, et prend également des médicaments. Sa consommation actuelle est variable, au maximum une dose par jour. Il déclare avoir été incarcéré plusieurs fois, y compris avant sa toxicomanie. Il n'a jamais été suivi.

Son passé judiciaire est très lourd : la chaîne pénale comporte 66 antécédents depuis 1984 (nous avons vérifié, le nom, la date de naissance et la filiation) dont 3 affaires d'usage de stupéfiants et 9 affaires postérieures à celle-ci, dont 7 vols, avec un recul de deux ans.

Il se présente au rendez-vous judiciaire pour des faits d'usage du 15 avril 1995. Il est orienté sur un centre spécialisé où il se présente régulièrement, mais il est noté qu'il vient pour parler mais n'exprime aucune demande de soins. Après une réponse positive au parquet, il bénéficie d'un classement sans suite.

Pourtant, interpellé une nouvelle fois, toujours pour des faits d'usage le 18 octobre 1995, il ne se présente pas, est jugé contradictoirement et condamné à deux mois fermes.

Pour éviter le biais éventuel lié au traitement de toutes les affaires pénales antérieures, nous avons ensuite appliqué ce même croisement de données aux seuls antécédents en matière d'usage de stupéfiants, en distinguant non seulement la présence au rendez-vous judiciaire mais l'issue du suivi par la DDASS. On obtient alors le tableau n° 26.

Par accord entre le parquet et la DDASS, le suivi est considéré comme positif si la personne se présente à trois consultations ou visites dans la structure qui lui a été désignée lors du rendez-vous au parquet (les orientations sanitaires seront étudiées plus avant).

Tableau II-26 : Suivi par la DDASS selon les antécédents d'usage de stupéfiants

Effectif
% ligne
% colonne

Suivi sanitaire	Antécédents d'usage figurant au BOP			Total
	aucun	1	2 et +	
Aucun	101	26	20	147
	68,71	17,69	13,61	100,00
	42,08	47,27	52,63	44,14
positif	127	26	15	168
	75,60	15,48	8,93	100,00
	52,92	47,27	39,47	50,45
négatif	12	3	3	18
	66,67	16,67	16,67	100,00
	5,00	5,45	7,89	5,41
Total	240	55	38	333
	72,07	16,52	11,41	100,00

Pour ce qui est de la mise en place du suivi sanitaire en fonction des antécédents d'usage de stupéfiants, le résultat va dans le sens opposé à celui observé sur la totalité des antécédents judiciaires : la part de ceux qui ne viennent pas, donc sans aucun suivi, augmente en fonction du nombre d'antécédents.

De même, le résultat du suivi est d'autant plus souvent positif qu'il y a moins d'antécédents : les trois quarts des suivis positifs concernent des personnes sans antécédents d'usage.

L'interprétation est quelque peu différente ; on peut penser que la multiplication des antécédents d'usage de stupéfiants montre une installation dans la toxicomanie. Cette analyse sera complétée par la suite avec la description des contacts antérieurs avec le réseau sanitaire.

Là aussi, nous pouvons illustrer ce tri croisé par deux exemples, l'un d'absence de suivi avec un passé d'ILS lourd (plus de deux mentions antérieures), l'autre d'un suivi positif sans antécédents.

Exemple (IT182) : A. est né en 1965, il a été interpellé le 22 juillet 1995 pour usage d'héroïne. Il ne se présente pas au rendez-vous judiciaire. Jugé le 13 décembre 1995 (contradictoire à signifier), il est condamné à quatre mois fermes.

La chaîne pénale indique 29 affaires depuis 1977 (assistance éducative) et 8 affaires de stupéfiants depuis 1984.

Bien que sélectionné au hasard parmi les cas présentant un suivi positif et pas d'antécédent d'ILS sur la chaîne pénale, l'exemple suivant est assez atypique, puisqu'il s'agit d'une jeune femme, au niveau scolaire relativement élevé dans cette cohorte.

Exemple (DDASS14) :

C. est une jeune femme de 21 ans, qui habite chez sa mère, ses parents étant séparés. Elle a un frère. Elle a un bac professionnel de restauration et a déjà travaillé comme chef de rang dans un restaurant. Elle est actuellement à la recherche d'un emploi.

Elle a commencé sa consommation d'héroïne à 15 ans, sans autre produit. Elle a effectué différents suivis depuis quelques années. Elle est actuellement suivie par un hôpital parisien et sous méthadone, qui lui convient bien. Le médecin qui la suit indique que c'est une jeune femme qui a la volonté de s'en sortir.

La chaîne pénale montre un antécédent de vol en 1986, donc en tant que mineure, mais aucun antécédent d'ILS. L'affaire est classée sans suite le 27 mars 1995.

B/ Les décisions prises

Environ 60 % des affaires se terminent par un classement sans suite, 36 % par un renvoi devant le tribunal correctionnel, les autres faisant l'objet d'un dessaisissement sur un autre parquet ou d'une jonction.

La décision prise par le parquet est directement liée au résultat du suivi par la DDASS : 86 % des classements sans suite ont lieu après un suivi positif -selon la définition retenue par la juridiction voir *infra*- bien que quelques uns aient eu lieu alors que l'usager ne s'était pas présenté (8 %) ou après un suivi négatif (1 %). Dans ces deux derniers cas, il s'agit apparemment d'un dysfonctionnement du service, le cas le plus fréquent étant que la date d'audience a été dépassée⁴²⁴.

A contrario, toutes les citations devant le tribunal correctionnel ont lieu soit en l'absence de suivi, soit après un suivi considéré comme négatif par la DDASS. Enfin, les autres décisions ont été prises sans qu'il y ait de suivi sanitaire.

119 affaires sont finalement renvoyées devant le tribunal correctionnel. Les dispenses de peine ne sont que très rares. Une seule peine est généralement prononcée, sauf quelques confiscations à titre de peine complémentaire. Les condamnations les plus courantes sont le sursis avec mise à l'épreuve (45 %) et la prison ferme (38 %), plus quelques sursis simples. Seule une personne a été condamnée à une peine d'amende. Aucune peine de travail d'intérêt général n'a été prononcée.

Le choix entre la prison ferme et le sursis avec mise à l'épreuve paraît directement lié au suivi sanitaire : 92 % des sursis avec mise à l'épreuve sont prononcés sans qu'il y ait eu de contact avec la DDASS (l'usager ne s'est pas présenté) contre 8 % seulement pour des suivis négatifs. Les condamnations à la prison ferme sont prononcées à 78 % pour une absence de suivi et à 22 % pour un suivi négatif. Bien que les effectifs en cause soient faibles, il est paradoxal de constater que les usagers ayant entamé un suivi sanitaire mais ne l'ayant pas mené à terme sont plus lourdement sanctionnés que ceux ne l'ayant pas tenté : l'emprisonnement ferme domine dans le premier cas (56 % des usagers ayant un suivi négatif sont condamnés à une peine ferme), la mise à l'épreuve dans le second. Mais nous venons de constater que les personnes ayant de lourds antécédents judiciaires se présentent plus souvent qu'en moyenne. Ces notions méritent d'être approfondies.

Essayons d'illustrer par deux exemples, ces situations contrastées.

⁴²⁴- Ce cas pourrait tout aussi bien être réglé par une citation directe pour une nouvelle date d'audience mais ce choix n'est pas fait, peut-être du fait qu'il s'agit d'une année de mise en place d'une nouvelle organisation.

Exemple (IT 300) :

B. a 34 ans. Il a été interpellé le 9 novembre 1995 pour usage de cocaïne. Il ne se présente pas au rendez-vous judiciaire. Le jugement, contradictoire à signifier, le condamne à 1 mois d'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve pendant 18 mois, comportant une obligation de soins.

Ses antécédents judiciaires montrent 12 affaires depuis 1982, dont trois d'ILS. Il a déjà été condamné à de l'emprisonnement ferme.

Il est difficile, après reconstruction d'un dossier, de faire la part des éléments ayant pu influencer le jugement prononcé. L'exemple qui suit montre un usager qui se présente au parquet mais ne respecte pas ensuite le contrat. Son antécédent d'emprisonnement ferme a pu jouer au moins autant que son refus de se conformer au suivi de l'injonction thérapeutique. Nous verrons néanmoins, par l'étude de la motivation des jugements pour la cohorte suivie dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, que certains magistrats retiennent l'argument de la non-soumission à une décision de Justice pour justifier une peine sévère.

Exemple (DDASS80) :

O. est né en 1970, il vit au domicile de ses parents, il est enfant unique. Il a un niveau de classe de cinquième, il a fait des petits boulots et de l'intérim et est actuellement à la recherche d'un emploi. Il a été interpellé pour usage d'héroïne.

Il déclare se droguer à l'héroïne depuis l'âge de 17 ans (haschich à 15 ans), depuis le début sa consommation est quotidienne. Il n'a jamais consulté. Il a arrêté sa consommation lors de son incarcération (18 mois) mais l'a reprise ensuite. Actuellement, il consomme ¼ de gramme par jour.

Il se présente au rendez-vous judiciaire le 16 mai 1995 et est orienté vers un centre spécialisé. Il ne s'y présente pas, malgré une lettre de rappel le 22 août.

Ses antécédents judiciaires : un vol avec effraction en 1994, pour lequel il a été en prison. Par jugement du 13 septembre, il est condamné (contradictoire à signifier) à 4 mois fermes. Il fait appel.

Ces peines fermes sont d'autant plus sévères qu'elles sont réputées contradictoires du fait de la procédure suivie : l'officier de police judiciaire remet une convocation pour

l'audience à l'intéressé qui signe pour attester qu'il en a pris connaissance. Dès lors, ces jugements sont uniquement susceptibles d'appel et non d'opposition.

Ce résultat est d'autant plus intéressant que V. Sagant (1997) montre bien les disparités à ce niveau dans les choix des juridictions : certaines d'entre elles choisissent le classement sans suite dès lors qu'il y a eu un contact avec l'autorité sanitaire.

Dans l'expérience de Bordeaux, il est noté que « les poursuites sont peu souvent engagées pour non respect de l'injonction thérapeutique ». C'est d'ailleurs ce qui est la plupart du temps rapporté dans la presse ou dans les articles : le non respect de l'obligation de soins ne débouche sur aucune sanction pénale.

Ici au contraire, le non respect débouche systématiquement sur la poursuite, ce qui est d'ailleurs l'esprit de la plupart des circulaires du ministre de la Justice, insistant sur la crédibilité de la mesure au travers d'une telle mise en œuvre.

La circulaire du 28 avril 1995, qui demande une réponse ferme en cas d'échec de l'injonction thérapeutique ne fait pas de distinction entre absence de suivi et échec du suivi. La réponse ferme devrait bien au contraire plutôt concerner ceux qui n'acceptent pas la mesure, donc qui n'ont pas de suivi. Autre remarque, traduire réponse ferme par prison ferme, alors que la prison pour le seul usage de stupéfiants est très contestée, paraît quelque peu alimenter la mauvaise presse dans laquelle est bien souvent la mesure d'injonction thérapeutique dans l'opinion publique, donc peut-être auprès des usagers (un chantage à la prison). Une étude plus approfondie des caractéristiques des usagers concernés s'impose.

Un autre enjeu, en termes d'évaluation de l'efficacité de la mesure, est de comparer les usagers ayant eu un suivi positif aux autres⁴²⁵, pour ce qui est de la commission de nouvelles infractions. Le délai écoulé entre la fin de la mesure et le moment où l'on réinterroge la chaîne pénale informatisée joue un grand rôle : les injonctions les plus récentes (prononcées à la fin de l'année 1995) ont une durée d'observation plus courte de près d'un an. L'éventualité d'une nouvelle interrogation après un an est déjà envisagée, de façon à bénéficier d'une enquête à passage répété pour le suivi de cette cohorte d'usagers.

En l'état, après un délai variant de un à deux ans, près de 30 % des usagers pour lesquels une injonction thérapeutique a été prononcée en 1995 ont au moins une nouvelle affaire d'usage de stupéfiants traitée par la même juridiction. Une bonne moitié d'entre eux n'ont qu'une seule nouvelle affaire, les autres le plus souvent deux ou trois, un très petit nombre jusqu'à huit. L'intérêt des données présentées ici est qu'elles portent sur l'ensemble de la cohorte, qu'il y ait eu ou non un suivi sanitaire ; nous évitons ainsi l'écueil le plus courant de ce type d'études, à savoir de ne raisonner que sur les injonctions positives (Facy, 1993).

⁴²⁵ - Nous entendons pour le moment suivi positif, selon le résultat qui est communiqué au parquet. Une discussion de fond s'impose sur ce qu'est ou peut être un suivi positif, que nous aborderons dans les parties suivantes.

Or, comme le montre le tableau n° 27 ci-dessous, l'effet d'un suivi positif de la mesure d'injonction thérapeutique, s'il existe, n'est pas flagrant : 73 % de ceux qui ont eu un suivi positif n'ont pas de nouvelle affaire contre 70 % en moyenne et 67 % de ceux qui ne se sont pas présentés.

Tableau II-27 : Répartition des injonctions thérapeutiques selon le suivi par la DDASS et le nombre d'affaires d'usage de stupéfiants postérieures

Effectifs
% ligne
% colonne

Suivi DDASS	Affaires postérieures d'usage de stupéfiants			Total
	aucune	une	deux ou plus	
pas de suivi	99	25	23	147
	67.35	17.01	15.65	100,00
	42.31	48.08	48.94	44.14
Suivi positif	123	25	20	168
	73.21	14.88	11.90	100,00
	52.56	48.08	42.55	50.45
Suivi négatif	12	2	4	18
	66.67	11.11	22.22	100,00
	5.13	3.85	8.51	5.41
Total	234	52	47	333
	70.27	15.62	14.11	100.00

Le délai écoulé entre le début effectif du suivi et la commission de nouvelles infractions a sans doute de l'importance : il faudrait distinguer entre les affaires commises immédiatement ou rapidement après les premiers faits (ayant donné lieu à l'injonction) et celles commises après la fin de la mesure ; là aussi la nécessité d'un passage répété s'impose. En effet, lors du recueil des données, nous avons constaté que souvent les usagers font l'objet d'interpellations répétées sur un court délai après les faits ayant donné lieu à injonction, bien souvent avant sa mise en place effective. Dans ce cas, ce ne sont pas les interpellations répétées qui sont l'élément déterminant, mais au contraire leur arrêt ensuite.

Pour d'autres usagers au contraire, alors que le suivi était considéré comme positif, les interpellations continuaient même après un recul de plusieurs mois. Cette situation peut alors être interprétée d'une façon plus négative, si l'on considère par exemple, que l'injonction thérapeutique n'est alors qu'un moyen d'échapper aux poursuites.

Exemple (DDASS142) :

K. est né en 1964, il est issu d'une famille de 3 enfants. Il est célibataire et dispose d'un domicile personnel. Il a obtenu un bac technique. Après quelques années comme professeur de français à l'étranger, il est entré à la RATP. Il a cessé cet emploi du fait de son usage de stupéfiants (le dossier ne mentionne pas explicitement qu'il ait été licencié). Il est actuellement à la recherche d'un emploi.

Il consomme de l'héroïne (sniff) depuis l'âge de 17 ans, du haschich à 16 ans. Sa consommation maximum a été de deux doses par jour vers 1990. Il a fait de très nombreux sevrages dont plus de cinq en milieu hospitalier. Il n'a jamais été incarcéré. Il est suivi par un psychiatre de Marmottan depuis juin 1994.

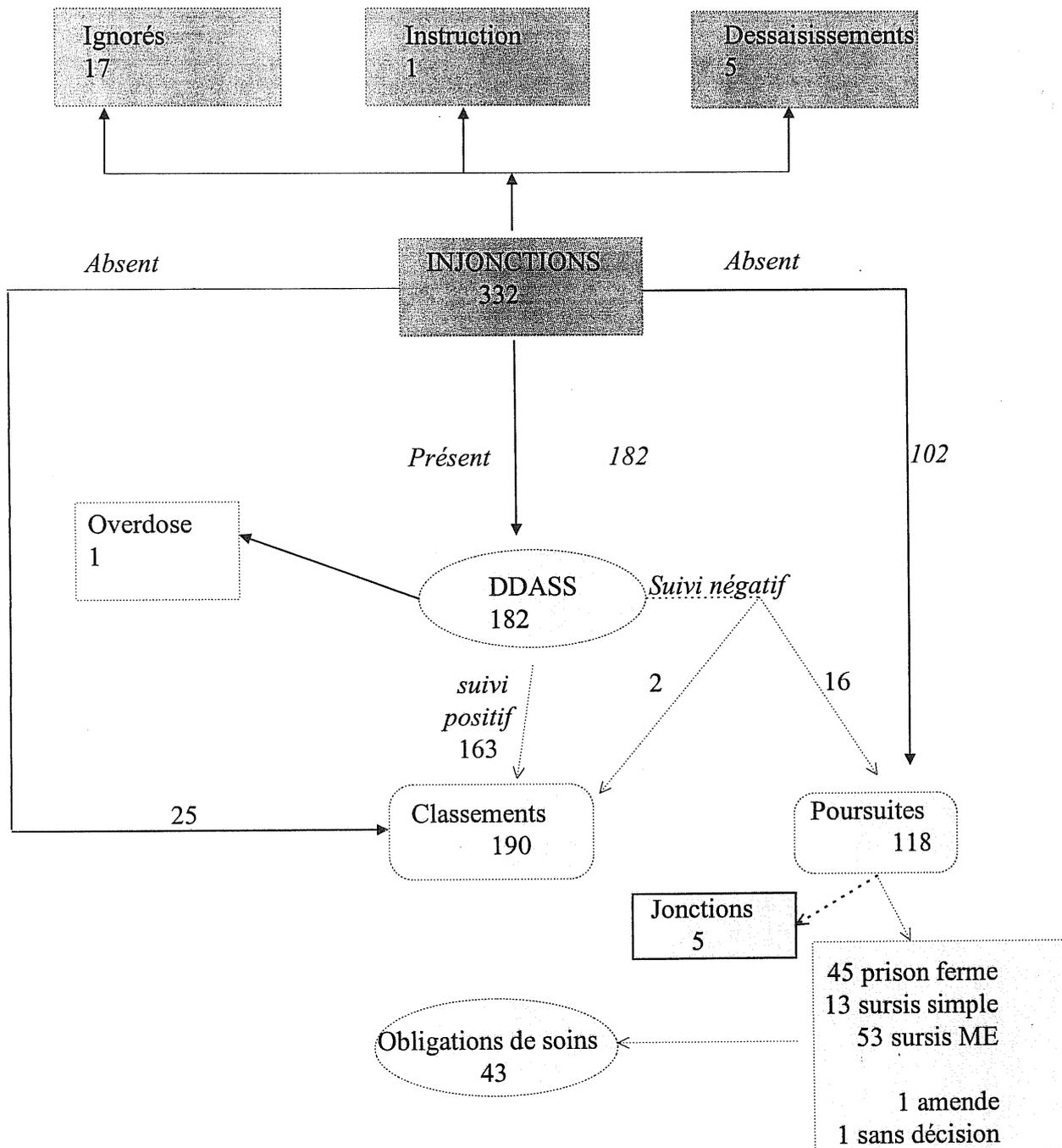
Il respecte son contrat (trois rendez-vous) et bénéficie d'un classement sans suite le 29 mars 1996. Ses antécédents judiciaires montrent quatre affaires depuis 1994 dont une d'usage de stupéfiants.

Interpellé de nouveau le 25 juillet 1996 pour usage de cocaïne, il est encore orienté vers une injonction thérapeutique et se présente au rendez-vous du 3 septembre. Il est ensuite inculpé dans une affaire d'offre et cession de stupéfiants qui est renvoyée à l'instruction.

Le recueil des données ayant eu lieu début 1997, nous n'avons pas de renseignements postérieurs pour le moment.

Afin de donner une vision simplifiée des différentes orientations choisies dans ce parquet et du moment du passage entre services judiciaires et service de la DDASS, nous avons repris l'ensemble de ces données sur la figure n° 10, page suivante.

Figure II-10 : Orientation des injonctions thérapeutiques et décisions prises, année 1995



III. L'orientation sanitaire

La DDASS dispose de vacations permettant une permanence hebdomadaire dans les locaux du tribunal de grande instance. La personne chargée de recevoir les usagers faisant l'objet d'une injonction thérapeutique les voit immédiatement après le substitut, au parquet. Tous les usagers présents au rendez-vous judiciaire font donc l'objet d'une orientation le même jour par la personne déléguée par la DDASS. Cette orientation est spécifiée par écrit sur un imprimé de « notification », qui est alors signé par le prévenu⁴²⁶.

En cas de manquement de la personne aux obligations qu'elle a ainsi acceptées, un rappel est effectué par courrier par les services sanitaires. Ce rappel est ainsi libellé⁴²⁷ : « J'insiste encore sur le fait que l'injonction thérapeutique dont vous avez fait l'objet est une alternative à l'incarcération... ». Cette façon de présenter les choses est pour le moins curieuse, car il ne s'agit ici que d'alternatives aux poursuites, mais c'est une formulation que l'on retrouve dans de nombreuses publications sur cette mesure.

Le nombre de personnes reçues chaque année s'est modifié : après une hausse constante de 1990 (171 personnes reçues) à 1994 (254 personnes), l'activité a de nouveau diminué pour 1995 (181 personnes).

Lors du premier entretien avec l'utilisateur qui dure en moyenne une demi-heure, la personne déléguée par la DDASS note sur un registre un ensemble de renseignements concernant la situation professionnelle, familiale, les antécédents en matière de toxicomanie. Un dépouillement de ce registre avec des fiches de codage anonymes est effectué chaque année et donne lieu à un traitement informatisé servant de base au rapport d'activité publié par le service. Il s'agit ici d'un entretien de type enquête sociale, les personnes ne passent pas d'examen médical.

Cette pratique est également très diversifiée en France, selon les départements, les usagers soumis à une injonction thérapeutique par le parquet, seront ou non examinés par un médecin et feront ou non l'objet d'une enquête sociale. Pour l'année 1990, F. Facy (1991) dans l'enquête nationale de la DGS fait état des résultats suivants : pour 76 départements ayant répondu, l'autorité sanitaire fait procéder dans 74 % des cas à l'examen médical et dans 41 % des cas à l'enquête sociale, prévus dans l'article L. 355-15. Les raisons ne sont pas précisées, mais une ample partie de ce rapport fait état des choix budgétaires des services chargés des injonctions thérapeutiques.

Le fichier que nous avons constitué à partir des renseignements disponibles sur le logiciel informatique du service des injonctions thérapeutiques est anonyme, de même que les

⁴²⁶ - Voir en annexe.

⁴²⁷ - Voir en annexe.

fiches mises à notre disposition par la DDASS. Une procédure d'appariement manuel des numéros d'identification a été nécessaire pour disposer pour chaque personne des renseignements judiciaires et sanitaires. Le registre est chronologique selon les dates de rendez-vous judiciaires, à partir de ces dates et de la date de naissance, la personne déléguée par la DDASS a pu identifier sur ses registres les personnes et nous indiquer le numéro d'identification correspondant. Nous avons alors porté le numéro de fiche DDASS sur nos propres fiches et saisi les données des fiches DDASS sur le même fichier.

Près de la moitié des injonctions prononcées par la juridiction ne fait pas l'objet d'un suivi sanitaire puisque les personnes ne se sont pas présentées au rendez-vous judiciaire. Il importe pour commenter les résultats obtenus de confronter les individus qui se sont présentés à ceux qui ne se sont pas présentés. En effet, travailler sur les seuls individus qui ont accepté la mesure introduit un biais de sélection dans l'analyse qui en infirme la validité.

Un premier résultat a ainsi attiré notre attention : parmi les personnes suivies par la DDASS, seules 3 % ont vu leur injonction prononcée par une autre juridiction (donc hors département). Or, sur l'ensemble du fichier, nous l'avons vu, 16 % des injonctions proviennent d'autres parquets. La proximité des services chargés de l'injonction thérapeutique et du parquet prononçant la mesure apparaît donc comme un premier élément de succès de la mesure. Nous l'avons vu, les commissariats du ressort remettent en mains propres à l'usager une convocation pour une date d'audience, tandis que les commissariats hors du département transmettent la procédure par voie postale au parquet qui doit ensuite convoquer les personnes par courrier. On peut supposer que la convocation remise en mains propres par un officier de police judiciaire, avec une explication quant au rôle de la mesure prononcée et une date de rendez-vous déjà fixée, est mieux comprise des usagers de stupéfiants, ou qu'elle a plus de poids, ce qui contribue à assurer leur présence lors du rendez-vous judiciaire.

A/ Les antécédents sanitaires :

Les antécédents des personnes rencontrées sont succinctement relevés lors de l'entretien à la permanence de la DDASS. Deux variables sont ainsi renseignées : les contacts antérieurs avec le réseau de soins spécialisés et les sevrages éventuels et l'association d'autres produits avec le produit principal ayant provoqué l'interpellation.

(a) Les contacts antérieurs avec le réseau de soins

L'âge relativement élevé de la population étudiée ici a également des conséquences sur les trajectoires individuelles en termes de contacts avec les institutions sanitaires, puisque la durée considérée est souvent proche de dix ans.

La plupart des usagers de stupéfiants présents à l'injonction thérapeutique a eu des contacts avec un centre spécialisé (56 %) ou le réseau de soins (26,4 %). D'ailleurs 68 % déclarent avoir déjà effectué au moins un sevrage antérieur.

Ce résultat n'est pas contradictoire avec celui de l'enquête de F. Facy (1991), repris dans de nombreuses circulaires selon lequel pour 59 % des personnes suivies en injonction thérapeutique, celle-ci a été l'occasion d'un premier contact avec la structure sanitaire. En fait, ce pourcentage est une moyenne établie pour les 61 départements ayant répondu à la question. L'auteur indique que la variabilité est extrême selon les départements puisque l'écart-type est de 32. Or, nous avons déjà noté, en commentant cette même enquête, l'importance pour les résultats de la présence de structures spécialisées sur le département.

S'agissant pour notre enquête, d'un département très fortement équipé en structures de soins, d'accueil et comportant pas moins de sept centres spécialisés, la probabilité de contacts est d'autant plus grande.

Or, nous avons également montré combien la part de la région Ile-de-France pèse sur les résultats nationaux, la présence d'un équipement important influence les résultats de cette région et la moyenne nationale.

D'autre part, nous avons vu également l'augmentation et la diversification de l'offre en faveur des toxicomanes, consécutives à la réforme des établissements spécialisés en 1992 et aux différents plans de lutte contre la toxicomanie, qui élèvent la probabilité de contacts.

Les autres services d'injonctions thérapeutiques, pour lesquels nous disposons d'informations récentes, font également état d'une population en contact avec les structures. Ainsi à Bordeaux en 1996, 39 % des usagers sont déjà suivis régulièrement à leur entrée dans le dispositif, 27 % ont effectué une ou plusieurs cures de sevrage en milieu hospitalier.

Enfin, le faible pourcentage des contacts antérieurs avec le réseau de soins spécialisés au niveau national peut s'expliquer par l'application de la mesure d'injonction thérapeutique à des usagers de cannabis. Ces derniers ne se considèrent pas comme dépendants et ne consultent pas les centres de soins spécialisés. Ici, au contraire, notre cohorte ne comporte que des usagers d'héroïne, qui sont largement majoritaires dans les consultations destinées aux toxicomanes.

L'éventuel suivi dans un programme de substitution est un autre élément important pour évaluer ces antécédents sanitaires : près de 18 % des sujets vus ici déclarent suivre un traitement à la méthadone. S'agissant de l'année 1995, donc au début des programmes de substitution, le respect du protocole (voir partie législative) implique qu'il s'agisse de toxicomanes lourdement dépendants à l'héroïne depuis plusieurs années et qui se soumettent à un suivi régulier.

(b) Les produits associés

Le graphique n° 5 nous avait montré que pour près de la moitié des consommateurs actuels d'héroïne, le produit de début avait été le cannabis. Cette constatation n'est pas surprenante compte tenu des résultats montrés par les enquêtes en milieu scolaire sur la diffusion de cette consommation parmi les adolescents (Choquet, Ledoux, 1996). On peut de plus penser que nous avons ici affaire à des jeunes ayant quitté précocement le cursus scolaire et qui ont une consommation supérieure à la moyenne de celle de leur classe d'âge. La consommation de cannabis précède de quelques années celle d'héroïne.

Les autres produits de début comme les médicaments et l'alcool sont beaucoup moins souvent cités dans les enquêtes, ou ne sont pas systématiquement relevés. Il s'agit en fait de produits licites qui échappent à la répression et sont donc rarement signalés dans les dossiers judiciaires. Ces produits sont consommés soit antérieurement au produit actuel soit en complément, en particulier dans les périodes où l'approvisionnement est difficile.

Ce mode d'initiation de la consommation est souvent dénoncé par les médecins (Olivenstein) qui y voient une hypocrisie de la société actuelle qui apprend aux enfants que le bien-être peut s'obtenir par un produit et s'étonne ensuite du recours à des produits interdits.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons illustrer ce propos par un exemple, toujours extrait des notes prises lors de l'entretien DDASS :

DDASS68 : P. est né en 1971, il vit actuellement en concubinage et a un enfant. Il a un frère. Son père est décédé en 1985 et sa mère est handicapée suite à un accident. Il vit toujours au domicile de cette dernière. Mineur, il a été placé dans un foyer. Il a arrêté ses études en première et travaille en intérim à des travaux divers.

A 13 ans, à la mort de son père, il a commencé à consommer les médicaments de sa mère (Rohypnol, Tranxène, Lexomil). Il est passé à l'héroïne à 16 ans, sa consommation a été rapidement très forte mais il retourne toujours aux médicaments.

Il subit un sevrage en prison où il est incarcéré pour deux mois et demi comme mineur. Il passe à l'alcool à 19 ans. Il est de nouveau condamné à une peine de prison ferme : 30 mois effectués, dont il sort à 21 ans. A sa sortie il reprend de l'héroïne, actuellement un gramme par jour. Il est aujourd'hui séropositif.

Bien qu'il se soit présenté à l'injonction thérapeutique et qu'une orientation ait été faite, il ne se présentera pas auprès de l'association spécialisée. Il est condamné à six mois de prison ferme et est incarcéré à la clôture du dossier.

Les données de l'enquête du SESI fournissent des renseignements sur la polytoxicomanie, puisque le produit principal est demandé, mais aussi les produits associés. L'augmentation de la polytoxicomanie, surtout chez les plus jeunes, est également relevée dans les enquêtes auprès des lycéens (Choquet, Ledoux, 1996).

B/ La durée et l'évaluation du suivi

A Nanterre, la durée du suivi pour les injonctions thérapeutiques de 1995 est d'environ quatre mois. La durée moyenne indiquée par F. Facy (1991) au niveau national est plus proche de six mois. Cette durée ne signifie pas que certains usagers n'ont pas continué à consulter plus longtemps ; il s'agit du délai fixé par le parquet et la DDASS pour considérer que la mesure a abouti. La fixation d'un terme judiciaire à l'affaire, indépendant du terme sanitaire, est souvent signalée dans les études sur l'injonction thérapeutique. Son utilité est essentiellement pratique afin d'accélérer la conclusion des affaires pénales. Les pratiques au niveau national sont également extrêmement variées sur ces modalités d'organisation (Sagant, 1997).

Les rapports des DDASS dont nous disposons montrent des expériences comparables : à Bordeaux la durée moyenne est de six mois, dans le Nord d'un peu moins de quatre mois lorsqu'il s'agit d'un suivi médical.

A Nanterre, la DDASS déclare la mesure d'injonction thérapeutique positive dans 88 % des cas. La notion de suivi positif a fait l'objet d'un accord entre la DDASS et le parquet : il faut que l'utilisateur se soit présenté à trois consultations pour que la mesure soit positive. Cette notion de consultation est très large puisqu'elle recouvre des visites chez un médecin généraliste, des entretiens dans des associations spécialisées, ou au service même des injonctions thérapeutiques (voir *infra*). Ici, le calcul des mesures positives s'effectue sur les seules injonctions effectivement suivies par la DDASS et non sur celles prononcées par le parquet.

Quelques remarques s'imposent sur cette notion de suivi positif : quand une personne est déjà suivie par un médecin ou une structure, la DDASS ne réalise pas une orientation

différente, ce qui n'aurait pas de sens d'un point de vue thérapeutique. Le suivi positif dans ce cas correspond à un suivi antérieur à la mesure et qui ne fait que valider celle-ci. Il faudrait pouvoir distinguer ces cas puisque l'utilisateur serait alors dans un processus initié avant l'injonction thérapeutique sans que l'on puisse créditer la mesure de ce succès. Ainsi les 32 personnes sous méthadone avant l'injonction ont par définition un suivi régulier, mais non initié par la mesure.

Sur les suivis considérés comme positifs, la moitié des personnes vont continuer au delà des termes stricts du contrat, là aussi sans qu'il soit possible de distinguer un suivi initié antérieurement de l'effet de l'injonction thérapeutique.

C/ L'orientation par la DDASS :

Lors de l'entretien de type enquête sociale avec l'utilisateur, qui dure environ 30 à 45 minutes, la personne déléguée par la DDASS (psychologue), détermine la structure qui lui paraît la plus adaptée à la personne reçue. L'orientation est choisie avec l'accord de l'intéressé. Une convocation lui est remise comportant le nom et l'adresse de cette structure et si possible une date de premier rendez-vous, ce qui suppose de travailler en étroite collaboration avec un assez petit nombre de structures. Selon le bilan d'activité du service (Simon *et al.*, 1996), l'orientation choisie a été la suivante :

Tableau II-28 : orientation par la DDASS des injonctions thérapeutiques

Orientation	Effectifs	%
Service DDASS	17	9,4
CMP-CMPP	9	5,0
Médecin généraliste DDASS	42	23,2
Association spécialisée ou hôpital	96	53,0
Médecin traitant	15	8,3
Autre	2	1,1
Total	181	100,0

Source : Simon et al. (1996)

Cette orientation, réalisée par la DDASS, est présentée par cette institution comme s'adaptant au cas par cas et relevant de l'appréciation personnelle de la psychologue concernée, selon les contacts que chacune entretient avec telle ou telle structure. L'utilisateur ne subit pas d'examen médical, pourtant prévu par les textes. La raison invoquée est le coût que nécessiteraient les vacations d'un médecin.

Les entretiens montrent que le choix des structures sur lesquelles les usagers seront orientés repose sur la connaissance des personnes, un réseau à entretenir. Ainsi une des associations spécialisées n'est jamais sollicitée pour des raisons qualifiées d'éthiques. Les centres de santé municipaux sont quelquefois choisis selon le domicile ou l'équipe qui est connue. L'équipe de la DDASS comporte un généraliste associé dans un réseau qui reçoit à lui seul près du quart des injonctions thérapeutiques. Parfois la solution du médecin traitant est choisie mais elle est qualifiée de « mauvaise solution » car elle n'induit pas de rupture.

Les personnes non orientées sont celles ne paraissant pas nécessiter de prise en charge ; dans ce cas le suivi est réalisé dans les locaux du TGI, à l'antenne DDASS. Le rapport d'activité décrit ainsi cette orientation : *ne concerne que des utilisateurs occasionnels de cannabis pour qui une orientation ne paraissait pas souhaitable.*

Les différents rapports annuels sur l'activité du service montrent une évolution de ces orientations. Au fil des années, la part des médecins généralistes a augmenté, au détriment de celle des associations spécialisées et des CMP ou CMPP. Ce changement s'explique par des contacts personnels de très bonne qualité de la déléguée DDASS avec un très petit nombre de médecins généralistes fortement impliqués dans un réseau toxicomanie.

Les écrits disponibles sur la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique, en particulier le type de renvoi effectué par la DDASS montrent clairement que toute l'organisation dépend des moyens disponibles dans le département. Le rapport de F. Facy (1991) soulignait ainsi qu'un nombre important de départements ne disposent pas ou peu de structures spécialisées, contre un petit nombre qui ont toutes les structures possibles. Cette disparité dans l'équipement des régions est à l'origine d'une disparité dans le traitement des usagers, et dans le rôle qui est affecté à l'injonction thérapeutique.

Ainsi, le recours que nous observons ici, aux structures spécialisées, est une conséquence directe de l'offre du département et d'une conception du rôle de l'injonction. Au contraire, l'exemple du département du Nord, montre une orientation massive vers les psychiatres des CMP (80 %) et un recours très faible aux structures spécialisées (8 %). Le rapport souligne que ce choix est fait parce qu'un grand nombre des jeunes ainsi orientés sont en difficultés sociales et que le CMP est une structure proposant un suivi social de proximité. Il est nécessaire de rapprocher cette orientation du produit utilisé ; près de la moitié des injonctions thérapeutiques de ce département concernent des produits autres que l'héroïne ou la cocaïne, donc des usagers ne relevant pas des structures spécialisées.

Dans la Gironde, le suivi est assuré par les structures spécialisées, mais encore plus en médecine de ville, généraliste ou spécialiste libéraux.

La communication entre les structures et la DDASS se fait au moyen d'imprimés administratifs mis au point avec elles et par des entretiens téléphoniques ou directs. Dans les quinze jours, les structures informent de la présence ou non de l'utilisateur au premier rendez-vous puis quinze jours avant la date d'audience par une attestation sur le suivi.



L'injonction thérapeutique dans ce département concerne donc des usagers d'héroïne, de sexe masculin, âgés de 28 ans en moyenne. La durée de leur consommation est souvent supérieure à dix années, ce qui explique leurs contacts antérieurs multiples tant avec les institutions judiciaires que les structures sanitaires. Deux modes principaux d'entrée dans la toxicomanie ont été distingués, l'un précoce à dominante « précarité sociale » et l'autre plus tardif, à caractère événementiel.

L'orientation par le parquet vers cette mesure se fait en fonction de l'infraction, du produit et de l'âge, comme pour la majorité des parquets français (voir quatrième chapitre). Ainsi, la conjonction usage d'héroïne par une personne de plus de 25 ans débouche systématiquement sur cette mesure.

Un rôle des services de police dans la sélection en amont des affaires susceptibles de recevoir une telle orientation n'est sans doute pas à négliger bien que l'on ne dispose pas encore de tous les éléments de réponse. Ainsi, l'un des commissariats du département (sur 22 commissariats) « fournit » à lui seul un quart des interpellations débouchant sur une injonction thérapeutique, et même 30 % si l'on se réfère aux seules interpellations réalisées par des commissariats du département. Mais, en l'absence d'étude complète à ce niveau, l'hypothèse d'une spécificité du territoire concerné n'est pas à écarter.

Le résultat de la mesure est apprécié par la seule autorité sanitaire, ce que déplorent les magistrats rencontrés. L'information fournie en retour par le service de la DDASS est très succincte et ne leur permet pas d'apprécier la réalité du suivi, ou simplement de savoir ce que sont devenus les individus soumis à la mesure. On sent de ce fait un certain désintérêt de leur part sur ce rôle de « triage ». Sentiment que l'on peut rapprocher de la vision négative que l'on a des abandons de poursuite en général, actes non juridictionnels, de nature administrative, et relevant en cela d'une activité non noble, pour reprendre l'analyse de Davidovitch (1960).

Cet ensemble de caractéristiques décrit ainsi un parquet proche de la moyenne nationale quant à la mise en œuvre de la mesure, malgré quelques particularités : la présence du service de la DDASS dans les locaux du parquet qui évite les « pertes » entre le parquet et l'orientation sanitaire, et la convocation par OPJ pour l'audience en même temps que celle pour l'injonction dans le cadre du traitement direct des procédures.

CHAPITRE 3 : LES SURSIS AVEC MISE À L'ÉPREUVE

Laurence SIMMAT-DURAND

L'obligation de soins dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, définie par l'article L.628-3 CSP de la loi de 1970 n'est en fait plus appliquée au titre de cet article (voir partie statistique), mais en vertu des dispositions de droit commun du nouveau code pénal, art. 132-45 alinéa 3, depuis mars 1994 : « *se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation* ». Quelques affaires jugées avant cette date comportent encore une application de l'article R. 58-4 du code pénal.

Méthodologie

Les obligations de soins aux toxicomanes peuvent être prononcées dans le cadre d'une affaire d'infraction à la législation sur les stupéfiants, pour usage bien sûr mais aussi détention, acquisition voire trafic ou pour un délit autre. Dans le cas d'une infraction autre qu'une ILS, il n'est pas possible *a priori* d'identifier un affaire comme concernant un toxicomane. Par exemple, on sait que telle affaire correspond à un vol et qu'une obligation de soins a été prononcée, mais il peut tout aussi bien s'agir d'un alcoolique. L'examen de ces affaires n'a pas été possible dans le cadre de cette recherche, car il nécessitait un temps de dépouillement des dossiers nettement supérieur à celui dont nous disposions⁴²⁸.

L'activité du service a été décrite dans le premier chapitre de cette partie. En matière d'infraction à la législation sur les stupéfiants, pour 1995, 161 obligations de soins ont pu être identifiées à partir de l'exploitation de la base informatique du service, 139 dossiers ont été finalement dépouillés, les autres n'ayant pas été retrouvés ou n'entrant finalement pas dans notre champ d'enquête (erreur de saisie informatique).

L'exploitation de ces dossiers a été faite à partir d'une grille permettant de relever les éléments de l'affaire judiciaire et des données biographiques sur la personne. L'accent a été porté sur les antécédents judiciaires, l'activité professionnelle et les contacts avec les structures sanitaires. Le relevé sur ces trois points a été fait de façon exhaustive sur au moins la durée de la mise à l'épreuve.

⁴²⁸ - Nous avons maintenant la possibilité de reprendre cet aspect, le recueil des données a débuté fin 1997.

La complexité d'un tel recueil repose sur les séquences successives de la vie des personnes et les emboîtements des différents sujets qui nous intéressent : vie professionnelle, soins, vie familiale, etc... Les parcours doivent être considérés comme indépendants, afin de reconstruire une trajectoire thématique. Pour cet ensemble de raisons, nous avons choisi un questionnaire de type biographique, que nous avons construit après étude de quelques dossiers de probation, puis testé sur quelques autres (cf. annexe 16). L'instrument est loin d'être parfait, la difficulté propre au dépouillement d'un dossier donnant beaucoup moins de flexibilité que l'entretien biographique : un renseignement manquant ne peut être reconstruit. Nous nous sommes inspirée de l'enquête triple biographie de l'INED pour construire ce questionnaire, en créant une fiche pour chaque parcours, et en prévoyant des fiches annexes qui s'intercalent en cas de parcours très hétérogène. La grille complète est insérée en annexe.

Dans une phase plus qualitative, les éléments intéressants du dossier ont été recopiés ou quelquefois photocopiés (puis anonymisés) mais de façon non systématique. Nous avons par ailleurs essayé de résumer en quelques lignes les traits de vie de chaque personne. Une bonne partie des dossiers est encore « vivante », c'est-à-dire que la mesure est toujours en cours. La nécessité d'emprunter pour un laps de temps très réduit le dossier à l'éducateur, et la volonté de ne pas perturber le bon fonctionnement du service, nous a en fait amenée à ne faire qu'un usage très parcimonieux de la photocopieuse. Ce choix a finalement été dommageable, car l'exploitation des quelques procès-verbaux ou jugements recueillis s'est avérée judicieuse.

Enfin des entretiens, souvent informels, ont eu lieu avec les éducateurs, soit à propos de dossiers précis, soit de façon plus générale sur la signification de l'obligation de soins.

Certains dossiers sont très fournis et donnent l'impression d'un suivi « à vie », d'autant plus que le nouveau code pénal prévoit que les incarcérations suspendent la probation, alors que précédemment elles s'imputaient sur la durée du suivi. Les renseignements disponibles dans le dossier correspondent alors à une durée beaucoup plus longue et il est d'autant plus facile de reconstruire une biographie satisfaisante.

Les dossiers de probation comportent généralement les éléments suivants :

- la copie du jugement
- le casier judiciaire
- des certificats de travail et médicaux
- les fiches de suivi tenues par le CIP

et quelquefois :

- les notes d'audience
- les PV d'interpellation.

Organisation du service

Le comité de probation et d'assistance aux libérés (CPAL) de notre juridiction comporte quatre juges de l'application des peines, un directeur de probation et une vingtaine de conseillers d'insertion et de probation (CIP) dont certains sont assistants sociaux.

Le CPAL est saisi des dossiers par le parquet qui lui adresse copie du jugement. La personne condamnée est alors convoquée devant le JAP qui lui signifie les obligations de sa probation. Le dossier est ensuite confié pour suivi à un CIP selon le domicile. Chaque CIP a une compétence géographique sur une ou plusieurs communes. Il connaît donc parfaitement toutes les ressources administratives et sanitaires de son secteur. Pour les personnes sans domicile fixe, la compétence s'établit sur la commune où est situé le tribunal (Nanterre). Chacun des CIP suit environ quatre-vingts dossiers.

Dans l'éventualité où la personne ne défère pas à la convocation du juge, elle est reconvoquée une nouvelle fois par courrier simple, puis par courrier recommandé et enfin par l'intermédiaire d'un service de police ou de gendarmerie, qui procède à la vérification de l'adresse. Si l'adresse est exacte, la personne convoquée au commissariat se voit remettre en mains propres une nouvelle convocation devant le JAP. Si l'adresse est erronée, les services procèdent à une enquête afin de retrouver la personne. Dans les deux cas, le service établit un procès-verbal.

Après échec de toutes ces tentatives, un avis de recherches nationales est adressé au ministère de l'Intérieur. Cet avis court jusqu'à la date prévue pour la fin de la période probatoire. En cas de découverte de la personne par un service quelconque sur le territoire, celle-ci est gardée à vue et déférée au parquet (du lieu de l'arrestation) qui prend contact avec le JAP. L'un des secrétariats du service gère ces dossiers, classés en attente.

La probabilité qu'une personne ne se présente pas au CPAL est donc très faible : la plupart des condamnés finissent par exécuter le suivi. Il n'est pas rare par contre, que de multiples convocations soient nécessaires au démarrage d'une affaire.

Le rôle du CIP est de faire respecter les obligations de la probation : il apporte une aide administrative pour les démarches concernant les emplois, établit un protocole d'accord avec un établissement spécialisé pour les obligations de soins, veille aux dédommagements des parties civiles lorsqu'il y en a... En matière d'ILS, ce cas se réduit en fait au paiement de l'amende douanière lorsqu'il y en a une.

Une même personne peut avoir été jugée plusieurs fois et faire l'objet de différentes mesures simultanées ou non. Les différentes mesures sont regroupées, un seul dossier est créé par personne. Un numéro est affecté à chacune, et ce numéro est conservé dans l'éventualité d'une nouvelle affaire. Ainsi en principe le flux de 1995 correspond à des dossiers commençant par 95... mais pour une personne connue depuis cinq ans et ayant fait l'objet d'une nouvelle mesure en 1995, le dossier commencera par 90...

I. Le jugement

Toutes les personnes enregistrées dans le flux de 1995 au CPAL ont été condamnées à une peine de sursis avec mise à l'épreuve, sauf une ayant bénéficié des dispositions du nouveau code pénal et d'un ajournement avec obligation de soins.

La juridiction qui prononce le jugement est en général celle du domicile, donc le TGI du ressort, mais il peut s'agir aussi de la juridiction du lieu de l'interpellation ; quelques personnes ont également déménagé entre les faits et la probation. 82 % des obligations de soins en matière d'ILS ont été jugées par le TGI du ressort, 11 % par le TGI de Paris, le reste par quelques juridictions de province.

Les affaires concernées par notre étude sont plutôt importantes puisque si 58 % d'entre elles ne comportent qu'un auteur, 17 % en comportent deux et 25 % plus de deux. L'affaire la plus grosse étudiée ici mettait en cause quinze co-inculpés⁴²⁹.

A/ Les faits et les produits

Contrairement à notre fichier des injonctions thérapeutiques qui ne comportaient que des faits d'usage de stupéfiants, toutes les infractions à la législation sur les stupéfiants sont représentées ici. L'infraction retenue lors de la condamnation va être une variable déterminante du traitement judiciaire des personnes mises en cause, de même que le produit stupéfiant dont il s'agit.

(a) Les infractions retenues

De nombreuses qualifications existent en matière d'infraction à la législation sur les stupéfiants, elles comportent des NATINF différenciés⁴³⁰ ; nous avons relevé cette qualification à deux reprises : celle figurant en tête du jugement, correspondant à la prévention retenue par le parquet ou par le juge d'instruction, que nous avons comparée avec les motifs du jugement. En règle générale, les deux qualifications sont semblables, quelques rares exceptions de requalification des faits ou de relaxe d'un des chefs seront signalées dans le texte.

⁴²⁹ - Qui ne sont pas forcément condamnés à un sursis avec mise à l'épreuve, donc absents du fichier.

⁴³⁰ - Une liste figure en annexe n° 2.

Si nous utilisons le détail des qualifications retenues, nous obtenons le tableau n° 29, mais pour la suite de l'analyse nous serons amenés à procéder à des regroupements pour rendre cette variable utilisable.

Tableau II-29 : répartition des jugements selon la qualification retenue

FAITS*	Effectifs		
ACQ-DET-OFF	4	HI-ACQ-DET	2
ACQ-DET-OFF-UIS	2	HI-DET-OFF	1
ACQ-DET-TRA-OFF	1	ILS	1
ACQ-DET-UIS	4	IMP-TRA	1
ACQ-DET-UIS-IMP	1	IMP-TRAF-UIS	1
ACQ-UIS	3	IMP-UIS	1
ACQ-UIS-VOL	1	OFF-CES	5
CES	2	OFF-CES-ACQ	1
CES-OFF	5	OFF-UIS	1
CIR-UIS	1	PROX-UIS-TRAF	1
DET	3	TRAF-UIS	1
DET-ACQ	2	UIS	75
DET-ACQ-CES	1	UIS-CES	2
DET-ACQ-OFF	2	UIS-CES-OFF	2
DET-CES	1	UIS-DET-CES	1
DET-DET	1	UIS-DET-TRA	1
DET-OFF-ACQ	3	UIS-IMP	1
DET-OFF-TRA	1	UIS-IMP-TRAF	1
DET-TRA	1	UIS-VOL	1
		Total	139

* lire : ACQ=acquisition (Natif 7993) DET=détention (Natif 7991) CES=cession (Natif 2924 ou 7992)
 HI=homicide involontaire IMP=importation (Natif 7995) OFF=offre (Natif 2924 ou 7992)
 PROX=proxénétisme TRA=transport TRAF=trafic (Natif 2931) UIS=usage (Natif 180)

55 % des jugements ont retenu l'usage comme infraction principale et unique, proportion qui monte à 68 % si l'on inclut toutes les infractions associées à l'usage.

58 % des jugements ne comportent qu'une seule infraction, ce qui montre bien le rôle des infractions multiples en matière d'infraction à la législation sur les stupéfiants (42 %), attestée au niveau national par l'étude des condamnations portées au casier judiciaire. Ainsi pour l'année 1991, dans deux tiers des condamnations, les juges ont eu à se prononcer sur des incriminations multiples. Dans ce cas, quatre fois sur cinq il s'agit d'une autre infraction se rapportant aux stupéfiants (Timbart, 1995). Rappelons que nous n'avons examiné ici que les affaires se rapportant aux seules ILS.

Trois personnes sont inculpées dans une affaire comportant un décès par overdose qui nécessite l'ouverture d'une information du chef d'homicide involontaire. Elles seront

relaxées de ce chef d'accusation, seules finalement étant retenues l'acquisition-détention pour les uns et l'offre ou cession pour l'autre.

Le regroupement des faits pour la suite de l'étude a été fait en distinguant l'usager simple (usage), l'usager-revendeur (détention, acquisition, transport, offre, cession) et le trafiquant (trafic, importation), soit respectivement 58, 39 et 3 % des affaires.

(b) Les produits

Les jugements précisent exactement le produit utilisé d'après les données de la saisie policière. Le produit dominant est là aussi l'héroïne, qui seule ou associée apparaît dans plus de 80 % des affaires. Les autres produits ont des fréquences très faibles ; on trouve cités : cannabis, cocaïne, cocaïne et ecstasy, haschisch, héroïne et crack, LSD, marijuana. Ces produits très faiblement représentés, apparaissent dans les affaires de trafic ou d'acquisition. Quasiment toutes les affaires d'usage portent sur l'héroïne, parfois en association avec la cocaïne, en tout près de 11 % des observations portent sur ce second produit seul ou en association.

Les quantités saisies sont très variables mais en règle générale très faibles. Les affaires d'usage d'héroïne s'établissent sur la base d'une dose ou d'un poids infime : $\frac{1}{4}$ ou $\frac{1}{2}$ gramme, bien que l'une d'entre elles porte sur 17 doses.

Les cinq personnes condamnées pour trafic, ont été inculpées dans quatre affaires portant respectivement sur les produits et quantités suivantes : 675 g de cannabis, 128 g d'héroïne, 15 g d'héroïne et autant de cocaïne, 1 kg de cocaïne.

Les affaires retenues sous les qualifications de détention ou transport portent souvent sur des quantités comparables : 34 doses d'héroïne, 150 g d'héroïne, 200 g de cannabis.

Ces quelques exemples sont donnés pour illustrer la variation des qualifications, en l'absence de normes sur les quantités correspondant à l'une ou l'autre des infractions. De multiples autres critères entrent en jeu dans l'appréciation que le magistrat porte sur le dossier. L'étude de la jurisprudence (première partie) nous a cependant montré combien ce point est sensible et que les décisions des tribunaux en la matière sont souvent remises en question par les juridictions suprêmes qui s'attachent à bien distinguer les quantités nécessaires à la consommation personnelle, qui font partie intégrante du délit d'usage de stupéfiants, et les quantités supérieures qui permettent de retenir les autres délits.

B/ Les procédures

L'examen des dossiers de mise à l'épreuve porte sur différentes pièces de procédure permettant de déterminer dans un certain nombre de cas le service émetteur (police, gendarmerie), la procédure de convocation à l'audience choisie par le parquet, les délais écoulés entre les faits et la mise en oeuvre de la probation et le ou les produit(s) stupéfiant(s) objet de l'infraction.

(a) Les procès-verbaux de police

L'approvisionnement du parquet se fait quasi exclusivement par l'intermédiaire des services de police et de gendarmerie. Seules deux affaires ont pour origine une plainte directe au parquet, une mère écrivant pour dénoncer son fils et supplier le procureur de l'écarter de l'influence néfaste de mauvaises fréquentations, et une lettre anonyme.

Les circonstances des interpellations peuvent être regroupées en trois catégories :

- au cours des patrouilles, rondes, de surveillance générale, de contrôles de la circulation routière ;
- au cours d'opérations de recherche de ce type d'infraction, en particulier par la mise en place de surveillance d'un lieu particulier :

Etant de ronde anti-criminalité sur la commune de X, et plus particulièrement rue ... en surveillance de la cité des..., secteur connu de nos services pour le nombre d'interpellations en matière d'ILS et l'appel des riverains dénonçant un trafic. Remarquons un individu... vu ce qui précède, décidons d'effectuer un contrôle d'identité sur sa personne...

- par une saisie extérieure : à la suite d'un appel à police-secours, d'une opération d'urgence des pompiers par exemple, ou sur demande d'un tiers :

sommes avisés par notre poste fixe de nous rendre... suite à appel S.P. pour un malaise dans un véhicule particulier dû à une overdose.

Hier soir vers 21 heures je me trouvais à l'intérieur du MacDo à X... J'ai mangé avec deux copains ; au moment de payer J. a présenté un chèque. La caissière ne l'a pas accepté, elle a appelé le commissariat et les policiers nous ont contrôlé tous les trois comme nous étions ensemble.

Les procès-verbaux se limitent souvent à des pré-imprimés sur lesquels ne figurent aucun renseignement précis sur l'arrestation, ni les quantités de produit saisies⁴³¹.

(b) L'orientation par le parquet

Ce fichier présente l'intérêt de comporter des cas de toutes les modalités possibles de poursuites par le parquet : les comparutions immédiates sur la base de l'article 395 du CPP, les convocations par procès-verbal sur la base de l'article 394 CPP, les citations directes et les informations ayant fait l'objet d'un renvoi par le juge d'instruction. Leur répartition est donnée dans le tableau n° 30.

Tableau II-30 : répartition des jugements selon la procédure utilisée

Procédure	Effectifs	%
Comparution par procès-verbal (CPV)	74	53,3
Mise à l'instruction	38	27,3
Comparution immédiate	22	15,8
Citation directe	2	1,4
Ignorée	3	2,2
Total	139	100,0

Plus de la moitié des affaires a fait l'objet d'une procédure de convocation par procès-verbal ; en tout, près des trois quarts des affaires sont passées par une procédure de poursuites directes. La part de l'instruction est remarquable, alors que toutes les études sur les flux à travers la justice pénale montrent son extrême rareté dans les orientations du parquet. Plus du quart des affaires étudiées ici a fait l'objet d'une instruction, procédure qui est réservée aux affaires graves ou compliquées. Ce constat est à mettre en relation avec le fait que les affaires qui passent par l'instruction ont une très forte probabilité de déboucher sur une condamnation.

Si l'on rapproche cette répartition des qualifications étudiées précédemment, on constate que seuls 7 % des affaires d'usage simple sont passées par l'instruction, dans le cadre de

⁴³¹ - Voir un exemple en annexe n° 12.

dossiers plus complexes dans lesquels une autre infraction est retenue pour des co-inculpés. 56 % des affaires regroupées sous les qualifications d'acquisition, offre, cession ou détention sont passées par l'instruction, alors que trois des affaires retenues en trafic ont fait l'objet d'une procédure rapide. Cette distribution pose le problème de la qualification, et de la multiplicité des infractions qui peuvent être retenues. Un critère souvent invoqué en particulier dans la littérature judiciaire est la quantité de produit en cause (voir *supra*).

(c) Les délais de procédure

Le délai de mise en place du sursis probatoire après le jugement dépend des modalités de comparution de l'inculpé lors de l'audience et de la diligence des services du parquet à faire parvenir le jugement au JAP.

Lorsque le jugement est contradictoire (prévenu présent) ou réputé contradictoire (prévenu absent mais ayant reçu la convocation en mains propres), le délai est très court et repose sur le temps nécessaire aux services pour rédiger le jugement et le transmettre. C'est la majorité des cas puisque les deux tiers des affaires constituant le flux de 1995 ont été jugés cette même année.

Les jugements à signifier demandent en supplément au moins le délai nécessaire pour que l'huissier délivre le jugement à l'intéressé, à mairie ou à parquet. Pratiquement toutes les affaires qui ne sont pas de l'année sont de celle qui précède (jugement en 1994). Seuls 4 % des jugements remontent à des années encore antérieures, il s'agit alors des jugements par défaut, la durée de probation ne pouvant courir que de la date à laquelle la personne a eu connaissance du jugement. Le condamné a de plus la possibilité de faire opposition au jugement, le délai de la nouvelle procédure s'additionnant alors. Le maximum observé est ainsi de 97 mois entre la date du jugement et la date d'enregistrement au CPAL, voici le cas :

Il s'agit d'une affaire d'usage, détention et cession de stupéfiants. Les faits sont établis pour les années 1986 à 1988 mais l'interpellation a eu lieu en 1988. La procédure est renvoyée à l'instruction et un premier jugement est rendu le 26 octobre 1990 par défaut, condamnant à trois ans fermes. Suite à une interpellation le 23 décembre 1993, le condamné fait opposition à ce premier jugement. Il est placé sous mandat de dépôt pendant 8 jours puis libéré sous contrôle judiciaire. L'affaire est de nouveau jugée le 1er juillet 1994. La condamnation est alors de 36 mois avec sursis et mise à l'épreuve pendant 24 mois. Le JAP de Bobigny est saisi puis se dessaisit au profit de celui de Nanterre le 31 juillet 1995, suite à un changement de domicile. En réalité, la personne ne défèrera jamais au CPAL de Nanterre, après convocation par les services de police et de gendarmerie, un mandat de recherches nationales est de nouveau lancé.

(d) Les mesures avant jugement : détention provisoire et contrôle judiciaire

De telles mesures concernent à l'heure actuelle, et en tout cas dans notre fichier, quasi exclusivement des dossiers orientés vers l'instruction. Quelques procédures de comparution immédiate comportent néanmoins une détention provisoire.

Dans ce contexte de l'instruction, le contrôle judiciaire est prononcé lors de la fin de la mesure de détention provisoire : trois contrôles judiciaires sur quatre font suite à une détention provisoire et seul un tiers des détentions provisoires aboutit à une ordonnance de mise en liberté simple.

En tout, la détention provisoire a concerné un condamné sur quatre et le contrôle judiciaire un sur cinq. La durée de la détention provisoire est en moyenne de 3,75 mois, le maximum observé étant de 22 mois (l'affaire de trafic, proxénétisme...). Le contrôle judiciaire quant à lui dure en moyenne 7,4 mois, les durées sont beaucoup plus variables et le maximum est là aussi de deux ans.

Le placement en détention provisoire paraît plus lié au mode de poursuite qu'à la décision finale : les deux tiers des affaires passées à l'instruction comportent une telle mesure. Les autres détentions provisoires prennent toutes place dans une procédure de comparution immédiate.

Il en est de même pour les contrôles judiciaires, tous prononcés par les juges d'instruction sauf un qui a fait suite à une détention provisoire dans un dossier de comparution immédiate.

Nous avons déjà vu que le choix de l'instruction est lié à l'infraction ; les préventions de simple usage dans le cadre de l'instruction concernent des affaires comportant plusieurs inculpés de trafic ou de petit trafic.

Ainsi seuls 5 % des usagers simples seront l'objet de telles mesures, alors que ce sera le cas pour 56 % des usagers-revendeurs. Les trafiquants eux ne bénéficient jamais du contrôle judiciaire mais sont placés en détention provisoire jusqu'à la date de l'audience.

Ce profil rejoint bien celui décrit par l'exploitation du casier judiciaire et les conclusions de O. Timbart (1995), à savoir que l'usager-revendeur est très sévèrement puni, l'emprisonnement avec une partie ferme représentant plus de la moitié des condamnations pour les infractions d'offre-cession, détention et acquisition.

C/ Les peines prononcées

Par définition toutes les condamnations examinées ici comportent un sursis avec mise à l'épreuve assorti d'une obligation de soins. La diversité observée entre les condamnations prononcées porte donc sur l'existence ou non d'un emprisonnement ferme précédant la mise à l'épreuve, la durée du sursis probatoire et la durée de la mise à l'épreuve.

(a) Le quantum des condamnations

Une seule personne a bénéficié d'un ajournement avec mise à l'épreuve. Le recours à une telle procédure, codifié dans le nouveau code pénal, a été demandé aux juridictions par le ministère de la Justice dans une circulaire datant de 1995. Notre année de référence ne permet donc pas un recul suffisant pour apprécier le développement du recours à cette procédure.

Les sursis avec mise à l'épreuve portent sur tout ou partie de la condamnation ; dans le second cas, une partie de la condamnation est une peine d'emprisonnement ferme. La durée de la mise à l'épreuve est de 18, 24 ou 36 mois. Dans près de deux tiers des cas, la durée choisie est de vingt-quatre mois. Les durées les plus longues (36 mois) s'observent pour les usagers-vendeurs, les trafiquants -en très petit nombre- ayant eu des probations plus courtes mais associées à des peines d'emprisonnement ferme plus longues.

Un quart de la cohorte a été condamné à une peine comportant une partie de prison ferme. Nous avons relevé la durée de prison ferme, hors sursis. Par exemple, dans le cadre du prononcé d'une condamnation à dix-huit mois de prison dont dix mois avec sursis et mise à l'épreuve, nous comptons huit mois de prison ferme et dix mois de sursis. Les dix mois correspondent à la peine encourue en cas de révocation du sursis pour non-respect des obligations de la mise à l'épreuve.

Les condamnations étudiées ici concernent toutes, par définition, des personnes considérées comme des usagers, quelle que soit l'infraction retenue, puisque toutes les peines comportent une obligation de soins. L'étude des condamnations au niveau national montre clairement un effet minorant de l'usage illicite de stupéfiants dans le quantum des condamnations (Timbart, 1995), ce qui est en soi une information non négligeable pour l'interprétation de nos données.

Les peines de prison ferme (35 au total) se répartissent en trois parts à peu près égales : un tiers a effectué moins de six mois fermes, un tiers six mois, et le dernier tiers plus de six mois. La durée la plus longue qui ait été prononcée était de 60 mois. La durée moyenne de ces peines fermes est de 7,8 mois.

Si l'on s'intéresse maintenant au sursis prononcé, hors la peine ferme, on obtient une durée moyenne de 6,7 mois, les valeurs s'étalant de 1 mois à 36 mois. Certaines valeurs concentrent une part importante des condamnations : 38 % ont eu 4 mois avec sursis, 19 % ont eu 6 mois et 10 % un an, mais de façon sporadique presque toutes les valeurs intermédiaires existent. La durée du sursis n'apparaît pas significativement plus longue pour les usagers-vendeurs ou les trafiquants du fait de l'influence de la partie ferme de la peine : ce ne sont pas des peines de sursis plus longues qui les frappent mais le même sursis faisant suite à une peine ferme souvent d'ailleurs couverte par la détention provisoire.

Quelques jugements comportent également des confiscations de substances, des amendes douanières dans les affaires de trafic, des interdictions de droits civiques et autres, des interdictions de séjour dans certains départements.

Un regroupement des peines prononcées nous permet d'obtenir le tableau n° 31.

Tableau II-31 : peines prononcées selon leur quantum

peine prononcée	Effectifs	%
ajournement	1	0,7
comportant de la prison ferme	35	25,2
comportant uniquement un sursis :		
sursis < 6m	62	44,6
sursis entre 6 et 12m	30	21,6
sursis entre 12 et 24m	10	7,2
sursis > 24 m	1	0,7
Total	139	100,0

Ainsi un quart de la cohorte a été condamné à une peine de sursis avec mise à l'épreuve comportant une part de prison ferme. Les peines de sursis avec mise à l'épreuve sans prison ferme portent plus souvent sur des durées inférieures à six mois mais pour un cinquième de l'effectif cette durée est comprise entre six mois et un an. Les peines les plus rares sont les sursis très longs, supérieurs à un an, sans partie ferme.

Deux variables semblent indispensables pour tenter d'expliquer les variations observées dans les condamnations prononcées : l'infraction et le produit (tableau n° 32).

Tableau II-32 : Répartition des condamnations selon le quantum, le produit et l'infraction

Produit	Condamnation				Total
	ajournement	prison ferme	sursis<6mois	sursis>6mois	
Détention-acquisition					
cannabis		8	3	6	17
héroïne		23	6	10	39
ignoré		0	0	1	1
sous-total		31	9	17	57
<i>% ligne</i>		<i>54,4</i>	<i>15,8</i>	<i>29,8</i>	<i>100,0</i>
Trafic-importation					
cannabis				1	1
héroïne				2	2
cocaïne		1			1
LSD				1	1
sous-total		1	0	4	5
<i>% ligne</i>		<i>20,0</i>	<i>0,0</i>	<i>80,0</i>	<i>100,0</i>
Usage					
héroïne	1	3	49	18	71
cocaïne			4	2	6
sous-total	1	3	53	20	77
<i>% ligne</i>	<i>1,3</i>	<i>3,9</i>	<i>68,8</i>	<i>26,0</i>	<i>100,0</i>
Toutes infractions					
Tous produits	1	35	62	41	139
<i>% ligne</i>	<i>0,7</i>	<i>25,2</i>	<i>44,6</i>	<i>29,5</i>	<i>100,0</i>

La peine dépend clairement de l'infraction principale : l'usage entraîne une condamnation à un sursis inférieur à six mois tandis que l'acquisition-détention conduit plus d'une fois sur deux à une peine comportant une partie de prison ferme. Cette hiérarchie des peines reflète celle établie par les codes pour ces infractions : usage, détention, offre, cession, importation, trafic...

D'autres variables explicatives de cette variation dans le prononcé des peines seront examinées ultérieurement.

(b) Les motivations des jugements

Les jugements que nous avons lus, en particulier ceux qui concernent les simples usagers sont très pauvres, voire même identiques, s'agissant d'un modèle pour traitement informatique. Ils se résument généralement à une page comportant l'identité du prévenu, les faits et leur date, le produit concerné, l'absence de contestation de l'auteur et la motivation finale :

« Il résulte de l'enquête de police et des débats d'audience que les faits sont établis à l'encontre de...Il y a lieu en voie de conséquence, d'entrer en condamnation à l'encontre de... ».

Parmi ces jugements un seul porte mention de l'éventuel prononcé par le parquet d'une injonction thérapeutique, alors même que l'on en trouve la trace dans le dossier. Par contre, certains, sur le mode de convocation, mentionnent des instructions du procureur et qui est alors le suivant :

« TRIBUNAL SAISI PAR : Convocation notifiée, sur instructions du procureur de la République près ce tribunal, par un officier de police judiciaire, selon les dispositions de l'article 390-1 du code de procédure pénale, remise par officier de police judiciaire parlant à l'intéressé, contre émargement le... ».

nous avons vu que telle était la procédure lorsque l'injonction thérapeutique est choisie.

Les jugements que nous avons lus comportent très peu de références à l'aspect sanitaire de l'usage de stupéfiants, retenu dans les infractions. Cette carence est difficile à interpréter sans avoir assisté aux audiences. On peut néanmoins revenir sur ce que nous avons indiqué lors de l'étude des injonctions thérapeutiques, ni les prévenus, ni leurs avocats, n'utilisent un tel moyen pour demander le bénéfice de l'extinction de l'action publique de l'article L.628-1 csp.

Un seul jugement comportait une mention qui aurait pu être retenue en ce sens :

« Je me drogue depuis 8 ans à l'héroïne. Actuellement, je suis en traitement à la clinique X et cela depuis une semaine.

La référence aux antécédents en termes de toxicomanie est plus courante sur les procès-verbaux de police. Seuls deux autres jugements y font allusion :

« Avant je prenais une dose par jour. Ma dernière injection remonte à tout à l'heure avant mon interpellation ».

« C'est ma première prise de cette semaine ; l'an dernier j'ai eu une injonction thérapeutique... ce jour au volant de mon véhicule, j'ai pris mes deux copains près de la clinique où je les avais croisés par hasard... on a été se garer plus loin pour se faire une injection ».

En matière de détention-acquisition très peu de jugements sont motivés lorsqu'ils passent par les procédures rapides. Par contre, les jugements consécutifs à une instruction sont beaucoup plus détaillés, y compris lorsque l'infraction est l'usage. Une affaire très simple d'importation de haschich en provenance des Pays-Bas comporte une quinzaine de pages de motivation, mais l'avocat des prévenus était Francis Caballero ! et le tribunal a dû contrer chacun de ses arguments de défense.

Deux exemples de motivation, pour une même affaire de détention, l'un étant condamné à la prison ferme (MB, qui ne fait pas partie de notre fichier ici) et l'autre bénéficiant d'un sursis probatoire (FS) :

« Sur la sanction

1- en ce qui concerne MB :

Attendu que MB né le xx/xx/1959 a un casier judiciaire extrêmement chargé puisqu'il porte la trace de seize condamnations dont une grande partie à des peines fermes ou à des sursis avec mise à l'épreuve, notamment pour vol avec effraction et usage illicite de stupéfiants ;

Que compte tenu de ses lourds antécédents judiciaires et du peu d'intérêt qu'il porte aux poursuites engagées à son encontre en ne se présentant pas à une audience dont il a eu pourtant connaissance de la date, par le procès-verbal qui lui a été notifié, il convient de lui faire une application stricte de la loi pénale sous forme d'une peine d'emprisonnement ferme.

2- en ce qui concerne FS

Attendu que FS né le xx/xx/1963 a un casier judiciaire beaucoup moins lourd que celui de son co-prévenu mais que ce casier judiciaire porte la trace de quatre condamnations et notamment 18 mois d'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve de trois ans pour recel et 4 mois d'emprisonnement avec sursis pour usage illicite de stupéfiants ;

Attendu qu'en dépit de ces antécédents et pour tenter de mettre fin à une toxicomanie ancienne et persistante, il convient d'infliger à FS un ultime avertissement sous forme d'un sursis avec mise à l'épreuve... ».

(c) Le mode de comparution

La présence ou non de la personne lors de l'audience peut être relevée sur le jugement. Cette information est toujours présente puisqu'elle détermine les voies de recours ultérieures, opposition ou appel. Quatre modalités de cette variable existent, nous indiquons leur part relative dans le fichier :

- comparant, le prévenu est cité régulièrement et est présent à l'audience (73 %) ;
- non comparant (art. 410), le prévenu a été régulièrement cité mais ne se présente pas à l'audience. Le jugement est rendu « à signifier » (18 %) ;
- défaut, la citation n'a pas pu être remise à personne, le prévenu n'est pas informé de la date d'audience et n'est pas présent (3 %) ;
- détenu, le prévenu a été placé en détention provisoire ou est détenu pour une autre cause (DPAC) et comparaît mais non librement (6 %).

Les modalités de la comparution ont une influence à la fois sur le quantum de la peine prononcée et sur la suite de la procédure.

Au niveau national et pour l'année 1991, les résultats obtenus par exploitation du casier judiciaire distinguent les trois premières catégories. En matière d'usage de stupéfiants, la répartition est de 76 % de jugements contradictoires, 10 % de jugements à signifier et 14 % de jugements par défaut, toutes juridictions confondues (Timbart, 1995).

Notre fichier fait apparaître une part moins importante des non-comparants et des défauts. Cela s'explique aisément, à rebours, puisque nous n'avons ici que des personnes condamnées à un sursis avec mise à l'épreuve, les personnes condamnées par défaut à une peine ferme ne sont donc pas représentées.

Le quantum de la peine, nous l'avons vu, est influencé par des déterminants multiples, dont la présence ou l'absence du prévenu à l'audience font partie. Il est évidemment difficile dans une affaire d'identifier le facteur ayant eu le rôle décisif dans le prononcé de la peine, mais il est intéressant de noter que le mode de comparution peut être relevé dans le jugement ; reprenons le cas précédemment évoqué :

(SME34) : Que compte tenu de ses lourds antécédents judiciaires et du peu d'intérêt qu'il porte aux poursuites engagées à son encontre en ne se présentant pas à une audience dont il a eu pourtant connaissance de la date, par le procès-verbal qui lui a été notifié, il convient de lui faire une application stricte de la loi pénale sous forme d'une peine d'emprisonnement ferme.

Le cas était semblable à propos des injonctions thérapeutiques : la personne ne se présentant pas au parquet ou interrompant le suivi mis en place était lourdement

sanctionnée. C'est donc bien le non-respect de l'autorité qui est en cause, qui se traduit dans tous ces cas, par l'absence de la personne.

Dans leur recherche sur le parquet de Paris, B. Aubusson de Cavarlay et M.S. Huré (1995, p. 197) notaient également cette influence de l'insoumission aux interventions judiciaires et policières comme provoquant des réactions croissantes, et en tout cas majorant la peine.

Plus de la moitié des comparants détenus à l'audience sont condamnés à une peine de sursis avec mise à l'épreuve comportant une part d'emprisonnement ferme. Mais 80 % de ceux qui ont une telle peine comparaissent librement, ce qui montre l'influence de la détention provisoire sur le prononcé d'une peine ferme : cette dernière couvre dans la majorité des cas la détention déjà effectuée. Quelques cas, très rares compte tenu de la taille de notre population, sont comparants libres mais placés sous mandat de dépôt à l'audience, suite au prononcé d'une peine ferme. Cette procédure nous avait d'ailleurs été signalée par les contrôleurs judiciaires, qui estimaient qu'elles leur faisaient perdre leur crédibilité : comment prendre en charge une personne, essayer de l'insérer sur le marché du travail par exemple, alors qu'elle risque de « tomber » lors du prononcé du jugement ; comment surtout expliquer l'intérêt du contrôle judiciaire, comme substitut à la détention, au prévenu dans de telles conditions ?

(d) La complicité

Les jugements permettent d'identifier les coauteurs jugés dans une même affaire. Ce chiffre est un minimum puisque certains complices ont pu faire l'objet d'un classement sans suite ou ne pas être renvoyés devant le tribunal correctionnel à l'issue d'une instruction (non-lieu) sans que cela figure sur le jugement.

La réunion est une circonstance aggravante, prévue pour un grand nombre d'infractions. Les ILS n'y échappent pas puisqu'il s'agit d'un contentieux reposant sur l'existence de filières ou de réseaux de trafic et de consommation. L'influence d'une grosse affaire peut donc sembler un critère pertinent pour expliquer le quantum de la condamnation.

Dans le fichier des sursis avec mise à l'épreuve, 58 % des affaires comportaient une seule personne (pas de complice), 17 % en comportaient deux (un complice) et 14 % trois ou plus (deux complices ou plus). Pour les autres affaires, le jugement est manquant. La plus grosse affaire de cette cohorte comporte 14 complices jugés simultanément.

Le rapprochement du nombre de complices dans les affaires selon l'infraction est permis par le tableau n° 33.

Tableau II-33 : Répartition selon le nombre de complices et l'infraction

complices	Faits			Total
	acquisition	trafic	usage	
pas de complice	23	1	56	80
% ligne	28,75	1,25	70,00	100,00
% colonne	40,35	20,00	72,73	57,55
1 complice	12	2	10	24
% ligne	50,00	8,33	41,67	100,00
% colonne	21,05	40,00	12,99	17,27
2 complices et +	13	2	5	20
% ligne	65,00	10,00	25,00	100,00
% colonne	22,81	40,00	6,49	14,39
non renseigné	9	0	6	15
% ligne	60	0	40,00	100,00
% colonne	15,79	0	7,79	10,79
Total	57	5	77	139
% ligne	41,01	3,60	55,40	100,00
% colonne	100,00	100,00	100,00	100,00

La différence nette qui s'observe entre la composition des affaires en nombre de personnes selon qu'il s'agit d'usage simple ou de détention acquisition s'explique largement par les circonstances des interpellations dans l'un ou l'autre cas. Les infractions comme l'offre ou la cession sont relevées à l'encontre d'au moins deux personnes à l'occasion de la transaction.

La même infraction peut néanmoins être jugée différemment selon la présence de complices : il s'agit par exemple des simples usagers poursuivis dans le cadre d'une affaire plus importante d'acquisition ou de trafic ; le fait que le simple usage ait été retenu contre eux laisse peut-être subsister un doute quant à leur réelle participation aux autres infractions.

Dès lors, l'influence de la variable « complicité » est délicate à mesurer en matière d'ILS puisque l'infraction en elle-même détermine dans une large mesure le nombre de personnes dans l'affaire. Il est donc nécessaire d'observer la répartition selon les trois variables simultanément, mais cela pose le problème des effectifs faibles de la cohorte étudiée.

Seul le groupe d'infractions acquisition-détention, offre-cession montre une variation significative de la peine selon le nombre de complices : alors que 54 % de ces affaires comportent une peine ferme, c'est le cas de seulement 39 % quand il n'y a pas de complices, de 50 % quand il y en a un et de 69 % quand il y en a deux ou plus. Pour les faits de trafic ou d'usage simple, le nombre d'affaires en cause comportant plus d'une

personne est beaucoup trop faible pour y voir une quelconque influence du nombre de personnes poursuivies.

II. Les antécédents judiciaires

Les antécédents judiciaires sont considérés comme une variable explicative de grande importance dans le prononcé des décisions, à infraction égale. Pour le fichier des injonctions thérapeutiques, s'agissant d'un abandon de poursuites, nous avons choisi d'utiliser les antécédents figurant sur la chaîne pénale. Ici, les dossiers consultés comportent un extrait de bulletin n°1 permettant d'estimer les condamnations antérieures⁴³².

Toutes les personnes dont le casier judiciaire a été examiné ici ont été condamnées à un sursis avec mise à l'épreuve. Cette peine a pu être influencée par leur passé judiciaire, dans la mesure où face à un casier chargé le tribunal ne peut plus prononcer de sursis simple. Le choix de la sanction se fait alors entre l'emprisonnement ferme et le sursis avec mise à l'épreuve.

A/ Exploitation des casiers judiciaires

Nous disposons du casier judiciaire dans la plupart des dossiers. Ceux qui ne le comportent pas (16 %) ont fait l'objet en général d'un dessaisissement vers une autre juridiction. Dans ce cas, ne restent dans le dossier qu'une copie du jugement et les fiches de rencontre avec l'éducateur, toutes les autres pièces sont transmises au nouveau CPAL.

La prétention n'est pas d'étudier ici toutes les mentions inscrites au casier judiciaire des probationnaires mais d'essayer de rendre compte de leur passé judiciaire tel qu'il transparaît à la lecture de ces extraits. Pour chacun d'entre eux, un relevé exhaustif mais sommaire de chacune des mentions figurant au casier a été effectué : date du jugement, nature de l'infraction, peine prononcée.

Une première lecture, quantitative, montre qu'en moyenne les extraits de casier dont nous disposons comportent 2,9 mentions. Donc toutes qualifications confondues, les personnes concernées ont trois antécédents en moyenne et nous travaillons ici sur leur quatrième condamnation. Les antécédents en matière d'infraction à la législation sur les stupéfiants sont plus rares : en moyenne 0,9 inscription. Mais se pose immédiatement la question de l'utilisation du casier pour mesurer les affaires antérieures : celui-ci ne comporte que les affaires poursuivies et jugées et souffre de retard dans la mise à jour ; de plus, il n'est pas

⁴³²- Les considérations sur les limites et difficultés d'exploitation du casier judiciaire ne seront pas reprises ici.

exhaustif du fait des amnisties. Il y a donc une sous-estimation du passé des personnes car toutes les affaires, surtout les plus récentes, ne sont pas inscrites quand le CPAL demande un extrait, et les affaires ayant donné lieu à un classement sans suite n'apparaissent jamais. Or, en matière d'usage de stupéfiants, par exemple, la probabilité d'un classement est bien supérieure à celle d'une poursuite.

Quoi qu'il en soit, il apparaît clairement que les condamnations à un sursis avec mise à l'épreuve que nous étudions concernent principalement des multi-infracteurs, seul un cinquième de l'effectif ayant un casier portant la mention « néant » (tableau n° 34).

Tableau II-34 : répartition selon les mentions au casier judiciaire

Mentions	Effectif	% sur total	% des bulletins
casier absent	23	16	-
« néant »	28	20	24,1
1 mention	26	20	22,4
2 mentions	18	13	15,5
3-5 mentions	25	18	21,6
6-9 mentions	16	11	13,8
10 mentions et +	3	2	2,6
Total	139	100	100,0

Le nombre de mentions figurant au casier judiciaire et l'absence du bulletin dans le dossier sont indépendants mais liés à un déménagement éventuel de la personne en cours de probation : dans ce cas, l'intégralité du dossier, donc y compris le bulletin n° 1 est adressé au comité de probation chargé du suivi de la mesure. Le dossier archivé ne comporte alors plus ces éléments.

La répartition sur les bulletins présents montre qu'un quart des personnes a un casier sans inscription au moment de l'exécution de la peine : la condamnation objet de la présente étude ne figure pas encore au casier judiciaire, sauf pour quelques rares exceptions, lorsque la probation intervient longtemps après le jugement. Dans ce cas précis, nous n'avons pas tenu compte de cette inscription afin de ne pas introduire un biais.

Si l'on s'intéresse aux seuls antécédents d'infraction à la législation sur les stupéfiants, on voit que pour plus de la moitié des condamnés, il s'agit de la première condamnation en matière d'infraction à la législation sur les stupéfiants (tableau n° 35). Tandis qu'un tiers de ces personnes a déjà une mention antérieure d'ILS à son casier.

Tableau II-35 : Répartition selon les mentions d'ILS au casier judiciaire

Mentions antérieures d'ILS	Effectif	% sur total	% des bulletins
aucune	60	43	51,7
une	39	28	33,6
deux ou plus	17	12	14,7
bulletin absent	23	16	-
Total	139	100	100,0

La deuxième façon de travailler globalement sur ces mentions au casier judiciaire consiste à calculer la durée d'ancienneté que traduit le casier. Toutes les affaires que nous suivons correspondent au flux de 1995, les condamnations ayant été prononcées en général en 1995 ou 1994. Le calcul de la durée écoulée entre la première condamnation et celle observée ici montre que la durée moyenne s'établit à 6,1 ans pour la délinquance générale et 5,9 ans pour les seules infractions à la législation sur les stupéfiants. Ces durées sont longues, malgré les restrictions vues ci-dessus quant aux affaires non inscrites au casier. On peut en effet supposer que les premières affaires, concernant des personnes plus jeunes, ont eu d'autant moins de chances d'être poursuivies, donc que la durée observée est moindre par rapport à celle obtenue avec la chaîne pénale, que nous avons utilisée pour les injonctions thérapeutiques (voir chapitre précédent).

L'âge moyen des personnes concernées s'établit à 28 ans, nous l'avons vu. Cela permet de déduire un âge moyen au début des ILS autour de 22 ans par la lecture du casier judiciaire. Or, on peut supposer qu'il existe un délai de latence entre le début de l'usage du produit et la première interpellation, donc d'autant plus entre celui-ci et la première condamnation figurant au casier.

Une dernière étape dans l'exploitation de ces casiers judiciaires est la construction d'un indicateur de « gravité ». L'idée ici, souvent reprise dans les enquêtes et la littérature, est que la probabilité d'avoir une sanction lourde est influencée par l'existence de sanctions antérieures de ce type, donc qu'une condamnation à de la prison ferme touche plus particulièrement les personnes qui ont déjà été incarcérées.

La difficulté de l'exploitation des inscriptions multiples est certaine, d'autant plus que notre cohorte n'a pas un effectif très élevé. Notre choix s'est porté sur un indicateur simple : nous avons pour chaque personne additionné les différentes peines inscrites à son casier. Il ne nous échappe pas que les peines prononcées ne correspondent pas aux peines subies mais il nous paraît justifié de considérer qu'en termes de profils, cet indicateur a toute sa valeur : une personne ayant un casier comportant au total neuf années de prison ferme, même si elle ne les a pas toutes accomplies, n'a pas le profil d'une personne pour laquelle le casier ne mentionne que six mois avec sursis !

Le regroupement des éléments du casier judiciaire de chaque personne s'est donc fait de la manière suivante : dans un premier temps nous avons cumulé pour chacun les peines de même nature telle que prison ferme, sursis simple, etc... ; ensuite, une nouvelle variable a été créée prenant en compte cette durée cumulée seulement pour la plus lourde peine prononcée. Ainsi, les personnes qui apparaissent dans le tableau comme sursis avec mise à l'épreuve n'ont jamais été condamnées à de la prison ferme, mais peuvent avoir néanmoins des sursis simples ou des amendes. Rappelons que la peine actuelle de sursis avec mise à l'épreuve n'est pas prise en considération. Le résultat obtenu est décrit dans le tableau n° 36.

Tableau II-36 : Répartition des casiers selon la plus « haute peine » inscrite et son quantum

casier cumulant :	Effectifs	%
une durée de prison ferme inférieure à 12 mois	19	13,7
une durée de prison ferme égale ou supérieure à 12 mois	31	22,3
un sursis avec mise à l'épreuve	10	7,2
un sursis simple	27	19,4
une amende	1	0,7
néant	28	20,1
casier absent	23	16,5
Total	139	100,0

En tout, 36 % des probationnaires avaient déjà été condamnés à au moins une peine de prison ferme. Le cumul de ces peines fermes est élevé puisque pour la majorité d'entre eux il dépasse douze mois. La moyenne s'établit en fait à 23 mois, la durée maximale observée étant de 133 mois, soit onze années.

Au niveau national, l'enquête sur les condamnations de 1991 (Timbart, 1995) ne prend en compte que les trois dernières années d'antécédents judiciaires ; les durées n'ont donc pas été étudiées. Par contre, cet auteur relève l'influence du passé judiciaire comme un élément important de la probabilité du prononcé d'une peine ferme.

B/ Les peines selon le casier judiciaire

L'influence des antécédents au casier sur le prononcé de la sanction est déjà apparue de manière qualitative dans la motivation des jugements. Les deux variables regroupées précédentes, croisées entre elles, en donnant une nouvelle lecture (tableau n° 37) : la condamnation actuelle est étudiée en fonction des peines cumulées figurant au casier judiciaire.

Tableau II-37 : condamnations actuelles selon les mentions antérieures cumulées au casier judiciaire

Effectifs

% ligne

% colonne

mentions au casier	Condamnation actuelle				Total
	ajourné	prison ferme	SME > 6m	SME < 6m	
ferme > 12 m	1	5	8	17	31
	3,2	16,1	25,8	54,8	100,0
	100,0	14,3	19,5	27,4	22,3
ferme < 12 m	0	6	5	8	19
	0,0	31,6	26,4	42,1	100
	0,0	17,1	12,2	12,9	13,7
SME	0	0	5	5	10
	0,0	0,0	50,0	50,0	100,0
	0,0	0,0	12,2	8,1	7,2
sursis	0	5	8	14	27
	0,0	18,5	29,6	51,9	100,0
	0,0	14,3	19,5	22,6	19,4
amende	0	1	0	0	1
	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	0,0	2,9	0,0	0,0	0,7
néant	0	10	6	12	28
	0,0	35,7	21,5	42,9	100,0
	0,0	28,6	14,6	19,4	20,1
absent	0	8	9	6	23
	0,0	34,8	39,1	26,1	100,0
	0,0	22,9	21,9	9,7	16,5
Total	1	35	41	62	139
	0,7	25,2	29,5	44,6	100,0
	100,0	100,0	100,0		

Un quart des condamnations actuelles comporte une part de prison ferme, 45 % un sursis de moins de six mois et 29 % un sursis de plus de six mois. Malgré les tendances générales déjà décrites, on constate ici que les peines d'emprisonnement ferme ont touché préférentiellement des personnes qui en sont à leur première infraction, ou tout du moins, ayant un casier vierge. Ce tableau semblerait indiquer que le passé judiciaire n'est pas l'élément déterminant de la décision, en tout cas si l'on conserve l'ensemble des faits. Il est donc nécessaire d'introduire l'infraction pour analyser plus finement la décision.

C/ Peines selon le casier et les faits

Pour éviter de trop complexifier l'analyse, nous allons prendre en compte les faits regroupés, les mentions figurant au casier judiciaire regroupées en trois catégories et l'existence ou non d'une peine de prison ferme (tableau n° 38).

Tableau II-38 : Répartition des affaires selon le nombre de mentions au casier judiciaire, l'infraction et la condamnation actuelle à une peine de prison ferme

nombre de mentions	acquisition			trafic		
	non*	oui*	somme	non*	oui*	somme
néant	6 37,5	10 67,5	16 100,0	1 100,0	0	1 100,0
1-2	12 66,7	6 33,3	18 100,0	2 100,0	0	2 100,0
3 et +	4 36,4	7 63,6	11 100,0	0	1 100,0	1 100,0
Total	22 48,9	23 51,1	45 100,0	3 75,0	1 25,0	4 100,0
Nombre de mentions	usage			Total		
	non*	oui*	somme	non*	oui*	somme
néant	11 100,0	0	11 100,0	18 64,2	10 35,8	28 100,0
1-2	22 91,7	2 8,3	24 100,0	36 81,8	8 18,2	44 100,0
3 et +	31 96,9	1 3,1	32 100,0	35 79,6	9 20,4	44 100,0
Total	64 95,6	3 4,4	67 100,0	89 76,8	27 23,2	116 100,0
*non : pas de condamnation à une peine de prison ferme						
*oui : condamnation à une peine de prison ferme						

Toutes infractions confondues, 77 % n'ont pas été condamnés à une peine de prison ferme et 23 % l'ont été. Indépendamment du nombre de mentions au casier judiciaire, ce pourcentage devient 47/53 % pour les faits d'acquisition, 75/25 % pour le trafic et 96/4 % pour l'usage. Les affaires d'acquisition aboutissent à une condamnation à de l'emprisonnement ferme dans plus d'un cas sur deux et sont traitées plus durement que celles de trafic, trop rares il est vrai pour être représentatives, et que les affaires d'usage qui ne débouchent pratiquement jamais sur une condamnation ferme.

Si l'on tente maintenant d'établir l'influence des antécédents judiciaires sur le prononcé de la peine ferme, pour une infraction donnée, on peut constater qu'aucune peine de prison ferme n'a été prononcée pour usage si le casier est vierge. Pour le trafic, il est difficile de se prononcer, mais la faiblesse des effectifs peut entraîner des variations aléatoires. Pour les affaires d'acquisition, l'influence du casier n'est pas évidente, puisque les peines fermes sont surreprésentées alors même qu'il n'y a pas d'antécédents.

Les quelques condamnations à une peine comportant une partie ferme pour de l'usage sans autre ILS demandent un approfondissement. Dans le tableau ci-dessus, on peut constater qu'elles sont prononcées pour des personnes ayant des mentions antérieures au casier judiciaire. L'une de ces affaires retenue en usage comporte en fait une infraction associée de vol, ce qui est un majorant dans le quantum nous l'avons vu ; le cas est assez intéressant pour que l'on s'y arrête un instant :

Interpellé en mars 1995, G. (SME50), né en 1971, pour usage de stupéfiant et vol, est jugé en comparution immédiate le lendemain, ainsi qu'un complice. Les produits incriminés sont de l'héroïne et du cannabis. G. sort de détention, il y était depuis octobre 1992 et est déclaré sans domicile fixe et sans emploi. Son casier judiciaire porte cinq mentions, 1 vol et 4 ILS, depuis 1989 (ses 18 ans). Après une condamnation à de la prison ferme pour le vol (1989) et deux condamnations à des peines d'amende, pour usage de stupéfiants (1990), il est condamné pour acquisition et détention en 1990 à 2 ans dont 1 an avec sursis et mise à l'épreuve pendant 36 mois et en 1993 à 4 ans dont 1 an avec sursis et mise à l'épreuve pendant 36 mois.

Dans l'affaire présente, il est condamné à 12 mois dont six avec sursis et mise à l'épreuve pendant 36 mois ; il est immédiatement incarcéré, sort en août 1995 et est de nouveau pris en charge par le CPAL quelques jours après. Il a donc passé effectivement 38 mois en prison sur les 54 mois qui résultent du total de ses condamnations. Il a alors 24 ans, aucune formation et est hébergé chez sa sœur. Le dossier a été ouvert en 1991 au CPAL puisque les mises à l'épreuve ont lieu pendant les périodes de liberté. Il refuse au départ tout suivi médical, estimant que c'est de l'histoire ancienne et qu'il a été sevré en prison. Après cinq mois de suivi, il se plie à un suivi régulier auprès du CSST3 mais ne cherche pas vraiment d'emploi ; il touche le RMI à dater de ses 25 ans. Il fera un stage en mars 1997.

Le suivi est toujours en cours en juillet 1997, il a rencontré 11 fois le CIP depuis août 1995.

On remarque dans cet exemple, la persistance de lourdes peines de prison, pour la détention et l'acquisition et les tentatives tout aussi nombreuses de mettre en place un suivi par les mises à l'épreuve pour une longue durée. Neuf années de mise à l'épreuve ont été prononcées en tout ! Le CPAL connaît G. depuis maintenant six ans.

O. Timbart (1995) note au niveau national la persistance des peines de prison ferme pour le simple usager et avance deux explications : le passé judiciaire de l'intéressé et/ou le fait qu'il ne se soit pas présenté à l'audience (condamnation par défaut). Cette seconde explication sous-entend qu'un certain nombre de ces condamnations ne seront pas exécutées puisque la personne a encore la possibilité de faire opposition au jugement. Dans notre fichier, la partie ferme de la peine a été effectuée avant le suivi au comité de probation et les peines d'emprisonnement ferme total sont exclues par définition.

Les statistiques nationales montrent que chaque année quelques usagers sont incarcérés pour de simples faits d'usage. Leurs antécédents judiciaires peuvent quelquefois justifier un tel traitement. Dans d'autres cas, il est difficile de savoir quel a été le déterminant de la sanction.

La question s'était posée de la même façon lors de l'enquête de 1981 (Gortais et Pérez-Diaz, 1983) ; de très fortes disparités avaient été notées au niveau national dans le prononcé des peines. Les juridictions qui avaient prononcé des peines fermes pour des affaires d'usage avaient été interrogées par fax sur de telles condamnations. L'explication à cette fermeté de la répression avait été en général la présence d'une infraction connexe, en général le vol. Mais les auteurs notent que quelques peines d'emprisonnement ferme avaient été prononcées contre de simples usagers hors de ce contexte.

D/ Les injonctions thérapeutiques antérieures

En l'état du suivi des injonctions thérapeutiques par la juridiction -voir partie précédente- il n'est pas possible de récupérer de façon fiable l'information sur les injonctions antérieures. Deux méthodes approximatives sont utilisées :

- quand un dossier comporte la mention d'une injonction antérieure, soit par la déclaration de la personne lors de l'enquête de police ou lors de l'audience, ou par toute autre pièce au dossier en faisant mention ;

- en rapprochant nos deux fichiers (les injonctions et les sursis avec mise à l'épreuve, tous deux anonymes) sur la base du numéro du parquet. Cela signifie que nous ne pouvons trouver trace dans le fichier des obligations de soins que des injonctions prononcées pour

la seule année 1995 qui est celle dont nous disposons. Aucune information sur des injonctions thérapeutiques antérieures, ou même postérieures, n'est disponible.

La combinaison de ces deux méthodes nous a permis de repérer 22 personnes pour lesquelles au moins une injonction thérapeutique a été mentionnée, ce qui représente malgré tout 16 % des condamnés à un sursis avec obligation de soins, sachant que cette fréquence est forcément sous-évaluée.

Ce résultat n'est pas surprenant, nous avons vu par l'étude des injonctions thérapeutiques dans cette juridiction, qu'une part importante des personnes ayant évité l'injonction se trouvait condamnée à un sursis avec mise à l'épreuve. Nous en avons ici une autre mesure, tout en sachant que nous ne pouvons distinguer les injonctions positives des échecs. Ceux-ci sont certains lors du rapprochement des deux fichiers mais non sur la déclaration des personnes.

Une approche plus qualitative de cette question avait été programmée à savoir d'assister aux audiences pour savoir si l'injonction thérapeutique pouvait ou non constituer un élément du débat. Cette phase n'a pu être menée à terme.

III. Profils socio-démographiques

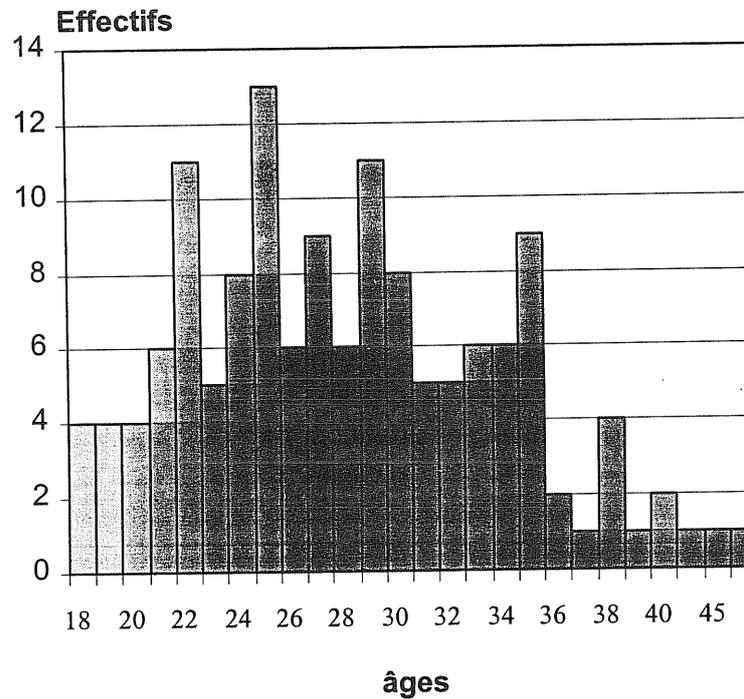
Les principales caractéristiques socio-démographiques sont très proches de celles observées dans le fichier des injonctions thérapeutiques et dans l'ensemble des institutions. Les points de comparaison sont par contre plus pauvres, peu d'enquêtes ou de rapports sur les obligations de soins dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve étant disponibles.

14 % sont des femmes. 77 % sont de nationalité française et 14 % d'une nationalité maghrébine.

A/ L'âge

L'âge moyen s'établit également à 28 ans, la distribution est montrée par le graphique n° 11. Malgré une moyenne strictement équivalente à celle observée dans le fichier des injonctions thérapeutiques, la répartition est quelque peu différente : la part des jeunes, avant 25 ans, est plus forte. Ainsi, 30 % des probationnaires étudiés ici ont moins de 25 ans, alors que la part de ce groupe d'âge dans les injonctions thérapeutiques s'établissait à 25 %.

Figure II-11 : Répartition par âge des sursis avec mise à l'épreuve



Malgré tout, unanimement, les éducateurs (CIP) font état d'un vieillissement de leur « clientèle » même si leur interprétation de ce phénomène peut diverger. Pour certains, une des explications tourne autour du rôle de la famille, les jeunes restent de plus en plus tard chez leurs parents, la famille fait écran et cela retarde le recours aux structures.

Pour d'autres au contraire, la même « clientèle » reste présente très longtemps dans le circuit, les mêmes vieillissent :

« c'est le modèle des grands frères, un exemple négatif. Les plus jeunes ont peur de la seringue. L'héroïne c'est une drogue des vieux, elle est passée de mode. C'est pour ça qu'il y a une entrée forte de la coca... » (CIP).

Pourtant nous avons vu précédemment que 80 % de nos mis en cause l'ont été pour de l'héroïne. Il s'agit donc du même produit que dans le fichier des injonctions thérapeutiques ou dans la clientèle des centres de soins. Cette explication ne concorde pas ici avec le constat d'une clientèle légèrement plus jeune.

B/ La structure familiale

68 % sont célibataires, 16 % vivent en concubinage, 10 % sont mariés et 6 % sont séparés. Quand on dispose du renseignement, 59 % n'ont pas d'enfant, 27 % en ont un, 12 % en ont deux et 3 % plus de trois.

La plupart vit au domicile des parents ensemble ou de l'un d'entre eux, le plus souvent la mère, et cela quel que soit l'âge : l'un d'eux a 62 ans !

La taille de la fratrie d'origine n'est en général pas renseignée, ce n'est pas un critère qui retient l'attention des éducateurs, puisque l'on ne dispose de cette variable que lorsqu'il y a eu une enquête rapide ou un rapport de contrôle judiciaire. Nous avons vu, au contraire, que c'est un renseignement qui était systématiquement demandé par la personne déléguée par la DDASS pour les injonctions thérapeutiques.

C/ Profession et ressources

Une population en situation de précarité : à partir des données figurant sur les jugements, on obtient un quart de sans profession, un quart de profession non déclarée, un quart d'employés. Le quart restant se répartit dans les autres niveaux d'emploi, 12 % étant ouvriers qualifiés.

Une bonne partie des probationnaires n'a pas rempli les formalités administratives nécessaires à l'exercice de ses droits : sécurité sociale, RMI, allocation ASSÉDIC, etc... Une assistante sociale pointe la complexité de ces démarches. Pour elle, la plus grosse difficulté tient à la sectorisation différente pour le pénal, le sanitaire, l'administratif, etc... :

« la même personne dépend de plusieurs secteurs pour l'ANPE, le RMI, les soins. Les gens ne s'y retrouvent pas. On sert d'intermédiaire, de relais, j'écris sur une feuille ce qu'il faut faire et dans quel ordre, mais pas tout à la fois, car ils oublient ou perdent la feuille. Puis ils reviennent au bout de 15 jours et j'écris la suite. C'est trop compliqué. Du coup, dès qu'ils ont des problèmes, même après la fin de la mesure, ils reviennent ici. C'est dangereux, ils vont dépendre de nous !... » (AS, CIP).

Cette opinion n'est pas partagée par certains de ses collègues, qui au contraire, considèrent qu'ils ne dépendent pas d'un service social :

« Il faut faire le moins possible de démarches, les injecter dans le circuit de droit commun. Notre première mission est le rappel à la loi, si on fait une prise en charge sociale trop lourde, les obligations pénales peuvent être oubliées » (CIP).

Il n'était pas possible de décrire la complexité des parcours professionnels pour l'ensemble de la cohorte. Il fallait construire un indicateur simple pour résumer l'information disponible. Nous avons donc cumulé les durées de séjour en emploi, en stage, avec le RMI, etc... durées qui une fois comparées avec les durées de suivi permettent de faire un bilan du temps passé au travail sur un suivi moyen de 24 mois. Nous n'avons pas tronqué les durées à gauche pour les situations n'ayant pas évolué : par exemple, si une personne a le même emploi depuis trois ans au moment de la mise en place de la mise à l'épreuve, et le conserve pendant la durée de celle-ci, nous considérons cette période entière et non seulement depuis le début de la mesure. La signification de ces deux calculs n'est pas la même et nous préférons l'inscrire dans sa durée maximale, ce qui nous paraît traduire au mieux l'insertion ou la stabilité.

A quelques rares exceptions près, les entrées et sorties du monde du travail sont multiples, il s'agit plus d'une superposition de petits emplois, CDD, intérim, entrecoupés de périodes de stage ou de chômage que d'une inscription dans la durée. Les mêmes personnes peuvent donc apparaître dans chacune des modalités invoquées dans cette partie : travail, chômage, RMI. Par contre, les modalités de non-emploi s'inscrivent beaucoup plus souvent dans la durée.

Pour la durée du travail, les résultats obtenus sont décrits dans le tableau n° 39. Nous disposons du renseignement pour 90 personnes au total. Elles ont travaillé en moyenne 7,8 mois, mais cette moyenne masque évidemment les disparités entre une forte part de l'effectif qui n'a pas du tout travaillé et un cinquième ayant travaillé plus d'un an.

Tableau II-39 : Durée du travail observée

Durée	Effectifs	Pourcentage %
0 mois	37	41,1
0-6 mois	18	20,0
6-12 mois	17	18,9
12-24 mois	11	12,2
24 mois et +	7	7,8
Toutes durées	90	100,0

A ces périodes de travail correspondent des périodes de non-travail, dont le chômage est une modalité principale (tableau n° 40).

Tableau II-40 : Durée de chômage

Durée	Effectifs	Pourcentage %
0-6 mois	2	5,1
6-12 mois	9	23,1
12-24 mois	11	28,2
24 mois et +	17	43,6
Toutes durées	39	100,0

Les personnes ayant connu des périodes de chômage pendant la durée du suivi (39 connues) sont le plus souvent des chômeurs de longue durée : la durée du chômage excède un an dans les deux tiers des cas.

Rappelons à ce propos, que la plupart des sursis avec mise à l'épreuve comporte, outre l'obligation de soins, l'obligation n° 1 de l'article 132-45 du nouveau code pénal, à savoir : « *Exercer une activité professionnelle ou suivre un enseignement ou une formation professionnelle* ». L'éducateur a donc un effet incitatif sur la définition de l'occupation, qui ne passe pas forcément par un travail stable et continu ce qui serait un leurre compte tenu du marché du travail actuel. Bien souvent, il s'agit d'une orientation vers un service ANPE spécialisé, qui proposera un stage, voire l'inscription au RMI. La régularisation peut ainsi consister à éviter les petits travaux au noir, donc favoriser une insertion dans un circuit économique visible.

Pour ce qui concerne le RMI, il ne s'inscrit pas dans une perspective immédiate et sur une courte durée. Bien souvent, l'ouverture des droits se fait sur l'impulsion de l'éducateur, face à une situation de chômage de très longue durée et non indemnisée. 24 personnes ont ainsi le RMI comme revenu principal (soit 17 % des probationnaires) et la durée moyenne est de 13,8 mois.

Dans le même ordre d'idée, l'AAH (allocation adulte handicapé) est perçue par 13 personnes, soit à peine 10 % des probationnaires, mais 15 % des personnes dont nous connaissons ici les ressources.

Nous ne disposons pas de ces variables dans le fichier des injonctions thérapeutiques. Par contre, le rapport de la DDASS de la Gironde (1996) y fait allusion : près de la moitié des personnes suivies en injonction thérapeutique bénéficient d'un revenu plus ou moins stable de ce type : RMI, pension type AAH ou ASSEDIC.

Or bien souvent, les mêmes personnes vont cumuler ces situations de précarité, et l'on voit donc une cristallisation de celles-ci, le chômage longue durée débouchant sur le RMI, auquel s'ajoutent ensuite les difficultés de santé.

Prenons deux exemples très contrastés : tout d'abord, plusieurs années de précarité débouchant sur un emploi stabilisé, c'est un cas rare, ensuite une situation qui s'ancre en dehors du marché du travail.

A. (SME6) est né en 1964, il vit chez sa mère et a 3 frères et sœurs, il a un BEP de comptabilité. Son affaire est passée par l'instruction car il est complice d'infraction à la législation sur les stupéfiants (il fournit le local). Il est toxicomane depuis six ans au moment des faits. Il est placé sous contrôle judiciaire pendant la durée de l'instruction. Son casier judiciaire comporte deux mentions : usage de stupéfiants en 1988 (condamné à 6 mois dont 4 avec sursis) et un vol simple (condamné à 6 mois de suspension du permis de conduire). Le rapport du contrôleur judiciaire est favorable, il l'estime sur la bonne voie. Il l'a dirigé sur un CSST, où il a été suivi puis placé dans une famille d'accueil (octobre 1994).

Au niveau professionnel, il déclare comme profession : tatoueur. Depuis 1992, il touche le RMI soit 2047 francs par mois. Jugé en mars 1995, il est reçu dès la fin du mois par le CPAL. Deux mois après il trouve un stage d'une durée de 6 mois dans un service social. Celui-ci débouche sur un CES à compter de novembre 1995 pour lequel il perçoit 3200 francs mensuels. Il passe le concours de la DDASS pour devenir assistant de service social et le réussit en mars 1996. Son emploi est transformé en CEC contrat emploi consolidé, il s'agit d'une formation en alternance pour laquelle il est rémunéré 6500 francs. Il est très motivé par son travail et ses études et désire devenir éducateur spécialisé !

Le cas ci-dessous a déjà été évoqué, il s'agit de celui de FS (SME34) dont nous avons vu précédemment la motivation du jugement en raison de son lourd passé judiciaire.

FS a été suivi par le CPAL du 28 juin 1994 au 15 juillet 1996, soit en tout une dizaine de visites. Il prend de l'héroïne depuis 14 ans, environ ½ gramme par jour. Il perçoit le RMI depuis 1992. Il est suivi au départ par un CSST, mais également par un hôpital parisien car il est séropositif et contaminé par les VHB et VHC, il est sous antidépresseurs. Il fait une cure de désintoxication puis part en postcure en province. En février 1995, il obtient l'ouverture de ses droits à l'AAH et touche 3200 francs par mois. La situation reste inchangée jusqu'à la fin de la mesure.

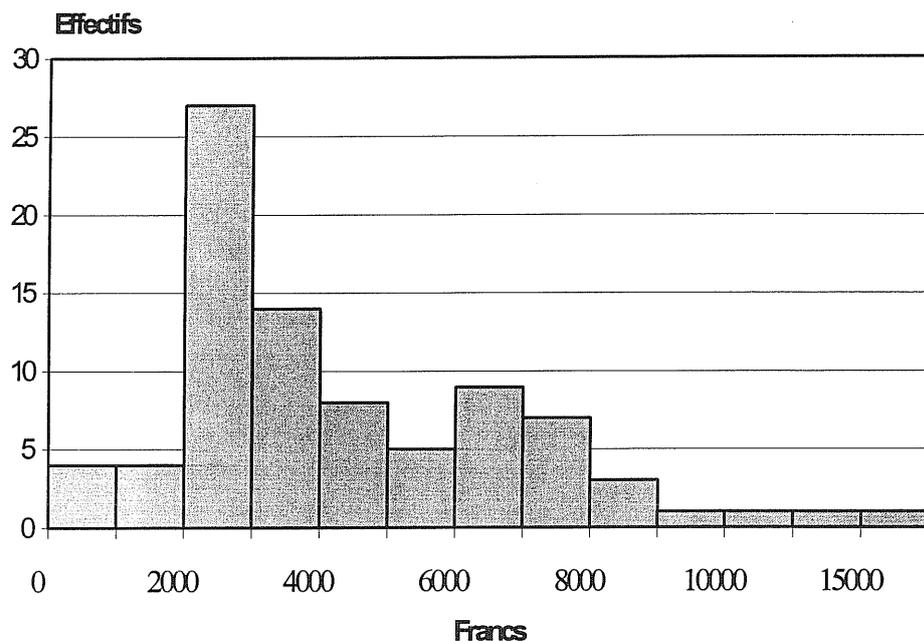
J'évoque avec un éducateur la possibilité de recourir à un travail d'intérêt général à la lecture d'un dossier où la mesure a été très positive :

« Les toxicos au boulot en font trop. Ils trouvent facilement un emploi car ils sont très séducteurs et ils se donnent à fond, ils se shootent au travail deux-trois mois puis il y a une crise, ils se disputent et partent. Puis ils se redonnent à fond pour trouver un autre emploi » (CIP).

- Les ressources :

La plupart des dossiers comportent outre l'obligation de soins, une obligation d'exercer un emploi. De ce fait, les CIP demandent des justificatifs d'emplois et de ressources, tels que les bulletins de salaire, les relevés des ASSEDIC ou des allocations familiales. Au vu de ces documents, le montant actuel (à la clôture du dossier) des ressources a été relevé, car il nous paraît un critère très pertinent de la situation réelle des personnes ; ce renseignement est disponible pour 85 personnes. Sauf quelques salaires conséquents, la majorité a des ressources très faibles, souvent seulement le RMI ou l'allocation d'adulte handicapé, respectivement autour de 2200 et 3300 francs mensuels, comme le montre le graphique n° 12.

Figure II-12 : Ressources mensuelles



Les ressources mensuelles moyennes s'établissent à 4095 francs, mais le graphique montre que le mode est situé dans la classe 2000-3000, ce qui correspond au montant le plus habituel du RMI. Une deuxième source de revenu non négligeable est l'AAH, allocation adulte handicapé qui s'élève à 3300 francs mensuels. Ceux qui perçoivent

cette allocation ont le plus souvent des pathologies chroniques, hépatite C ou sida, qui interdisent toute activité professionnelle.

Compte tenu du montant actuel du salaire minimum, le seuil de 5000 francs mensuels peut être considéré comme pertinent pour la description d'une situation permettant de vivre de ses revenus. Un tiers seulement des personnes dont nous connaissons les ressources atteignent ce revenu. La répartition des revenus définit deux « clientèles » séparées par cette limite des 5000 francs par mois. Les ressources les plus faibles proviennent des allocations chômage en fin de droit, souvent moins de 2000 francs par mois.

Le nombre de cas étudiés est faible, mais nous n'avons pas noté de différences de revenus en fonction du produit utilisé. Les personnes ayant des revenus plutôt corrects utilisent toutes de l'héroïne. Les rares affaires de cocaïne concernent des personnes ayant des ressources faibles, donc proches du profil moyen.

IV. La prise en charge sanitaire

Du fait de l'obligation de soins présente dans tous les jugements (par définition), le CIP doit réaliser une orientation sanitaire. Celle-ci ne va pas toujours de soi, certains probationnaires la refusant pour des raisons diverses ou niant toute dépendance.

L'obligation de soins ne définit pas le type de suivi qui doit être mis en place : le fait pour un toxicomane séropositif de se faire suivre à l'hôpital pour sa séropositivité est une orientation sanitaire, même si le suivi ne vise pas de prime abord la toxicomanie. Les éducateurs ne donnent pas un sens restrictif à cette obligation de soins, ils recherchent une prise en charge sanitaire des personnes. Ainsi, un dossier présente un exemple de cette difficulté : un des usagers d'héroïne et d'alcool, après une période de suivi, cesse toute consommation de stupéfiants pour se « consacrer » exclusivement à l'alcool, afin « qu'on lui fiche la paix ». Pour l'éducateur en charge du dossier, sa mission vis-à-vis du soins n'est pas terminée, ce n'est pas la seule abstinence au produit illicite qui est visée.

Pour d'autres éducateurs, le statut même d'usager de stupéfiants n'est qu'une façade pour échapper aux rigueurs de la législation concernant les autres infractions à la législation sur les stupéfiants :

« pour certains l'obligation de soins n'a aucun sens, ils ne se droguent pas, ils font de l'argent mais savent que la peine sera moindre en déclarant une consommation. Après ils ricanent quand on leur donne des adresses » (CIP).

A/ Les antécédents sanitaires

Les éducateurs ne se perçoivent pas comme premier contact avec le système de soins :

« on les ramène vers les structures de soins, ils les connaissent... » (CIP).

Sur l'ensemble des personnes suivies, 40 ne sont pas suivies au moment de la prise en charge par le CPAL, 75 le sont et pour 24 le renseignement n'est pas disponible (recherches nationales ou dessaisissement). Donc sur les 115 personnes interrogées, les deux tiers ont déjà un suivi en cours au début de la mise à l'épreuve.

Dans 44 % des cas ce suivi a lieu dans un centre spécialisé, dans 41 % des cas dans un hôpital et 15 % des cas en médecine de ville.

Les éducateurs vont proposer une orientation à 96 personnes, dont 14 vont la refuser. Les motifs de refus sont généralement la négation d'une dépendance, si le produit est du haschich ou le sentiment qu'il s'agit d'une affaire ancienne et que la désintoxication est acquise.

La prise en charge de la personne organisée par les éducateurs est globale. Même s'ils doivent dans la mesure du possible faire respecter les obligations du jugement, le seul refus d'une orientation sanitaire ne constitue pas en soi un motif de révocation du sursis avec mise à l'épreuve. L'action s'inscrit généralement dans un travail de longue haleine et les éducateurs montrent bien qu'ils ne peuvent pas toujours jouer sur tous les tableaux simultanément :

« s'il y a une obligation de soins, on travaille sur cette idée, même si cela ne paraît pas utile, souvent sur le long terme. Sur la notion de dépendance surtout, à quoi sert le produit, qu'est-ce qu'il remplace... » (CIP).

« Les parcours sont très disparates, il faut multiplier les points de contact, un jour il y a un déclic... » (CIP).

La mesure d'obligations de soins s'inscrit ici dans la durée, puisque la probation dure vingt-quatre mois en moyenne, au contraire de l'injonction thérapeutique, très courte, qui ne permettait pas un suivi mais une simple orientation.

B/ La multiplicité des prises en charge

Les orientations sanitaires qui sont décrites ci-dessous, correspondent à celles qui ont effectivement pris place pendant la durée de la mise à l'épreuve. Soit un suivi antérieur était poursuivi, soit un nouveau suivi était constaté. Dans tous les cas, les prises en charge décrites étaient attestées par des certificats médicaux présents dans le dossier, indiquant la date de la première visite, le nombre de visites ou un suivi régulier. Il ne s'agit ici bien entendu que des suivis médicaux en relation directe avec la toxicomanie ou une pathologie associée, qui étaient perçus par l'éducateur comme des lieux potentiels où parler de la dépendance. Les soins « courants » ne sont pas pris en compte.

Comme les probationnaires ont intérêt à prouver qu'ils sont suivis afin de remplir leur obligation de soins, on peut penser que les suivis multiples sont bien connus, la tendance étant plutôt à « fournir » des certificats médicaux en grande quantité.

Si l'on exclut les personnes pour lesquelles le sursis avec mise à l'épreuve n'a pas été mis en place et celles qui ont refusé toute orientation sanitaire, 95 personnes ont eu au moins un recours à une structure sanitaire. En moyenne, ces personnes ont eu 1,67 recours.

Pour la moitié de ces personnes (51 %), un seul recours est utilisé, la structure vers laquelle l'éducateur les a orientées, la plupart du temps un centre spécialisé. Les éducateurs orientent le plus souvent sur la structure de leur secteur sauf demande contraire de la part de l'intéressé. Certains probationnaires préfèrent changer de quartier ou de commune pour éviter les rencontres avec les copains « de galère » ou pour ne pas être reconnus par des voisins. La forte densité des structures sanitaires sur le département offre de multiples facilités en ce domaine. Les associations sont plutôt choisies, peu de renvois sur la médecine de ville sont proposés.

Pour tous ceux ayant une pathologie associée (35 %), deux lieux d'accueil sont nécessaires : le centre spécialisé et une structure hospitalière. Les suivis sont très réguliers simultanément dans les deux structures. Le suivi hospitalier comporte lui-même souvent à la fois un suivi par un médecin et un suivi par un psychologue.

Les recours multiples sont plus rares (14 %) mais certains utilisent un grand nombre de lieux d'accueil, le plus souvent trois, mais pour l'un des probationnaires neuf structures ont été sollicitées sur la durée de la mise à l'épreuve. Un exemple nous permet d'appréhender ces recours multiples.

J. (SME64) est une jeune femme née en 1968, elle est célibataire et a un CAP de sténodactylo. Elle vit chez sa mère, puis chez son père, puis chez un ami. Son état de santé est très dégradé, elle touche l'allocation d'adulte handicapé depuis 1994. Toxicomane depuis 10 ans, sa consommation a été jusqu'à cinq doses par jour, aujourd'hui elle a diminué à une dose par semaine. Elle est séropositive depuis 6 ans. A son arrivée dans le service (CPAL) en juin 1995, elle est suivie par l'hôpital Bichat, et suit un traitement à l'AZT mais également par le CMP de son domicile. Pour se plier à l'obligation de soins et sur l'orientation de son éducateur, elle entame un suivi auprès d'un CSST du secteur où elle ne consulte que deux fois. Elle cherche également un soutien auprès de l'association AIDES où elle est reçue régulièrement. A partir du mois de mars 1997, elle est suivie à l'hôpital Beaujon et placée sous tri-thérapie. Le suivi par le CPAL est interrompu à la fin de la probation en mars 1997.

L'utilisateur ayant eu neuf recours présente quant à lui de gros problèmes psychiatriques, une dépendance à l'héroïne et à l'alcool. Pendant les deux années de suivi (la mesure est encore en cours) il est suivi dans un hôpital psychiatrique, fait différents séjours à l'hôpital pour des sevrages alcooliques, fréquente un Bus Sida et l'association Sida Paroles, bien qu'il ne soit pas fait mention d'une infection VIH dans son dossier, est suivi par un médecin de ville, se rend à trois consultations dans un centre spécialisé pour toxicomane, puis est hébergé par une association d'aide aux toxicomanes. Il n'a pas d'activité professionnelle, est bénéficiaire du RMI, sa dépendance et son état de santé ne lui permettent pas d'envisager une quelconque activité.

Ce problème des prises en charge multiples est bien connu sinon bien estimé. Il est à l'origine de doubles comptes dans les enquêtes du SESI, ce qui a nécessité de réduire le recueil à une période assez courte (un mois, alors qu'avant 1987, on prenait un trimestre) afin d'éviter au maximum les mouvements. Une question a été introduite sur le suivi par une autre structure afin d'essayer de réduire la part de ces doubles comptes, mais la réponse repose sur la déclaration des intéressés et sa fiabilité n'est pas certaine. Ainsi, dans l'enquête de novembre 1995 (Antoine, Viguié, 1996), sur 22 903 toxicomanes accueillis en un mois dans les différents établissements, 2 559, soit environ 10 % sont suivis à la fois par un centre spécialisé et un hôpital ou un établissement social. Les auteurs reconnaissent que seule une partie des doublons peut être repérée en l'état actuel de l'enquête. De plus, il n'est pas certain que tous les établissements en particulier les CMP ou CMPP soient pris en compte et les médecins généralistes ou spécialistes du secteur libéral ne le sont pas.

C/ Les traitements de substitution

Le démarrage des traitements de substitution, dans le cadre d'une politique de réduction des risques, a modifié les modalités de prise en charge des toxicomanes. Les condamnés à un sursis avec mise à l'épreuve et une obligation de soins bénéficient de ces mesures, qui permettent la mise en place d'un suivi régulier, par le fait du renouvellement de la prescription (voir partie I).

Sur les 96 personnes orientées sur une structure sanitaire, 14 ont refusé les soins nous l'avons vu ; restent donc 82 personnes effectivement suivies.

Sur cet ensemble, certes restreint, 25 personnes attestent (certificat médical dans le dossier) d'un traitement de substitution. La répartition selon le produit est la suivante : 13 sous Subutex, 8 sous Méthadone, 2 sous Moscantin, 1 sous Temgésic et 1 avec d'autres médicaments. Toutes ces personnes ont gardé le même produit pendant la durée du suivi sauf trois : 1 Moscantin et 1 Temgésic sont passées à la méthadone, 1 sous méthadone est passée au Moscantin.

Il est important de rappeler que la cohorte que nous suivons est celle de 1995, année qu'il faut rapprocher du début de la substitution en France, ce que nous avons développé dans la première partie. La part des toxicomanes substitués dans les suivis des services judiciaires est amenée à augmenter ; elle est néanmoins déjà notable actuellement.

Toutes les personnes sous traitement de substitution étaient suivies avant leur mise à l'épreuve dans le cadre de ce fichier (flux de 1995). Or, nous avons vu que 75 personnes étaient suivies en liaison avec leur toxicomanie : un tiers des personnes suivies antérieurement bénéficient donc d'un traitement de substitution.

Sur ces personnes sous substitution, un bon tiers (9 d'entre elles) ont un état de santé nécessitant une surveillance particulière : une femme enceinte, cinq séropositifs, un ulcère et deux hépatites C. Pour celles-ci, la substitution apparaît donc comme une aide dans le cadre d'un état de santé dégradé, au delà d'une éventuelle tentative de désintoxication.

D/ Les pathologies associées

Il est apparu intéressant, à la lecture des certificats médicaux rassemblés dans les dossiers, de relever les pathologies ou circonstances médicales particulières pouvant permettre une description de la population reçue au service de probation dans le cadre de l'obligation de soins. Il ne s'agit pas d'une description de l'état de santé global, mais seulement des pathologies nécessitant une prise en charge ou un suivi particulier.

Sur l'ensemble du fichier (139 personnes), 24 personnes sont à écarter car nous ne disposons d'aucun renseignement, le suivi n'ayant pu être mis en place (cf. *infra*). 14 autres ont refusé toute orientation médicale, leur dossier ne comporte donc aucun renseignement de ce type. Nous disposons donc de renseignements médicaux pour une centaine de personnes. 42 personnes présentent ainsi une pathologie. Seules évidemment les contaminations par le VIH ou les hépatites sont susceptibles d'être en lien direct avec la toxicomanie, mais elles sont majoritaires (tableau n°41).

Tableau II-41 : Pathologies associées

Pathologies	Effectifs
contamination VIH ou sida	24
contamination hépatites	7
dépendance à l'alcool	4
dépendance aux médicaments	3
diabète	1
grossesse	2
ulcère	1
Total	42

Sur ces personnes, du fait de cet état de santé, les trois quarts étaient suivies par une structure spécialisée ou hospitalière avant leur prise en charge par le comité de probation. Souvent cette pathologie est évoquée lors de l'audience de jugement ou par un rapport de contrôle judiciaire ou une enquête rapide⁴³³ : les magistrats en sont informés lors de leur prise de décision. L'argument est quelquefois présenté comme une fatalité plutôt que comme une circonstance atténuante, par ceux qui ne recherchent pas d'emploi par exemple : « *de toute façon, je vais crever* ».

⁴³³ - Dans le cadre des procédures de poursuite directe, comme les comparutions immédiates, le magistrat du parquet peut ordonner une enquête rapide pour disposer de renseignements familiaux et professionnels permettant d'estimer l'insertion sociale de la personne. Ces enquêtes rapides sont le plus souvent effectuées par des délégués de probation ou par des contrôleurs judiciaires, qui reçoivent la personne et vérifient ses déclarations.

Certains états de santé apparaissent très dégradés, le suivi n'est plus qu'un temps d'attente dont l'aboutissement est inéluctable : deux personnes sont décédées pendant la durée de la mesure, pour deux autres, les éducateurs nous ont mentionné une espérance de vie très faible. Au niveau plus global de l'activité du service, la fin d'une mesure de suivi par le comité de probation due au décès -extinction de l'action publique - apparaît de plus en plus fréquente, ce qui n'était pas le cas quelques années auparavant.

M. (SME95) est une jeune femme de 29 ans. Elle est suivie par le comité de probation depuis 1990, l'affaire en cours est son quatrième passage dans le service. Elle vit en concubinage et a un enfant autiste, placé dans un service spécialisé. Elle a été incarcérée à plusieurs reprises mais nous n'avons pas son casier judiciaire dans le dossier. Sa sœur est décédée d'une overdose en 1994. M. est séropositive (sidéenne), elle est hospitalisée au début de la mesure et traitée sous Retrovir. A sa sortie de l'hôpital, elle est prise en charge au niveau du logement par l'association AIDES. Le CPAL lui apporte aussi une aide financière. Elle perçoit l'allocation adulte handicapé. Elle obtient un contrat emploi solidarité mais ne pourra pas l'exercer, du fait d'une nouvelle hospitalisation en janvier 1995 (Bichat). Entre-temps, son concubin décède d'une overdose en mars 1995. Elle restera à l'hôpital jusqu'à son décès en avril 1995.

Face à de telles situations, les éducateurs ne peuvent que mettre en place un accompagnement, en réalisant les démarches administratives, en accordant quelques aides financières. Souvent, l'état de santé du probationnaire ne permettant pas qu'il se déplace, le suivi a lieu par téléphone ou par courrier, souvent aussi le CIP se déplace au domicile de la personne ou lui rend visite à l'hôpital. Il est clair que la condamnation pénale paraît alors bien dérisoire et que le suivi social seul garde un sens.

Quelquefois, la connotation de service de justice des CIP sert néanmoins de garde-fou dans les relations avec le voisinage, quand le toxicomane suivi trouble l'ordre public et que l'existence d'un suivi permet les « négociations ».

R. (SME110) est une jeune femme de 29 ans, son niveau scolaire correspond à une classe de seconde. Elle vit chez ses parents et perçoit l'allocation d'adulte handicapé. Elle est suivie par un centre spécialisé et à l'hôpital du Bon Secours (séropositive depuis deux ans). Elle se drogue depuis 1988 et a fait différents sevrages. Sa santé se dégrade à partir d'avril 1996 et le délégué vient la voir à son domicile, d'autant plus que ses parents refusent de la laisser sortir. Elle rechute dans la drogue à partir de septembre 1996. Les parents la séquestrent, d'où des troubles de voisinage (hurlements, tentative de fuite, etc...). Les suivis en cours deviennent épisodiques. Aucune amélioration de la situation n'est prévisible, mais le CIP doit mettre fin au suivi du fait de la fin de la période de probation en février 1997.



V. Le bilan de la mesure

La gestion des dossiers, regroupés pour une même personne, permet de connaître le nombre d'affaires achevées ou en cours pour chacune. Si pour près de 57 % il s'agit de la première mesure suivie par ce CPAL, pour 14 % il s'agit de la deuxième et 30 % en sont à la troisième ou plus (le maximum observé étant la dixième mesure. Ce ne sont pas forcément des sursis avec mise à l'épreuve, mais toutes les mesures susceptibles d'être suivies par le CPAL : TIG, libération conditionnelle.

De même qu'à la lecture du casier judiciaire, on repère une population déjà suivie, ayant eu des contacts multiples avec la justice.

A/ La durée du suivi

La durée de la probation prononcée lors du jugement est de 18, 24 ou 36 mois, avec en moyenne 26,4 mois. La durée la plus fréquemment prononcée est 24 mois avec 62 % des cas, suivie de 36 mois avec 26 % et 18 mois avec 12 %.

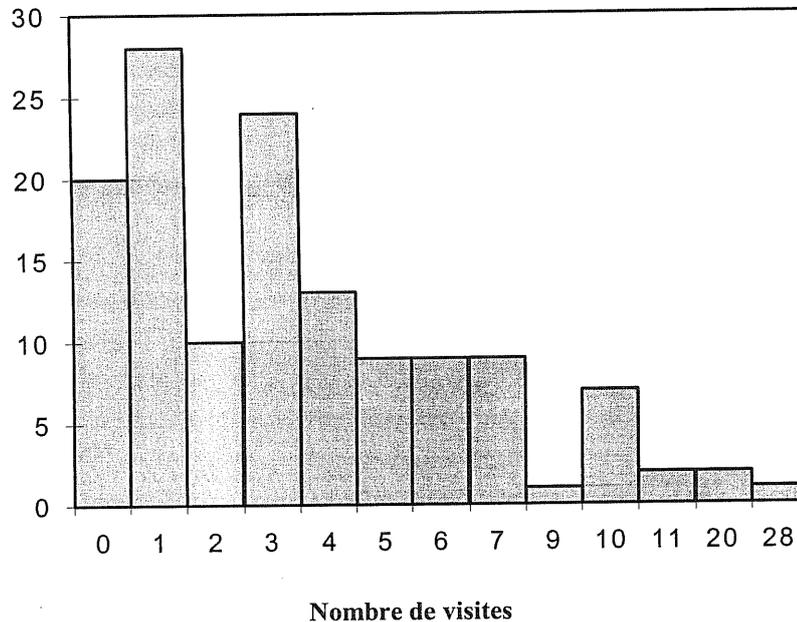
La durée réelle du suivi est réduite du fait des délais de signification, de mise en route, de transmission du dossiers entre services etc... Par exemple lorsque le jugement est contradictoire le départ de la mise à l'épreuve est la date du jugement, même si la personne ne se présente que plusieurs mois après au CPAL.

Un autre indicateur est donné par le nombre de visites effectives du probationnaire au service, indépendamment du nombre de convocations (figure n° 13).

La classe modale s'établit à une seule visite, la première, qui correspond à la notification des obligations par le juge de l'application des peines. Malgré les rappels, les personnes disparaissent ensuite, pour des raisons diverses que nous évoquerons ci-après, y compris des déménagements.

Figure II-13 : Répartition selon le nombre de visites

Effectifs



Habituellement le rythme des convocations dépend de l'évolution de la situation, elles sont plus fréquentes au début de la mesure pour se raréfier au fur et à mesure que les obligations sont remplies, par exemple lorsqu'il y a un emploi, ou qu'une attestation médicale certifie d'un suivi régulier. L'encadrement proposé est également variable en fonction de la personnalité de l'éducateur, certains sont plus directifs ou présents que d'autres.

D'autre part, il faut rappeler que les éducateurs ont un rôle d'orientation, de surveillance du déroulement de la mesure qu'ils ne cherchent pas à alourdir inutilement. Nous avons vu en effet qu'ils indiquent des adresses, pour la mise en place de l'obligation de soins, mais aussi pour celle concernant l'exercice d'une profession ou d'une quelconque activité : service d'ANPE spécialisé, centres de formation, etc... Le probationnaire est donc amené à se déplacer dans tous ces lieux et à en justifier. S'il respecte cette règle du jeu, l'éducateur reçoit un retour d'informations, ce qui constitue en soi un suivi, sans qu'il soit forcément nécessaire de faire déplacer la personne.

Dans des cas particuliers ou quand la situation est stabilisée, le suivi peut également s'effectuer par courriers ou par entretiens téléphoniques. Par contre, quand les circonstances l'exigent, c'est l'éducateur qui se déplace, au domicile de la personne, à l'hôpital ou en prison.

Le nombre de visites effectives ne doit donc pas être considéré comme un reflet de l'activité du service, sous peine d'en avoir une vision réductrice.

B/ La fin de la mesure

La plupart des mesures sont effectivement suivies comme nous l'avons vu, mais la clôture du dossier peut se faire selon des modalités multiples. Une part non négligeable des affaires est encore en cours lors de notre recueil de données. Il s'agit en effet du flux de 1995 et le recueil des données a eu lieu en juin 1997, soit après 18 à 24 mois. Or, une part des mesures dure 36 mois. Les autres modalités de la fin de la mesure sont décrites dans le tableau n° 42.

Tableau II-42 : répartition des mesures selon l'état à la clôture du dossier

Modalités	Effectifs	%
fin « normale » de la mesure	39	28,1
en cours	24	17,3
dessaisissement	20	14,4
classement administratif	17	12,2
révocation	10	7,2
disparu, recherches	10	7,2
incarcéré	9	6,5
amnistié	5	3,6
Travail d'intérêt général	3	2,2
Action publique éteinte	2	1,4
Total	139	100,0

Moins de la moitié des affaires est concernée par la fin de la mesure au terme de la période de probation ou un suivi toujours en cours. Pour l'autre moitié, les modalités du fin de suivi sont plus complexes et nécessitent quelques explications :

- le dessaisissement correspond à un changement de domicile de la personne qui s'établit hors du département. Dans ce cas le CPAL transmet l'intégralité du dossier au service concerné, ne conservant que la copie du jugement et les fiches de suivi remplies par l'éducateur. Ces dossiers sont donc généralement fort pauvres, surtout si le dossier est transmis précocement après le jugement ;
- le classement administratif du dossier est demandé par le CIP au juge lorsque la situation est stabilisée et en ordre, par exemple une personne ayant recouvré un emploi stable ou se soumettant très régulièrement à des soins. Le suivi ne dure donc pas le temps imparti par le jugement, le dossier est conservé au secrétariat jusqu'à la date prévue initialement pour la fin de la mesure puis archivé ;
- la révocation a été évoquée plus haut ; elle est demandée par le CIP au juge lorsque le probationnaire se soustrait volontairement à la mesure. Le JAP transmet une demande de

révocation circonstanciée au parquet qui audience de nouveau l'affaire. Le tribunal correctionnel rend un jugement en révocation. Le mis en cause devra effectuer la totalité de la peine initialement prononcée avec sursis. L'opportunité de la révocation appartient en fait au CIP, qui doit gérer les rechutes et disparitions de ses probationnaires. Selon les éducateurs, la tolérance aux manquements sera plus ou moins forte, mais également fonction de la personnalité des mis en cause ;

- les personnes portées à la rubrique « disparu ou recherches nationales » se sont soustraites à la mesure mais sans que la révocation ait été demandée, pour les raisons évoquées ci-dessus. Il s'agit alors d'une sorte de classement en attente ;
- lors d'une incarcération de longue durée, qui couvre le temps de probation restant à courir, le dossier est archivé. Avec le nouveau code pénal, la durée de la détention s'ajoute à celle de la probation et celle-ci doit être prolongée d'autant ;
- à la demande du CIP au juge, et dans des cas particuliers, la mise à l'épreuve peut être convertie en travail d'intérêt général, en particulier lorsque l'obligation de soins ne paraît pas s'imposer ;
- l'action publique est éteinte lors du décès du probationnaire : ce cas est heureusement le plus rare comme fin de la mise à l'épreuve, mais les éducateurs semblent plutôt pessimistes sur la probabilité que cette modalité se développe du fait des pathologies à forte létalité comme le sida ou les hépatites.

Le bilan de la mesure passe également par un essai d'évaluation. Deux critères concourent à ce bilan : que la mesure ait eu lieu sur au moins une partie substantielle de sa durée initiale, et quelle ait eu un résultat que l'on puisse qualifier de positif, c'est-à-dire que l'une au moins des obligations ait été respectée.

Si l'on regroupe dans cet esprit les modalités de la fin de la mesure décrites dans la partie précédente, en distinguant des résultats (fin normale, mesure en cours, classement, amnistie, TIG) et des échecs (révocation, recherches, incarcération, APE), quatre mesures sur cinq ont été effectivement mises en œuvre. Ce résultat n'est pas étonnant : la mise en œuvre de l'obligation de soins dans ce cadre dépend directement des services judiciaires et fait partie de l'exécution des peines ; elle n'a donc rien à voir avec le cadre informel de la pratique de l'injonction thérapeutique.

Quant à ce que l'on pourrait appeler un succès de la mesure, il est difficile une fois encore à définir. La répétition des mesures dans la vie d'un individu doit-elle être interprétée en termes d'échecs ? Un cas complexe, atypique sans doute, nous permet de poursuivre la réflexion.

D. est né en 1961. Il vient d'achever sa huitième mesure au CPAL de Nanterre. Plusieurs de ses dossiers ont été examinés mais pas le plus ancien, ouvert en 1988 et clos en 1991. La multiplicité des mesures, les inscriptions nombreuses sur différents bulletins du casier judiciaire et l'interrogation de la chaîne pénale permettent de tenter de reconstruire son parcours judiciaire.

La chaîne pénale sur la seule juridiction de Nanterre comporte 13 inscriptions, son casier judiciaire en contient 13 également dont une décision du tribunal de Versailles. En voici la chronologie :

Antécédents judiciaires :

en 1976 : il a 14 ans ; une affaire de vol avec 3 autres complices (non inscrite au B1)

en 1984 : conduite en état d'ivresse : 15 jours avec sursis, 6 mois de suspension du permis de conduire (sursis révoqué)

en 1985 : un vol (non inscrite au B1)

en 1988 : acquisition-détention de stupéfiants (2927) et usage illicite (180) condamné à 2 ans de prison dont 16 mois avec sursis et mise à l'épreuve pendant 3 ans, après un contrôle judiciaire du 5/10/87

en 1989 : une affaire enregistrée sur la NCPI comme vol, mais apparaissant au casier comme recel : 6 mois avec sursis. Ce sursis sera révoqué par le jugement de 1993. Une deuxième affaire de vol avec effraction pour laquelle il est condamné à 10 mois fermes. Il comparaît détenu et est maintenu en détention

en 1993 : il est condamné à 2 mois fermes pour vol. Ce jugement entraîne la révocation de celui de 1989

en 1994 : il est condamné à 2 mois fermes pour vol par le TGI de Versailles. Un mois après à 4 mois fermes pour usage de stupéfiants par celui de Nanterre

en 1995 : quatre affaires au TGI de Nanterre :

- une conduite en état d'ivresse : 1 an de suspension de permis de conduire
- une contrefaçon de chèques : 6 mois fermes en semi-liberté ; cette peine sera convertie en 200 h de TIG
- deux affaires d'usage de stupéfiants

en 1996 : un vol, finalement retenu en recel ; il est condamné à 6 mois avec sursis et 240 h de TIG

Obligations de soins :

Différentes mesures sont mises en œuvre pour le renvoyer sur les structures de soins :

- **un contrôle judiciaire** pendant un an d'octobre 1987 à novembre 1988 ; l'avis favorable du contrôleur judiciaire influence sans doute la décision prise d'un sursis avec mise à l'épreuve
- **un sursis avec mise à l'épreuve** en 1988, il est suivi par le CPAL pendant trois ans
- **deux injonctions thérapeutiques** : en décembre 1994 et mars 1995. Il ne se présente pas aux rendez-vous, d'où les condamnations pour usage de stupéfiants ;
- **une libération conditionnelle avec obligation de soins** sur jugement du 24 février 1994, effectuée sans incarcération du 16 mars 1995 au 16 mars 1996
- un ajournement de peine « afin d'accorder au prévenu une chance de se reclasser » le 7 avril 1995
- **un nouveau sursis avec mise à l'épreuve** prononcé en septembre 1995 pour deux ans ; il a donc été suivi jusqu'en septembre 1997.

Deux des condamnations prononcées ont été transformées en TIG qu'il a effectués.

Profil socio-démographique :

Lors du premier suivi en 1988, D. est âgé de 27 ans ; c'est sa première affaire de stupéfiants sur la chaîne pénale, tandis que le début de la délinquance remonte 12 ans plus tôt. En 1995, D. vit chez ses parents, ses deux frères sont décédés. Il est au chômage depuis quatre ans, avant il avait des petits boulots.

Il a consommé de l'héroïne mais dit s'être sevré seul. Il accepte le principe d'un rendez-vous dans un centre spécialisé mais mettra plusieurs mois avant d'y aller, du fait de l'indisponibilité temporaire de la structure.

Il n'a pas de projet professionnel et n'est pas motivé car il touche le RMI et donne tout à sa famille. L'éducateur lui conseille de négocier cette question avec ses parents.

L'éducateur prend contact avec le médecin qui le suit : D. traverse une mauvaise passe du fait d'un décès dans sa famille qui l'a fait replonger dans les souvenirs douloureux de la mort de ses frères et dans la drogue.

Il effectue un premier TIG qui se passe bien en 1996.

Ensuite il vit en concubinage toujours chez ses parents. Il continue de percevoir le RMI, et fait son second TIG en septembre 1997, et n'a plus de dossier en cours au CPAL !

Le parcours ainsi reconstruit sur 21 ans, bien que fort imprécis sur les trajectoires professionnelles et les contacts avec les structures de soins, montre l'absence de linéarité dans un grand nombre de biographies. Les temps de délinquance sont entrecoupés de périodes d'accalmie, au moins dans les interpellations.



Au terme de l'étude de ces deux cohortes, il est clair que le processus de maturation nécessaire à un changement de vie, de contexte, familial, professionnel ou autre, qui permettra le recours au soin au sens large ne peut s'inscrire que dans un suivi à moyen ou long terme.

L'approche actuelle des juridictions est transversale, l'unité de compte est l'affaire qui correspond à un instant, celui d'une interpellation. En fait l'application à des toxicomanes d'un suivi par une approche longitudinale, telle qu'utilisée par les juges des enfants, sur la base de la personne, serait un premier pas indispensable. Outre qu'elle permettrait la cohérence de l'action, la prise en compte des progrès, quels qu'ils soient.

Le modèle le plus pertinent bien que perfectible paraît celui du sursis avec mise à l'épreuve, elle prouve que le soin « surveillé » par l'autorité judiciaire est possible mais surtout elle s'inscrit dans la durée. Un suivi de deux ans qui peut se répéter n'est en rien comparable à une visite médicale limitée à 4 ou 6 mois. De plus, les critères autres que médicaux sont de loin aussi importants : se baser sur le seul soin pour apprécier l'évolution est quelque peu réducteur. Trois consultations médicales pour une personne sans repères familiaux, sans emploi ou autre activité et attache ne peut en rien correspondre à un suivi positif.

Tout n'est pas à rejeter dans l'idée de l'injonction thérapeutique, loin s'en faut, mais son absence de contenu, qui peut éventuellement être porteur de souplesse dans la mise en œuvre, est en elle-même facteur d'incompréhension et de scepticisme. Les représentations qu'en ont les différents acteurs du champ sanitaire, sur lesquelles nous allons maintenant nous pencher, le montrent clairement.

CHAPITRE 4 : LE DISCOURS DES ACTEURS DU CHAMP SANITAIRE

Nathalie GOYAUX

INTRODUCTION

Les objectifs et la méthode

L'objectif principal de cette enquête était de réunir et de confronter les points de vue de professionnels de la santé sur l'organisation judiciaire et sanitaire de la lutte contre la toxicomanie et plus particulièrement de l'injonction thérapeutique. Cet objectif devait permettre de répondre à la question initiale : comment les professionnels du champ sanitaire perçoivent-ils leur rôle et leur activité définis à partir d'un dispositif répressif ?

Ce développement ne prétend pas être exhaustif : il cherche plutôt à rendre compte de l'évolution de la compréhension de la prise en charge sanitaire de la toxicomanie, indépendamment de la prise en charge des mineurs et en milieu carcéral.

L'enquête a été menée auprès d'associations, de centres spécialisés, de centres de santé (CMP et CMS) et auprès d'un médecin libéral qui ont accueilli des individus soumis à une injonction thérapeutique prononcée en 1995 par le parquet de Nanterre. Au total, sept structures d'accueil et de soins, un médecin en cabinet de ville et un psychiatre exerçant en CMP ont été interrogés, soit seize professionnels en tout.

Dans chaque structure sanitaire, l'enquêtrice a rencontré un responsable et un membre de l'équipe. Deux objectifs étaient assignés à cette organisation.

Ce choix reposait tout d'abord sur une répartition du travail entre un membre de l'équipe chargé plus particulièrement de l'orientation thérapeutique des clients et un professionnel chargé plutôt de la prise en charge sanitaire dans le cadre de l'injonction thérapeutique. On pouvait espérer recueillir les points de vue relatifs au mode de prise en charge des individus placés sous injonction thérapeutique. En fait, l'enquête a montré que cette répartition des tâches n'existait pas, du moins en apparence : les professionnels accueillent indifféremment leurs clients et le mode de prise en charge n'est décidé que dans le cadre de la relation nouée entre le professionnel et le client.

Rencontrer deux individus par structure devait permettre également de recueillir des informations spécifiques sur les aspects organisationnels. Le responsable, même s'il participe aux activités de prise en charge, était en mesure d'apporter des renseignements relatifs aux orientations « politiques » et organisationnelles de l'association. Le second était interrogé plus particulièrement sur la prise en charge sanitaire des individus.

Les enquêtés ont été rencontrés sur leur lieu de travail une fois. Certains responsables et le médecin en cabinet de ville ont été revus plusieurs fois ; ces rencontres ont donné lieu à des échanges informels.

Les entretiens ont été enregistrés et leur contenu retranscrit, intégralement pour la plupart. Trois guides d'entretien ont été utilisés : le premier était adressé aux responsables d'association, le second aux professionnels et le troisième a concerné le médecin exerçant en cabinet de ville.

Les structures et les populations enquêtées

Les structures sanitaires où l'enquête a eu lieu sont installées dans le département des Hauts-de-Seine. Elles se situent à Issy-les-Moulineaux, Boulogne, Nanterre, Rueil-Malmaison, Bécon-les-Bruyères et Clichy (voir carte en annexe). 45 % de la cohorte des individus dont l'injonction thérapeutique a été prononcée en 1995 (voir troisième chapitre) ont été orientés vers l'une de ces sept structures spécialisées. Un médecin de ville a été rencontré pour avoir accueilli près de 16 % de cette cohorte. Installé à Paris, il reçoit les individus qui résident à Paris depuis le prononcé de la décision judiciaire ou au moment de leur interpellation. Au total, environ deux individus sur trois de la cohorte ont connu les lieux de l'enquête⁴³⁴.

La formation d'origine des enquêtés est marquée par la diversité : cet objectif était recherché puisqu'exemplatif du milieu professionnel rencontré. Sur les 16 personnes interrogées, 8 ont une formation médicale (3 ont suivi des études de médecine générale et 5 sont psychiatres), 3 sont psychologues, 4 sont éducateurs spécialisés. Enfin, une personne n'a reçu aucune formation particulière en toxicomanie. Il est à souligner que la répartition obtenue entre les différentes formations professionnelles ne correspond pas à la réalité du corps des intervenants en toxicomanie, puisque les médecins sont représentés à part égale dans la population enquêtée.

Trois thèmes seront successivement abordés.

La première partie concerne l'organisation et l'évolution du dispositif sanitaire. Deux caractéristiques saillantes sont mises en avant : l'insuffisance et la diversification sont associées à la faible participation des médecins libéraux.

⁴³⁴ - Pour information, les autres personnes se répartissent entre : les médecins généralistes qui les suivaient personnellement avant leur interpellation (18 %), la DDASS (9 %) et les CMP (5 %).

La seconde partie est consacrée à l'approche des soins. Nous verrons combien la définition de la toxicomanie a changé, depuis la compréhension en terme de maladie jusqu'à celle ayant trait aux comportements addictifs. Cette évolution a contribué à modifier les modalités de soins et les objectifs de prise en charge.

En dernier lieu, nous aborderons l'injonction thérapeutique en tant qu'interface du champ judiciaire et du champ sanitaire. Deux thèmes souvent évoqués par les enquêtes seront présentés. Nous aborderons le débat relatif à la notion de soins sous contrainte et à son actualité face à la prééminence des enjeux de santé publique. La décision thérapeutique sera étudiée ensuite.

I. Le dispositif sanitaire : cadre général

L'histoire du dispositif sanitaire a marqué l'évolution et la configuration de la prise en charge.

A/ Insuffisance et diversification

C'est au secteur psychiatrique qu'est revenu au début des années 1960 la prise en charge sanitaire des toxicomanes, parallèlement aux alcooliques et malades mentaux. Cette organisation sera maintenue jusqu'à la création des « centres spécialisés » avec la loi de 1970. Le secteur spécialisé de soins aux toxicomanes demeure influencé par les psychiatres, qui se voient impliqués dans la prise en charge des patients sous traitement de substitution. La tâche imposée par la loi a suscité et suscite toujours des réactions, notamment sur le principe de la délinquance comme pathologie (Ayme, 1995).

Le dispositif de soins a peu évolué et reste marqué par son insuffisance, même si sa fonction n'a pas été radicalement modifiée. La nécessité de répondre à la demande de soins a conduit à diversifier le dispositif d'accueil.

Le développement des capacités d'hébergement constitue un objectif prioritaire de la décennie 1990. L'insuffisance du dispositif sanitaire est soulignée par la circulaire du 23 mars 1992⁴³⁵, constituant *l'une des critiques les plus vives fait à l'encontre du dispositif*

⁴³⁵ - 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.

de prise en charge. 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.* De nouveaux lieux d'accueil sont mis en place : des appartements et des studios thérapeutiques et de relais, des lieux d'hébergement ponctuels de type chambres d'hôtel sont proposés parallèlement aux centres de soins.

Les objectifs du Plan de Lutte contre la Drogue présentés en septembre 1993 prévoient le doublement des capacités d'accueil. La circulaire du 11 janvier 1995⁴³⁶ rend compte de cette amélioration : les capacités de prise en charge avec hébergement ont presque doublé. Les informations les plus récentes⁴³⁷ indiquent que 1 117 places d'hébergement hors familles d'accueil et 22 boutiques sont désormais accessibles.

Parallèlement à la diversification des centres spécialisés, 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. Cette évolution apparaît nettement dans les textes réglementaires (voir deuxième chapitre).

L'épidémie du sida et, plus tardivement, la contamination par les hépatites, ont influencé les modes de prise en charge. Le retard du dispositif français de lutte contre l'épidémie au sein de la population des toxicomanes a conduit à en aggraver l'état de santé et a contribué à l'importance du taux de mortalité, qui avoisinerait 13 %, soit l'un des plus élevés dans les pays occidentaux.

Des mesures ont été prises face à l'urgence de la situation sanitaire : ce n'est qu'en 1987 que les seringues sont vendues sans ordonnance, et quelques années plus tard que des kits stériles sont mis à la disposition des associations puis des hôpitaux et que des distributeurs sont placés dans certaines municipalités.

Les mesures prises dans l'objectif de « réduire les risques » étaient réclamées depuis longtemps par les professionnels en toxicomanie. Cet objectif est, depuis le début des années 1990, une composante essentielle de la prise en charge sanitaire, voire un déterminant de ses orientations : il justifie notamment le développement des traitements de substitution, qui ne sont pourtant que partiellement accessibles aux médecins généralistes⁴³⁸.

⁴³⁶ - Circulaire DGS/SP3 n° 4 du 11 janvier 1995

⁴³⁷ - 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.

⁴³⁸ - Depuis février 1996, le médecin peut prescrire la Buprénorphine Haut Dosage. L'année précédente, il recevait l'autorisation de poursuivre le traitement de substitution avec la méthadone, en relais du centre spécialisé ou de l'hôpital.

B/ Les acteurs professionnels

Le corps professionnel spécialisé est d'origines diverses. Majoritairement composé d'éducateurs, le secteur est peu médicalisé puisque seuls 8 % sont médecins généralistes et psychiatres (Serfaty, 1996).

Les médecins généralistes sont peu nombreux à prendre en charge des patients toxicomanes, bien que leurs attributions soient croissantes. Si une enquête montre que 9 médecins sur 10 ont reçu au moins une fois un toxicomane au cours de leur exercice, seulement 1 sur 10 en voit 10 ou plus par an (Bloch *et al.*, 1996). Parmi ces derniers, certains sont davantage impliqués : une autre enquête indique que près de la moitié des médecins enquêtés voit au moins un toxicomane par jour. Ces médecins travaillent souvent en association, en réseau, et déclarent bénéficier d'une formation régulière sur la toxicomanie (Charpak, 1997).

Le faible engagement des médecins libéraux résulte de diverses causes. La toxicomanie ne résulte pas d'une cause unique et aisément identifiable, mais elle s'accompagnerait plutôt d'un ensemble de symptômes⁴³⁹. On pourrait avancer, comme l'a montré François Laplantine⁴⁴⁰, que la difficulté à diagnostiquer la cause du symptôme met en échec le mode étiologique sur lequel repose l'enseignement de la médecine et la pratique médicale.

Les quelques médecins que nous avons rencontrés ont souvent mis en évidence les difficultés éprouvées vis-à-vis des individus toxicomanes. De façon générale, cette clientèle potentielle inquiète les médecins :

« Ils ont peur, il y a encore une image négative du toxicomane et quand vous avez un cabinet médical, ça dépare : un toxicomane il a du mal à arriver à l'heure, il a des problèmes, il vient, il ne vient pas, il n'a pas d'argent. Il y a des images comme ça qui fonctionnent et ils sont considérés comme des patients très difficiles à prendre en charge. Donc ça c'est un handicap et il y a des médecins qui ne veulent pas se casser la tête » (ville).

« Je côtoyais les toxicomanes qui venaient foutre le bordel dans une consultation qui n'avait pas besoin d'eux. Ça ne m'intéressait pas du tout. Les toxicomanes n'étaient pas des gens intéressants (...) Je les considérais comme des patients

⁴³⁹ - La partie suivante est consacrée à cette notion.

⁴⁴⁰ - c'est le *spécifisme étiologique* qui commande la pensée médicale contemporaine qui « n'a de cesse de rechercher, détecter, désigner, prévenir et juguler la cause de la maladie », F. Laplantine (1986, p. 276).

différents et c'est vrai qu'ils avaient toutes les apparences de patients différents ». (CMS).

Le rejet est d'autant plus marqué qu'il repose sur une approche morale de la toxicomanie, doublée du sentiment de perdre le pouvoir de prescription. C'est ce qu'exprime ce médecin, rencontré dans un centre médico-social, qui a exercé pendant deux ans en cabinet de ville :

« On avait, nous les médecins, évidemment pour plein de raisons morales, un rejet du toxicomane qui répondait à l'idée, à l'apparence qu'il avait. On avait une vision complètement morale de quelqu'un qui est un délinquant. Ce qui était le problème, c'est un problème de médecins, c'est le pouvoir : si on nous pique notre pouvoir de ce qu'on a en médicament, on n'a pas grand-chose d'autre à prescrire (...) Ils nous piquent nos prescriptions et en plus ils jouent avec : ils trouvent du plaisir, ils détournent. C'est une façon de voir qui était dominante et qui n'est plus la mienne aujourd'hui, mais sûrement que dans le tête de certains de mes collègues c'est un peu comme ça » (CMS).

« Les toxicomanes en 75 et jusqu'à ces dernières années allaient spontanément vers les médecins pour demander des médicaments (...) Au début quand ils ne connaissent pas le médecin, ils racontent des tas de bobards, moi les premiers que j'ai vus avaient tous des colites néphrétiques, ils avaient tous besoin de morphine » (ville).

A l'argument moral et à la perte de pouvoir s'adjoint l'insuffisance et l'inadéquation du dispositif d'accueil, plus faiblement doté encore dans les années 1970 :

« Quand je me suis installé dans le quartier, c'était des gens qui étaient rejetés de partout. En 1975 il y avait très peu de médecins en ville qui s'occupaient des toxicomanes, on était trois à Paris. C'était uniquement les institutions qui fonctionnaient, Marmottan, Sainte-Anne et Fernand Widal, c'était les trois (...) Les médecins les viraient et les quelques qui suivaient les toxicomanes ne pouvaient pas prendre en charge les 200 000 toxicomanes français. Les réseaux d'accès étaient très limités (...) Moi je voyais des gens qui étaient rejetés par ces institutions, je voyais les échecs répétitifs et je me suis dit « de toute façon, je ne peux pas faire plus mal » (ville).

Quelques médecins se sont engagés dans le courant des années 1970 et 1980 :

« C'est l'engagement, le militantisme. C'est aussi un attrait pour des gens qui souffrent d'une façon un peu particulière, qui sont rejetés par tout le monde » (ville).

« J'ai écouté ce que les gens m'ont dit : je pense notamment à Jean Carpentier, celui qui a eu la vision la plus lucide des choses dans ces années-là, un médecin généraliste de grande valeur (...) qui tient ce langage-là depuis de nombreuses années. C'est lui qui m'a dit ça et c'était lumineux : « les toxicomanes sont des patients comme les autres, ils souffrent, on les soigne, point. On a des médicaments pour les soigner ? On les soigne » (...) On a quitté une vision morale des choses et on est revenu à une vision médicale où on s'est posé la question « est-ce que cette personne souffre ou pas » et « est-ce qu'on a les moyens de la soulager ? » et on a répondu « oui », donc à partir de là, c'était tout simple » (CMS).

Le cursus médical ne les ayant pas formés à la prise en charge des individus toxicomanes⁴⁴¹, seule l'initiative personnelle a conduit certains d'entre eux à se former et à s'affranchir du poids moral inhérent à leur éducation universitaire. Leur isolement persiste toutefois :

« (...) à l'époque il n'y avait pas de formation, tout du moins pas de formation sans cette connotation morale, c'est-à-dire « tout sauf prescrire, tout sauf donner du plaisir » » (CMS).

« C'est moi qui l'ai fait : j'ai une formation autodidacte par mon expérience, par ma formation au niveau psy et par l'expérience sur le terrain. Je dois avoir 1 200 dossiers de toxicomanes (...) on se bat depuis 1990, et moi depuis plus longtemps, pour former les médecins et les travailleurs sociaux pour qu'il y ait plus de gens qui s'en occupent. On y arrive pas ou un peu mieux mais c'est très dur. Je vois bien avec les étudiants en médecine où on fait des séminaires sur la toxicomanie, si on les prend par petits groupes de 20 ou de 25, il y en a 5 ou 10 maximum qui accepteront de les voir » (ville).

⁴⁴¹ - On peut penser que cette situation changera grâce à l'institution de la formation continue obligatoire des médecins.

II. De la maladie à l'insertion : l'approche des soins

Implicitement définie comme une maladie par la loi, la toxicomanie tend à être aujourd'hui appréhendée à partir du comportement, d'un ensemble de conduites.

Parallèlement à cette extension de la définition, on a assisté à l'évolution du cadre de soin et de la prise en charge des individus. Nous retiendrons à titre d'exemple la désintoxication et le sevrage : ces objectifs assignés par la loi de 1970 sont désormais intégrés dans une approche plus vaste, qui comprend autant les dimensions d'ordre social, que psychologiques ou somatiques.

Il est nécessaire avant d'aborder les entretiens effectués, de noter le cadre contextuel.

A/ De la maladie à l'addiction

Les modes de prise en charge sont associés aux perceptions sanitaires du toxicomane⁴⁴². Deux orientations thérapeutiques, qu'il conviendrait de replacer dans une perspective historique guident ces perceptions. La première, souvent désignée par l'adage « la drogue fait le toxicomane », met en valeur le rôle de la substance sur l'individu qu'elle détruit et annihile. L'objectif associé à cette perception est le sevrage et l'abstinence présumée garantir la « guérison ». La seconde orientation, inversant l'adage précédent, soutient que « le toxicomane fait la drogue » : l'accent n'est plus mis sur la substance toxique, mais sur « ce qui en détermine l'utilisation, (c'est-à-dire) le sujet et son histoire » (Morel *et al.*, 1997, po. 298). La psychanalyse et l'expérience clinique, qui influencent actuellement la plupart des intervenants en toxicomanie⁴⁴³, conduisent à « un glissement (vers) le champ du psychisme et de la pathologie » et à valoriser « le paradigme de l'individu » (Morel *et al.*, 1997, p. 298).

En 1964, c'est en réaction à « la connotation sociale ou économique » et à « l'idée de contrôle » auxquels renvoie la toxicomanie (Morel *et al.*, 1997, p. 73), que la notion de *dépendance* a été choisie par l'Organisation Mondiale de la Santé. Cette notion est définie à partir de deux formes de dépendance : la dépendance psychique, qui fait référence à la satisfaction et à l'impulsion destinée à produire un plaisir ou à éviter un

⁴⁴²- Un ouvrage récent propose quelques pistes de réflexion sur ces aspects (Morel *et al.*, 1997, pp. 290-300).

⁴⁴³- Majoritairement regroupés au sein de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, l'ANIT, qui a été fondée en 1981.

état dépressif, et la dépendance physique, que traduisent l'adaptation et les troubles induits par l'absence du produit.

La *pharmacodépendance* est un terme aujourd'hui couramment employé. Son origine est associée au développement des recherches en neurobiologie et en pharmacologie. Les travaux sur le mode d'action des substances sur le système nerveux central ont notamment abouti à l'identification de récepteurs et de mécanismes responsables des phénomènes de dépendance et de tolérance⁴⁴⁴. Remarquons que ces connaissances se distinguent des législations réglementant les « drogues licites et illicites », ces dernières reposant non pas sur les effets directs des substances mais sur une liste de produits⁴⁴⁵ reposant sur leurs effets présumés en termes de dépendance. La neuropharmacologie regroupera les substances en fonction de leurs effets sur le système nerveux central et en fonction de leurs propriétés thérapeutiques, indépendamment de leur caractère licite ou illicite.

Les notions de dépendance et de pharmacodépendance, centrées sur le rôle des substances psychoactives, ignorent le poids de l'environnement, de l'histoire personnelle ou encore des pratiques et des comportements entourant la prise de produit. Ceux-ci exercent une position centrale dans la notion d'addiction.

L'addiction et les conduites addictives étendent la perception de la dépendance. D'après A. Morel *et al.* (1997), on peut entendre la définition de l'addiction à partir de son emploi juridique « pour désigner l'esclavage pour dettes puis la contrainte par corps ». Les auteurs retiennent également le terme dans son acception psychanalytique, fournie par Jean Bergeret : la toxicomanie « aurait valeur pour le sujet de tentative inconsciente et corporalisée de régler une dette » (Morel *et al.*, 1997, p. 73). L'addiction peut aussi se comprendre, dans son acception psychiatrique⁴⁴⁶, à partir de conduites aussi diverses que l'anorexie et la boulimie ou les tentatives de suicide.

L'addiction considère l'environnement de l'individu et son histoire, notamment familiale, comme éléments d'explication de ses conduites. L'approche systémique et le mode de fonctionnement psychique de l'individu sous-tendent l'addiction. La toxicomanie constitue un mode de dysfonctionnement parmi d'autres. Si on peut penser que « cette terminologie traduit des évolutions profondes des pratiques et apporte de nouvelles pistes de réflexion » (Morel *et al.*, 1997, p. 75), n'est-ce pas ôter toute spécificité à la toxicomanie ?

On voit combien la perception de la toxicomanie est extensible : depuis l'explication de la dépendance à une substance, la toxicomanie est maintenant abordée en termes de

⁴⁴⁴Ce terme désigne la diminution des effets entraînés par une même dose de substance qui justifie une augmentation progressive de celle-ci pour obtenir le même effet.

⁴⁴⁵C'est en tout cas l'orientation du *Rapport sur les toxicomanies du Comité National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé*, n° 43, 23 novembre 1994. Les données réunies par cette institution mettent en évidence le fait que *la distinction entre les drogues licites et les drogues illicites ne repose sur aucune base scientifique cohérente*, *ibid.*, p. 1.

⁴⁴⁶Un ouvrage récent expose les soins et les approches thérapeutiques : J.L. Vénisse, D. Bailly (1997)

« dépendance à un comportement » et de « pathologie du lien »⁴⁴⁷. On est loin de la définition de la toxicomanie comme maladie sous-tendue par la loi de 1970.

L'enquête a cherché à connaître le point de vue des professionnels sur la toxicomanie et sur les soins en la matière. L'objectif n'était pas de recenser l'ensemble des soins dispensés ni d'établir une typologie professionnelle. Il s'agissait plutôt de confronter ces personnels à la définition implicite donnée par la loi, celle d'une maladie que l'on soigne.

B/ De la désintoxication et du sevrage à l'insertion

Les objectifs assignés à la prise en charge sanitaire du toxicomane ont changé. Le recul et l'expérience des professionnels depuis la loi de 1970 ont vraisemblablement participé à diversifier les modalités d'accueil et de traitement de la toxicomanie. Les changements ayant affecté la perception et la définition de la toxicomanie en sont une illustration. Parallèlement, le rôle des endémies, le sida et les hépatites, n'est sans doute pas étranger à la relativisation du poids de la désintoxication et du sevrage dans la prise en charge. Le mauvais état de santé et l'isolement de certaines populations justifient souvent le choix d'une prise en charge somatique et sociale. Il n'en demeure pas moins que le sevrage et l'abstinence peuvent constituer, pour les intervenants, des objectifs à moyen ou long terme de la prise en charge.

Le premier article de la loi de 1970 précise que *toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire* (art. L.355-14 csp).

L'article 355-19 csp précise que *si, après examen médical, il apparaît que la personne est intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint d'avoir à se présenter dans un établissement agréé (...) pour suivre une cure de désintoxication et d'en apporter la preuve*. Les centres de soins sont conçus à l'origine comme des lieux spécialisés pour la cure de désintoxication, en alternative à la surveillance médicale : l'article L.628-5, visant les toxicomanes signalés par le procureur de la République, indique que *la cure de désintoxication (...) sera subie soit dans un établissement spécialisé soit sous surveillance médicale*.

La cure de désintoxication constitue l'objectif de la prise en charge sanitaire et le sevrage en définit le terme.

⁴⁴⁷ »Il s'agit d'une pathologie du lien, la dépendance à un produit quel qu'il soit, ou encore à un comportement, témoignant de la permanence d'un lien de dépendance qui ne trouve pas à s'élaborer par des moyens intrapsychiques... » (Vénisse et al., 1997, p.3)

L'esprit de la loi, hormis la nécessité de contrôle social exercé par le corps médical, introduit une confusion entre désintoxication et soin, entre sevrage et guérison. On pourrait ironiquement penser que le modèle de « l'escalade » si souvent évoqué à propos de la carrière du toxicomane et que l'on pourrait schématiser à partir de « qui fume un joint finit par se piquer », a influencé la perception du modèle « idéal » du traitement médical de la toxicomanie : qui est sevré est soigné et finira par guérir. Les entretiens montrent en revanche que si le soin apparaît comme un mode de prise en charge de la toxicomanie, il ne saurait pour autant ni être réduit à la désintoxication et au sevrage, ni conduire à la guérison.

« Oui, bien sûr, la soigner oui, mais sous-entendre la guérison, non. C'est pas une maladie qui se guérit avec les signes diagnostiqués. C'est une maladie qui a souvent des déterminants individuels assez profonds au niveau psychologique, au niveau de l'affectivité pour lesquels on est souvent amené à gérer ça comme une maladie chronique. On doit faire un deuil de la guérison. C'est pour ça qu'il faut accepter pour nous médecins de considérer les patients toxicomanes, mêmes jeunes et apparemment tout à fait « cortiqués » et dynamiques comme éventuellement des gens qui sont très touchés, qui ne peuvent pas sortir d'une adolescence » (CMS).

« C'est quoi le soin ? C'est se sevrer ? Moi je ne travaille pas à tout prix, d'emblée pour l'abstinence : il y a des gens qui ne peuvent pas être abstinentes parce que la toxicomanie c'est quelque chose de complexe, c'est à la fois quelque chose qui peut rendre malade et en tout cas qui a des conséquences dramatiques sur la vie des gens, mais en même temps c'est ce qu'ils ont trouvé pour aller mieux ou en tout cas pour soulager leurs souffrances. Donc leur demander ! De quel droit, en plus ? ... mon boulot ne se résume pas à contraindre les gens à arrêter leur toxicomanie, ça serait de la folie pour certains, mais au vrai sens du terme, certains, si ils arrêtent la toxicomanie, deviennent carrément fous. Ça a quand même des incompatibilités avec l'obligation de soins si elle est entendue comme obligation de sevrage, en tout cas ça n'a jamais été entendu comme ça pour nous... » (CSST).

Si le sevrage est envisagé, c'est en relation avec d'autres modalités de prise en charge. L'abstinence est toutefois recherchée à terme.

« Il y a le volet médical quand même, le bilan physique, la prise en charge de la séropositivité et puis le volet psychiatrique, psychologique. Le volet psychiatrique ça peut être la notion d'un sevrage, une prise en charge spécialisée sevrage, et puis

le soutien psychologique avec prise en compte de la personnalité, de l'individu, son histoire personnelle et après sevrage, éventuellement psychothérapie. C'est une manière un peu schématique. Il y a ces trois volets-là, médical, psychiatrique c'est-à-dire sevrage, la prise en compte de la dépendance, et après on passe à la psychothérapie plus individuelle, plus spécifique» (CMP).

Le sevrage n'est pas considéré comme un objectif systématique, la toxicomanie apparaissant davantage comme une réponse à un déséquilibre et à une souffrance. Elle devient un symptôme, voire un syndrome.

« Je définirais la toxicomanie comme un traitement d'un malaise. Pour moi, neuf toxicomanes sur dix ont trouvé un produit qui au départ leur procure du plaisir et qui surtout les soigne. C'est un auto-traitement, une automédication. C'est la façon la plus simple de la définir. Maintenant vous pouvez définir ça par des problèmes de dépendance, de trucs, de récepteurs, ça ne m'intéresse pas. C'est des gens qui vont pas bien, qui ont une souffrance, ils ont trouvé ça : ils ont trouvé l'alcool pour ne pas être angoissés, pour faire des choses ou l'héroïne pour pas disjoncter, l'héroïne est un antidépresseur, un bon antipsychotique » (médecin généraliste).

« Un petit groupe de gens, dont des médecins et des psychologues, considéraient que la toxicomanie relevait vraiment de la psychiatrie, pas dans le sens où les gens étaient fous, mais parce qu'il s'agissait réellement d'une souffrance psychologique importante qui relevait de ce type de prise en charge. Leur point de vue c'était pas que la toxicomanie n'était pas une pathologie en elle-même, ça faisait pas partie de la nosographie, c'était une conduite, un comportement comme on peut être par ailleurs dépressif, alcoolique ou fou. Là c'était une souffrance qui se manifestait par un comportement très particulier qui était de prendre des toxiques » (CSST).

« Pour moi, il n'y a pas de maladie. User d'un produit n'est pas une maladie. Avoir une conduite transgressive n'est pas une maladie et user d'un produit de manière illicite ce n'est pas une maladie. C'est peut-être une perversion, ça peut être symptomatique d'un problème, et c'est ce problème-là qui pourrait peut-être faire état de maladie mais ce n'est pas le symptôme (...) Je ne parlerai pas de toxicomanie mais de conduites addictives au sens large du terme : pour moi la

toxicomanie n'est qu'un symptôme (...) La souffrance morale peut s'exprimer autant par l'alcoolisme, et ça fait 18 ans que je m'en occupe, que par différents comportements névrotiques et des comportements addictifs dont la toxicomanie fait partie » (CSST, directeur).

La prise en charge vise à saisir l'individu dans sa globalité et son environnement : l'insertion par le recours et l'accès aux soins, par le traitement médical, la substitution de plus en plus, par le logement voire la vie communautaire et le travail en constituent les objectifs. L'accueil et l'accompagnement par les professionnels du champ de la santé (du médecin au psychologue en passant par le travailleur social) voire par les « usagers » eux-mêmes (les groupes d'auto-support) sont proposés aux toxicomanes.

Les entretiens montrent combien la notion de soin est étendue : le suivi médical, souvent issu de pathologies telles que le sida ou les hépatites, n'est qu'une facette de la prise en charge. Le traitement des individus repose sur un objectif de « réinsertion ». Celui-ci apparaît autant par l'attention apportée à sa santé et à son corps que par le fait de pouvoir être logé, employé et bénéficier de droits sociaux.

La définition de la toxicomanie a ainsi évolué et la conception des soins également. La conduite des soins tend plutôt à privilégier l'objectif de l'insertion sociale par la santé plutôt que la recherche systématique du sevrage.

III. L'injonction thérapeutique : l'interface du judiciaire et du sanitaire

En enjoignant un individu à se soigner, le magistrat renonce à la poursuite et à une éventuelle condamnation pénale de l'individu. En ce sens, l'injonction thérapeutique constitue une alternative positive. Toutefois, l'individu, comme le personnel soignant, sont enjoints à se rencontrer, le premier pour délit d'usage, le second dans l'application du contrôle social qu'il exerce par sa fonction.

La contrainte thérapeutique a fait l'objet de nombreux débats : ils ont notamment traversé le corps des intervenants en toxicomanie avec la loi de décembre 1970. Le débat reste-t-il ouvert ? Nous avons interrogé les personnels sanitaires à ce propos et au sujet de leur relation au judiciaire. La prise en charge des individus sous main de Justice est présentée en second lieu.

A/ Les soins sous contrainte

Le débat éthique sur la contrainte de soins est généralement présenté à partir du soin imposé à un individu qui ne le souhaite pas alors qu'il bénéficie notamment de la liberté de disposer de son corps (CSST, directeur). Cette critique souligne implicitement le rôle du médecin et l'exercice d'un contrôle social mené par le sanitaire et le judiciaire. En laissant la possibilité de « choisir » un traitement plutôt que de subir une peine, la loi de 1970 est critiquée pour confondre la sanction et le traitement.

Cette préoccupation est très présente parmi les psychiatres exerçant en milieu carcéral, lieu où peuvent se confondre la surveillance et la punition⁴⁴⁸. On part du principe que « *l'obligation de soin est responsabilisante en ce qu'elle conduit un condamné à se déterminer par rapport à une norme, considérant que sa réintégration dans le consensus social passe par l'intégration dans un processus thérapeutique* » (du Mesnil du Buisson, 1995, p. 102). En ce sens, « *le traitement médical, et non plus seulement le traitement pénitentiaire, s'ajouterait aux fonctions essentielles de la prison* » (David, 1995, p. 54).

Les entretiens effectués avec les intervenants en toxicomanie ont également fait référence à cette implication du sanitaire dans le judiciaire. Ce qui est présenté par les enquêtés comme un risque de confusion des rôles et des tâches est présent lorsque des professionnels de la santé sont amenés à exercer leurs activités au sein du milieu carcéral et en étroite association avec le milieu judiciaire. Deux exemples illustrent cette perception d'une incompatibilité de leurs fonctions.

Le premier exemple rend compte des réactions au sein du même corps, alors qu'une association décide de rencontrer des individus toxicomanes incarcérés :

« Quand on travaillait en prison, (...) pour rencontrer les toxicomanes et préparer leur sortie, plusieurs de nos collègues disaient que ce qu'on faisait était immoral, qu'on manipulait la demande des gens, qu'il ne pouvait pas y avoir de demande pure » (CSST, responsable).

Le second exemple, souvent rapporté par les enquêtés, est relatif à l'organisation des locaux du palais de Justice parisien, où se côtoient le service du médecin de la DDASS et le tribunal :

« Je me rappelle la première fois qu'on a hurlé quand le bureau des injonctions thérapeutiques à Paris s'est mis dans les locaux du palais de Justice. Ça a été l'honneur, « collabos et compagnie ! », c'était les termes à l'époque, vers 1987,

⁴⁴⁸Voir le titre de l'ouvrage collectif « Surveiller et/ou punir » sous la direction d'O. Dormoy (1995).

« qu'est-ce que c'est que ces médecins qui ne respectent pas leur éthique, qui collaborent avec la Justice ? » (CSST, responsable).

« Je sais qu'ici (dans les Hauts-de-Seine) il y a un sas entre la Justice, la DDASS et le médecin. A Paris, tout se passe au même endroit, on voit dans la même journée le procureur, la DDASS et le médecin. Tout est confondu dans les mêmes locaux. Je trouve ça dommageable par rapport à l'idée que s'en fait le toxicomane, il y a une possibilité matérielle que le juge rencontre le médecin » (CMP).

Alors que les enquêtés étaient interrogés sur l'injonction thérapeutique, plusieurs d'entre eux ont fait référence à l'obligation de soins. Dans ce cas, le suivi judiciaire découle de la qualité du suivi sanitaire, le sursis étant dépendant de la mise à l'épreuve. Pour eux, les limites sont étroites entre la sanction thérapeutique et la sanction judiciaire : ces limites n'existent parfois plus au point de confondre l'identité professionnelle. C'est l'exemple des délégués du comité de probation à qui il est demandé d'être dans une position d'expertise post-sentencielle, à défaut de disposer des moyens et des connaissances suffisants pour apprécier l'arrêt de la toxicomanie d'un individu soumis à une obligation de soins :

« Ces délégués (du comité de probation) disaient : « globalement on voit bien quand les gens sont toxicomanes et les efforts qu'ils font ou pas pour arrêter, et ceux qu'on adresse dans des centres de soins, c'est souvent pour avoir l'avis du centre de soins parce que ce sont des situations où on ne sait pas trop s'ils sont trafiquants ou toxicos, s'ils prennent toujours ou pas. Et souvent le centre de soins se drapant dans le secret médical renvoie un papier comme quoi il n'y a pas de soins nécessaires ». Ils disaient souvent leur difficulté de voir arriver une personne complètement défoncée avec un papier comme quoi elle n'a pas besoin de soins » (CSST, responsable).

La notion d'obligation de soins peut être implicitement associée à celle de guérison.

« Disons que tel que c'est fait actuellement, je comprends bien le souci du magistrat et l'alternative qui est offerte aux personnes qui ont le choix. Malheureusement il demande à quelqu'un de vouloir se soigner alors que cette personne n'a pas envie de se soigner la plupart du temps. Elle essayera d'obtenir un certificat de complaisance » (CSST, professionnel).

Dès lors, les réticences à suivre un individu sous main de Justice sont d'autant plus fortement ressenties par les enquêtés que ceux-ci se perçoivent contraints à une obligation de résultats :

« Autant la société peut inciter les gens à se soigner parce qu'on peut considérer que ce n'est pas satisfaisant pour elle que des gens soient dans de telles difficultés, et qui trouvent ce moyen-là pour s'abstraire de la société. Mais en même temps, à quel moment passe-t-on de l'obligation de soins à l'obligation de résultats ? Il y a une frontière extrêmement difficile à appréhender pour tout le monde... cette frontière ne sera pas toujours au même endroit pour le soignant non plus (...) C'est quelque chose d'éminemment soumis à l'idéologie de la personne qui est en place (...) C'est compliqué parce que là on l'entend à la fois dans la zone sanitaire et dans la zone des libertés individuelles. Dans un système démocratique, pourquoi pas un régime d'obligation ? (...) L'injonction thérapeutique est efficace à 100 % s'il s'agit de faire rencontrer le système de soins à des gens qui sont hors système de soins. Maintenant si l'ambition c'est que les gens arrêtent de prendre des stupéfiants, il faut avoir une analyse un peu plus fine pour laquelle on ne peut pas faire abstraction de la politique générale de la toxicomanie sur le département (...) C'est là qu'on passe de l'injonction thérapeutique « mise en contact avec un service sanitaire » à l'injonction thérapeutique avec « obligation de résultat ». C'est cette obligation de résultat qui est problématique, et ça c'est le statut de la toxicomanie en France qui est à la fois prise dans le domaine social et le domaine sanitaire. Il n'y a pas beaucoup de pathologies où l'on exige des résultats. Mais comme la toxicomanie est quelque chose de très sensible, parce qu'associée notamment avec la délinquance, cette exigence de résultats pèse très fort dans le sanitaire » (CSST, responsable).

Peut-on penser, comme cet enquêté, que le rôle des professionnels du champ sanitaire dans la prise en charge des individus sous main de Justice, résulte d'une implication sans cesse croissante du sanitaire dans le judiciaire ?

« Je pense qu'en 1970 sur le volet de l'introduction du sanitaire c'était un progrès. En même temps ce progrès a été lié à une loi de plus en plus répressive (...) Mais comme on sait que ce n'est pas satisfaisant, on introduit de plus en plus de sanitaire dans le répressif. J'ai l'impression que là c'est le serpent qui se mord la queue : plus on fait du répressif, plus on sera obligé d'injecter du sanitaire dans

la loi, qui du coup dévalorise la loi, et c'est là que ça ne va plus » (CSST, responsable).

Pour d'autres, comme ce responsable d'association, il revient au médecin d'accepter son double rôle comme une composante du contrôle exercé au nom de la société :

« Il y a deux problèmes pour le médecin en cas d'injonction de soins : le médecin face à son éthique et le médecin face à la société. Face à la société il y a le principe de la loi. Même si la loi est injuste, nous sommes tenus théoriquement de courber l'échine et de faire ce qu'on nous demande. Si j'estime que je n'ai pas à faire la comédie systématique et que j'ai une réquisition du préfet, je ne peux pas me soustraire : si j'ai choisi d'être médecin c'est aussi être médecin dans la société. Quand on est réquisitionné, en fait pour suivre quelqu'un dans le cadre d'un suivi obligatoire dans le sens large du terme, on ne peut pas dire « non ». Il n'est pas question de dire « non » (CSST, responsable).

Ce rôle apparaît guidé par les impératifs de santé publique :

« Le médecin est toujours confronté à une croisée des chemins qui est la prise en charge individuelle et la prise en charge collective au sens de santé publique. Les missions de santé publique ne sont pas des missions individuelles et en tant que médecin généraliste nous sommes souvent confrontés à ce paradoxe apparent (...) Le médecin est-il soignant de l'individu ou de la collectivité, ou peut-on être soignant de l'individu et de la société ? C'est une question qui n'a pas de réponse simple parce qu'on ne peut pas ne pas faire de choses pour la collectivité, mais au sens large du terme. A tel point qu'on commence en médecine à faire des conférences de consensus pour essayer de normaliser les conduites médicales de prise en charge... » (CSST, responsable).

L'exercice d'un contrôle social apparaît également à travers l'emploi des techniques, telles que les produits de substitution. Pour ce psychiatre, proposer un produit médicamenteux revient à induire une forme de contrôle du mode de vie de l'utilisateur :

« Le contrôle social est tacite, avec ou sans obligation juridique. Le traitement social de la toxicomanie avec les traitements de substitution est tacite : il est évident dès que les gens commencent à se resocialiser dans une vie, à reprendre des habitudes horaires, avec un pharmacien, avec la nécessité d'être à peu près clean

quand ils viennent nous voir. C'est déjà un peu tacite donc finalement, au premier degré, on fait un contrôle social avec des obligations... avec en tout cas des politiques qui ont dû favoriser la substitution en pensant bien au côté contrôle social qu'on a à faire. On a beaucoup moins de loisirs et on perd en possibilités d'actes délictueux si on est occupé par ailleurs à autre chose, qu'on est dépendant d'un traitement puis à une restitution (la psychothérapie). Finalement au bout du compte ça peut très bien avoir l'aspect d'une psychiatrie sociale» (CSST, psychiatre).

Ce même psychiatre souligne que le contrôle social exercé sous la forme d'une médicalisation des comportements délictueux peut constituer à l'extrême une limite à l'exercice de l'activité professionnelle :

« Reste à savoir si les jeunes, dont je fais partie, vont relever le gant en disant « non, on ne fait pas de psychiatrie sociale », on n'a pas fait 15 ans d'études avec des DEA, etc., pour simplement faire du contrôle social. Dans ce cas-là on utilise d'autres moyens : on fait des distributeurs de méthadone avec de grands éducateurs... » (CSST, psychiatre).

B/ La décision thérapeutique

Autre exemple de confusion possible entre le sanitaire et le judiciaire, celui de la décision thérapeutique. Pour la grande majorité des enquêtés, il ne revient pas au juge d'apprécier le type de prise en charge et ses modalités, ni au professionnel du champ sanitaire d'apprécier la pertinence de la décision prise. Quelques enquêtés remettent toutefois en question l'esprit même de la loi :

« Le gros problème c'est que c'est le juge qui dit « allez vous faire soigner ». De quelle place peut-il parler au nom du médical ? C'est toute l'ambiguïté de la loi, entre délinquant et malade. La loi de 1970 est dans le code de la santé mais c'est une loi qui dit clairement « l'usager de drogue est un délinquant » (CSST, psychiatre).

La majorité des professionnels accepte sa place dans la prise en charge sanitaire dans la mesure où les rôles sanitaire et judiciaire sont clairement répartis :

« Il faut bien que la Justice travaille et soit incitative. Il ne nous appartient pas de décider des mesures, à la limite je n'ai pas à porter de jugement puisque c'est la société qui le conçoit comme ça (...) C'est évidemment une sanction et ça procède d'un processus éducatif. La société a besoin de lois, de juges pour les faire appliquer » (CMS, responsable).

« En tant que soignant on n'a pas à juger si une personne a rempli son contrat, on n'a pas à apprécier la qualité de l'obligation de soins. Inversement, on ne peut pas demander aux personnes qui jugent de soigner » (CSST).

La décision judiciaire ne constitue pas une indication de soin dans la mesure où le contenu thérapeutique n'est pas décidé par le juge. Deux enquêtés rappellent que dans certains cas, les limites peuvent être dépassées au risque de neutraliser le rôle du professionnel sanitaire et la relation thérapeutique :

« Pour l'injonction, ce n'est pas la Justice qui détermine le soin puisque c'est dans le bureau ici que se détermine le soin : soit quelque chose se passe, soit il n'y en a pas. Le juge ne peut pas décider du soin. Il le déciderait s'il disait « vous ferez un traitement méthadone », par exemple (CSST, responsable).

« Il y a des juristes qui parlent directement au patient de la méthadone en disant que c'est une obligation de soins par rapport au produit. Et là il y a une confusion des genres. L'injonction thérapeutique reste une obligation de soins : après le médecin peut juger du traitement : indiquer un traitement à la méthadone, ça reste une indication ou ça devrait être une indication. Le médecin décide de la modalité thérapeutique à mettre en place. C'est vrai qu'il faudrait développer les passerelles car à un moment il peut y avoir comme ça une confusion des genres. Mais une indication de méthadone faite par un juriste, ça veut dire qu'on a mis déjà dans la tête du patient « méthadone, méthadone » et qu'après, tout procédé à mettre en place ne peut pas fonctionner » (CSST, psychiatre).

Un autre exemple d'ingérence est fourni par ce psychologue :

« Parfois ça doit être plus compliqué, avec les mineurs par exemple, ou dans le cas d'un contrôle judiciaire. Quand le juge d'instruction dit, et c'est arrivé deux ou trois fois, « il faut que vous alliez en postcure et si vous sortez de la postcure, je

vous remets en prison », là il faut qu'on puisse avoir nous notre liberté d'agir. Si la personne est obligée de venir chez nous pour ne pas aller en prison, on ne peut pas travailler » (CSST, Responsable).

Pour cet éducateur, le « soin » est trop souvent compris par le juge comme étant un acte médical alors que la prise en charge sanitaire dépasse très souvent cette compréhension univoque. Ses propos soulignent plus généralement la nécessité de comprendre le soin dans une acceptation élargie et de reconnaître la place à part entière des travailleurs sociaux :

« Quand le juge demande à quelqu'un de venir se soigner, je crois que le juge ne sait pas exactement quel est le soin à apporter aux personnes toxicomanes, il n'a pas beaucoup d'idées, il sait ce que c'est qu'une posture j'imagine, mais le soin aux personnes toxicomanes pour un juge ça passe la plupart du temps par un médecin, d'ailleurs ils voient un médecin. Alors qu'en fait le soin c'est rencontrer dans une association des gens qui ne sont pas forcément médecins mais qui comptent entamer avec lui une démarche, qui n'est pas forcément d'ordre médical. La plupart des juges ou des médecins qui voient les personnes sous injonction thérapeutique les adressent à des médecins, leur disent « allez voir un médecin psychiatre ». Dans le cadre de l'injonction thérapeutique, on est tout à fait apte et habilité à recevoir la personne puisque c'est quand même un soin qu'on donne, même s'il n'est pas médical » (CSST, psychologue).

La contrainte inhérente à la prise en charge des individus sous main de Justice relève d'une forme de contrôle social. Le débat sur la contrainte des soins demeure mais il a perdu de sa virulence. Deux motifs contribuent à cette atténuation : le poids des arguments de santé publique et la nécessité de rencontrer une clientèle potentielle.

En permettant un suivi sanitaire, l'injonction thérapeutique participe de la lutte contre le sida, limite la propagation des hépatites et permet un accès aux soins des populations en marge de tout dispositif sanitaire. En ce sens, l'argument sanitaire l'emporte sur le judiciaire. Ce motif en faveur de l'injonction thérapeutique mérite toutefois d'être relativisé, comme le montre l'exemple de la cohorte de 1995 du parquet de Nanterre (voir troisième chapitre).

Parallèlement à la prise de conscience de la dégradation de la situation sanitaire des populations toxicomanes et désinsérées, les structures spécialisées découvrent leur relatif isolement par rapport aux populations censées contribuer à leur activité :

« Au début des années 1970, quand j'ai entendu parler des injonctions thérapeutiques, j'ai entendu le discours des ténors de l'époque (...) qui disait « ce n'est pas une démarche volontaire, ça ne peut pas marcher, etc. » J'ai aussi beaucoup entendu l'enquête d'Ingold mais l'oreille était déjà attentive, qui disait, je crois, que plus de 50 % des toxicomanes incarcérés ne connaissaient pas l'existence des centres de soins, etc. Déjà à l'époque il y avait un débat sur « est-ce qu'on nous connaît ? Est-ce qu'il ne faudrait pas faire un peu de publicité pour les centres de soins ? ». Mais l'ambiance à l'époque c'était « ils nous connaissent tous », le bouche à oreille. C'était la grosse plaisanterie, on parlait du « Gault et Millau des posteurs », on avait l'impression d'être connus de tout le monde (...) Et puis arrive cette enquête dans les années 1980 où on nous montre effectivement qu'on ne connaît pas les centres ; mais c'est vrai qu'on n'était pas très chauds pour ça. Et puis il y a des changements de mentalité dans les structures : ici quand je suis arrivé il était évident qu'il fallait recevoir les gens pour qu'ils nous connaissent. A l'époque on avait des problèmes de consultations (...) Il fallait permettre aux gens d'arriver vers la structure (...) Après c'est le thème de la réduction des risques ça rentre un peu dans la tête (...) Avec tout ça et avec l'enquête d'Ingold ; on sent bien qu'il y a une population avec qui on n'a pas de contact, qui va crever de ce manque de contact et qu'on ne reçoit pas. Alors pourquoi pas ces injonctions thérapeutiques ? » (CSST, responsable).



CHAPITRE 5 : LOI PÉNALE ET ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE EN SUISSE

Maria Luisa Cesoni⁴⁴⁹

AVANT-PROPOS

Les aléas de la recherche se manifestent non seulement au moment de son exécution, mais aussi, auparavant, entre l'élaboration du projet et son acceptation par le commanditaire ou le financeur.

C'est ainsi qu'un projet, qui se voulait une recherche comparative, portant sur l'interaction entre le système pénal et le système médico-social en matière d'usage de stupéfiants en France et en Suisse, s'est en fait développé au long de deux axes méthodologiques partiellement différents, ce qui limite la comparabilité des résultats.

Un premier livre présentant l'évolution de "la politique" suisse en matière de drogues vient de sortir (Boggio *et al.*, 1997), et de nombreuses recherches ont été menées, dans ce pays, sur les dispositifs de prévention et de prise en charge. Des premières statistiques sur la mise en œuvre de la Loi fédérale sur les stupéfiants ont été récemment publiées. Un approfondissement de la recherche concernant les décisions judiciaires, et portant notamment sur leur motivations, a été alors considéré par les autorités suisses comme devant précéder un travail plus spécifiquement axé sur l'interaction entre dispositifs pénaux et dispositifs médico-sociaux.

⁴⁴⁹ Centre d'étude, de technique et d'évaluation législatives (CETEL), Faculté de droit, Université de Genève. Ce rapport a été produit dans le cadre de la participation de l'auteur aux travaux du CESDIP comme chercheur associé. Les notes bibliographiques ont été rédigées avec la collaboration de Nathalie Bornoz; celles de procédure pénale avec la collaboration de Bernard Sträuli.

Nous avons donc été obligées d'adapter la recherche suisse aux priorités de politique de recherche - et conséquemment financières - de ce pays.

L'analyse de la mise en œuvre de la réglementation suisse en matière de mesures médico-sociales alternatives au dispositif pénal s'intègre en effet dans le cadre d'une recherche effectuée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique suisse⁴⁵⁰, qui a demandé une modification substantielle du projet initial.

Au lieu de mener une étude approfondie de la politique d'un canton-ville, que nous aurions pu comparer avec la circonscription de Nanterre, la recherche suisse a été ainsi modifiée dans un sens à la fois plus général et plus spécifique.

D'une part, elle s'est élargie, pour comprendre onze cantons, produisant environ 80 % des condamnations prononcées en matière d'usage de stupéfiants (et 90 % des interpellations). D'autre part, elle a pris une dimension plus limitée, prévoyant l'étude de la mise en œuvre de la loi fédérale sur les stupéfiants par la seule analyse des décisions judiciaires.

Par ailleurs, si quelques entretiens sont prévus auprès des autorités policières et judiciaires, il a été impossible d'effectuer les entretiens auprès des centres de soins, prévus au départ. Les résultats de la recherche sur la Suisse sont ainsi, en même temps, plus représentatifs et moins approfondis que ceux de la recherche française.

Il faut noter que, de toute manière, le choix de départ - analyser en profondeur les politiques mises en œuvre dans le canton de Genève, canton urbain présentant des caractères de comparabilité avec Nanterre - s'est avéré irréalisable. Non seulement, en effet, le financement pour un tel travail est venu à manquer mais, aussi, le choix s'est avéré inadapté, du fait que très peu de décisions ont apparemment été prises dans la période choisie et presque aucune mesure médico-sociale alternative aux poursuites ou à la peine n'a été appliquée par les juges genevois (1 seul cas de sursis subordonné à un traitement octroyé en appel).

En l'absence des moyens nécessaires pour un travail qualitatif en profondeur, et en considération de l'inopportunité de concentrer notre attention sur le canton de Genève, le choix s'est alors porté sur la présentation de l'application des alternatives thérapeutiques dans les cantons de Neuchâtel et Vaud. Cela permet de présenter deux cas différents d'application de la loi suisse et d'en analyser les raisons.

Si les résultats de la recherche menée en Suisse présentent des limites certaines de comparabilité avec les résultats de la recherche française, ils peuvent néanmoins poser des premiers jalons pour une comparaison qualitative, permettant une meilleure compréhension des similitudes et des différences dans les politiques mises en œuvre par

⁴⁵⁰ La recherche a été effectuée grâce au financement de l'Office fédéral de la santé publique, avec la contribution du Centre d'étude, de technique et d'évaluation législatives de la Faculté de droit de l'Université de Genève.

deux pays ayant choisi la même option de base : celle de l'incrimination de l'usage de stupéfiants.

INTRODUCTION

En 1975, la Suisse a choisi d'incriminer l'usage de stupéfiants. On croyait ainsi, d'une part, endiguer le phénomène et, d'autre part, limiter le risque que les usagers ne soient sanctionnés comme les trafiquants. La compétence pour le droit pénal de fond revenant à la Confédération, ce choix a produit la révision de la loi fédérale sur les stupéfiants (Lstup), actuellement en vigueur. Elle punit la consommation de tout stupéfiant.

La compétence en matière de procédure pénale revient en revanche aux cantons, ayant chacun rédigé leur propre code. Les différences cantonales dans l'application de la loi pénale de fond peuvent ainsi être, en principe, plus radicales que celles qui se manifestent dans un pays centralisé ayant une procédure pénale unifiée, tel que la France.

Depuis la révision de la Lstup, des systèmes de prise en charge médico-sociale des usagers se sont développés dans les Cantons, nantis des compétences substantielles en matière de santé publique.

Lorsqu'on parle de politique en matière de stupéfiants, on se réfère donc non à une, mais à 26 politiques, tel le nombre des cantons suisses. Cette complexité entraîne des difficultés d'accès aux informations, de représentativité, de comparabilité et, finalement, de compréhension de l'objet d'étude, car elle demande d'approfondir la connaissance des institutions politiques, sociales et culturelles cantonales.

Le présent rapport ne peut donc que refléter ces limites.

D'abord, en l'absence d'une centralisation systématique des dossiers judiciaires au niveau cantonal, l'accès à ces derniers s'avérait impossible. La recherche s'est donc fondée sur l'analyse des seules décisions judiciaires, dont une copie est envoyée au ministère public de la Confédération, qui jouit d'un droit de recours.

Deuxièmement, si la recherche pour l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a porté sur un ensemble de cantons représentatifs du pays, car la plupart de décisions en matière d'usage de stupéfiants y ont été rendues, le choix d'approfondir, pour ce rapport, l'analyse des politiques menées dans les cantons de Neuchâtel et Vaud ne peut qu'être arbitraire. Il a été dicté au départ par la variable linguistique (accès aux informations de la part de l'auteur du rapport⁴⁵¹). Il est cependant probable que la proximité de langue et l'influence

⁴⁵¹ La recherche pour l'OFSP a été menée avec la collaboration de deux chercheurs comprenant l'allemand. L'absence d'un financement couvrant le travail nécessaire pour l'élaboration de ce rapport a empêché le recours à leur collaboration.

exercée indéniablement par la France sur les cantons Romands les rendent plus pertinents pour une comparaison avec ce pays que les cantons alémaniques ou le Tessin.

Enfin, la comparabilité des politiques cantonales entre elles est limitée par les différences procédurales et institutionnelles. Cette difficulté subsiste aussi, évidemment, lorsqu'on veut comparer les politiques cantonales suisses aux politiques locales françaises.

La Suisse semble être le pays des contradictions. Appliquant la loi fédérale sur les stupéfiants de manière parfois sévère, ce pays a néanmoins choisi de développer des dispositifs de prescription médicale d'héroïne qui, pour l'instant à l'essai, représentent l'une des politiques les plus libérales en Europe occidentale.

Si la culture judiciaire apparaît comme beaucoup moins répressive que la culture policière (3 230 condamnations face à 16 732 dénonciations pour usage simple en 1991, et 3 438 condamnations face à 5 233 dénonciations pour usage et revente⁴⁵²), elle rechigne néanmoins à recourir aux alternatives thérapeutiques offertes par la loi.

La présentation du cadre normatif posé par la Loi fédérale sur les stupéfiants (1) permettra en effet de constater que, d'une part, l'application de la loi pénale s'effectue souvent en suivant une interprétation restrictive, qui limite le recours aux possibilités offertes par les textes, mais recourt en revanche à des formules permettant une alternative à l'exécution de la peine, non prévues par la LStup.

Ces considérations ressortent avec évidence des statistiques officielles récemment élaborées sur la base des décisions judiciaires (2).

Après une présentation du cadre et de la méthodologie de la recherche menée pour l'OFSP (3), la présentation de quelques résultats montre, en effet, que le recours aux mesures alternatives est limité, et que les différences cantonales s'avèrent sensibles.

Un approfondissement de l'analyse de la politique judiciaire menée en matière d'adoption de mesures médico-sociales dans les trois cantons choisis (4) est alors à même d'approcher certaines variables caractérisant les décisions judiciaires et d'analyser quelques motifs du choix thérapeutique.

Les conclusions montrent une politique judiciaire témoignant, à la fois, d'une certaine clémence à l'égard des usagers et d'une réticence à interagir avec le système médico-social. Elles pourront cependant bientôt n'appartenir plus qu'à l'histoire, du moins en partie, si le gouvernement fédéral décide de dépénaliser la consommation de stupéfiants, voire les actes préparatoires de la consommation, en suivant les avis que les

⁴⁵² Office fédéral de la statistique, 1995. Les statistiques plus récentes concernent 1993 (usage simple: 28 716 dénonciations et 2 988 condamnations). Elles sont toutefois moins significatives, car depuis 1992 les amendes pour contravention à la LStup (qui représentent, en 1994, une partie prépondérante des peines infligées pour usage simple) ne sont plus inscrites au casier judiciaire.

commissions d'experts ont émis dès 1989, et fort du soutien massif de la population à sa politique, exprimé dans un référendum de septembre 1997,

I. La loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes et les autres principales normes concernant les usagers

La loi fédérale sur les stupéfiants du 3 octobre 1951 est actuellement en vigueur dans sa teneur révisée en 1975. Suite à la ratification tardive de la Convention sur les substances psychotropes de 1971, entrée en vigueur en 1996, une modification ultérieure a introduit ces substances dans la loi, les assimilant aux stupéfiants⁴⁵³.

L'un des problèmes centraux que la révision de 1975 prétendait affronter, voire régler, était celui du statut de la consommation. La jurisprudence appliquant la loi de 1951, qui ne criminalisait pas l'usage, tendait en effet à le réprimer indirectement, et avec des peines sévères, par le biais de l'interdiction d'acquérir.

L'incrimination de l'usage a été introduite en 1975 avec une motivation paradoxale : le Conseil fédéral a en effet soutenu que la création d'un délit d'usage de drogue avait pour but de "réaliser une certaine dépénalisation de la consommation". Il s'agissait, en fait, de différencier la consommation des autres pratiques liées aux stupéfiants et, notamment, du trafic. La création d'un délit *ad hoc* devait permettre de limiter comparativement les peines-menace et de prévoir des possibilités d'exemptions (CF 1973). Parallèlement à la mise en place des premiers dispositifs de prise en charge médico-sociale dans les cantons, la LStup attribuait en fait un double statut à l'usager. Elle formalisait son statut de délinquant par l'incrimination directe de l'usage mais, en même temps, des possibilités d'alternatives thérapeutiques à la peine ou aux poursuites étaient introduites. Cependant, aucune distinction entre les produits n'était effectuée. Le gouvernement fédéral rappelait enfin, dans son message de 1973, que la loi en elle-même ne saurait venir à bout des problèmes.

Aucune modification remarquable n'est intervenue dans la LStup depuis lors. En revanche, une nouveauté considérable a été l'adoption par le gouvernement fédéral, en 1992, d'une ordonnance permettant la mise en place d'essais expérimentaux de prescription de stupéfiants.

⁴⁵³ Les hallucinogènes et les amphétamines, visés par la Convention de 1971, avaient été déjà intégrés dans la révision de 1975.

A/ Les textes

Les principaux textes normatifs qui réglementent l'interaction entre système pénal et système médico-social concernant les usagers de drogues sont la loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes, qui porte essentiellement sur la réglementation des produits et la normative pénale ; les articles 43 et 44 du code pénal, prévoyant des mesures thérapeutiques qui peuvent être alternatives à la sanction pénale, et l'Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et améliorer les conditions de vie des toxicomanes, qui a introduit les essais de prescription d'héroïne. Les art. 397a ss. du code civil, prévoyant l'hospitalisation forcée à des fins protectrices, entrent aussi en ligne de compte, mais semblent être substantiellement inappliqués.

(a) La réglementation des produits

La liste des stupéfiants, soit les "substances et les préparations ayant des effets de type morphinique, cocaïnique et cannabinique et qui engendrent la dépendance (toxicomanie)", ainsi que celle des substances psychotropes engendrant la dépendance, assimilées aux stupéfiants depuis la modification du 24 mars 1995 (entrée en vigueur en juillet 1996) est établie par l'Office fédéral de la santé publique (art. 1 LStup).

Ces substances ne peuvent être produites ni commercialisées sans une autorisation des cantons, selon les conditions arrêtées par le Conseil Fédéral (art. 4 LStup). Elles ne peuvent être ni importées ni exportées sans un permis spécial de l'Office fédéral de la santé publique (art. 5 Lstup).

Certains produits sont soumis à un contrôle plus stricte. Ainsi, la culture, l'importation, la fabrication et la commercialisation de l'opium à fumer, de l'héroïne, des hallucinogènes et du chanvre⁴⁵⁴ sont frappés d'interdiction absolue. Cependant, des autorisations exceptionnelles peuvent être accordées par l'Office fédéral de la santé publique pour la production, l'importation et la distribution de ces substances, si elles sont destinées à des fins scientifiques ou de lutte contre les stupéfiants mais aussi, en ce qui concerne l'héroïne et les hallucinogènes, en vue d'une application médicale limitée (art. 8 LStup).

⁴⁵⁴ En vue d'en extraire des stupéfiants, car la production du chanvre avec teneur inférieure à 3% de THC pour des utilisations licites est permise.

(b) Les normes pénales

Le dispositif pénal concernant les usagers de drogue s'articule autour des articles 19 et 19a de la LStup.

Les divers comportements liés à l'offre de drogue sont sanctionnés par l'art. 19 LStup. Celui qui cultive, fabrique, importe, détient, achète ou vend des stupéfiants en dehors des cas autorisés, mais aussi celui qui finance un trafic illicite ou qui incite à la consommation, encourt une peine de trois jours à trois ans d'emprisonnement ou une amende pouvant atteindre 40 000 francs suisses. Dans les cas graves, la peine de prison est d'une année au minimum et de vingt ans au maximum et peut être cumulée avec une amende allant jusqu'à un million de francs.

L'art. 19a incrimine la consommation par la création d'une contravention spécifique. La consommation intentionnelle est interdite et passible d'une peine de prison jusqu'à trois mois ou d'une amende pouvant atteindre 5 000 francs suisses. La norme renvoie ensuite au précédent art. 19, afin de limiter la portée des sanctions lorsque des activités autres que la consommation sont accomplies par un usager. Conséquemment, l'offre, la vente, l'achat et toute autre forme d'acquisition, ainsi que la détention, peuvent être définis comme contravention et soumis aux mêmes peines que celles concernant l'usage, plus contenues, si ces actes ont été commis afin d'assurer sa propre consommation (art. 19a LStup). Nous verrons cependant que la jurisprudence limite la portée de cette norme. La loi prévoit diverses possibilités d'éviter la poursuite ou la condamnation pour les cas d'importance mineure.

Lorsque les faits sont bénins, soit de peu de gravité, il est possible de suspendre la procédure ou de renoncer à infliger une sanction, et de prononcer un éventuelle réprimande (art. 19a Lstup).

Aussi, lorsque la quantité de substances concernée est minime, la préparation pour soi-même de la consommation de stupéfiants ou leur cession gratuite pour les consommer en commun avec des tiers ne sont pas punissables (art. 19b LStup).

(c) L'alternative thérapeutique : mesures et sursis

Le fait que les prévenus dépendant des stupéfiants suivent une thérapie ou veulent s'y soumettre peut aussi permettre d'éviter les poursuites ou l'exécution de la peine.

La loi prévoit en effet la possibilité de renoncer à poursuivre les usagers qui sont déjà soumis à "des mesures de protection, contrôlées par un médecin", ou acceptent de s'y soumettre (art. 19a Lstup).

Le traitement peut aussi être ordonné par le juge, selon les modalités prévues par l'art. 44 du code pénal (art. 19a Lstup).

C'est l'art. 44 (« Traitement des alcooliques et des toxicomanes », qui renvoie partiellement à l'art 43), du code pénal suisse (CPS), qui régleme en effet les modalités du traitement.

Le traitement peut consister en un internement dans un "établissement pour toxicomanes" ou un hôpital, ou en un traitement ambulatoire, qui pourra être exécuté dans un centre spécialisé ou par un médecin. La peine privative de liberté sera suspendue en cas d'internement. En revanche, si le traitement est ambulatoire, le juge pourra décider de suspendre l'exécution de la peine lorsque celle-ci est incompatible avec le traitement. A la fin du traitement, le juge décidera si et dans quelle mesure les peines suspendues seront exécutées : le traitement peut ainsi remplacer, totalement ou partiellement, la peine ou s'y ajouter. Cependant, la durée de privation de liberté consécutive au séjour dans un établissement thérapeutique sera imputée sur la peine résiduelle.

La mesure de l'internement dans un établissement pour toxicomanes peut aussi être appliquée en cours d'exécution de la peine, s'il s'avère qu'un condamné toxicomane a besoin d'un traitement, est apte à être traité et demande à l'être.

Les mesures prévues par l'art. 44 CPS peuvent être mises en œuvre en application de l'art. 19a Lstup, lorsque l'usager est prévenu de faits de consommation ou des infractions prévues par l'art. 19 Lstup pour assurer sa propre consommation. L'art. 44 CPS peut cependant être aussi appliqué de manière autonome, lorsque l'infraction commise est en rapport avec l'état de toxicomane. Dans ce cas, le traitement peut être ordonné même si la personne a commis des délits autres que des infractions à l'art. 19a Lstup.

Il est important de souligner que le système mis en place par les art. 44 et 43 CPS n'a pas une finalité thérapeutique, mais un but de prévention spéciale⁴⁵⁵: les mesures d'internement ou de traitement sont ordonnées "pour prévenir de nouveaux crimes ou délits." Toutefois, une expertise sur l'état physique et mental de l'individu et sur l'opportunité du traitement peut être ordonnée par le juge.

Malgré les mesures spécifiques proposées par la Lstup et l'art. 44 CPS, les autorités judiciaires ont souvent choisi de recourir à la mesure générale du sursis à l'exécution de la peine à la condition que le condamné suive un traitement.

⁴⁵⁵ On attribue au droit pénal deux fonctions de type préventif : la prévention générale - dissuader la société de commettre des délits par la menace de la sanction - et la prévention spéciale - dissuader un individu qui a commis des délits d'en commettre d'autres par l'application de la sanction.

L'art. 41 CPS permet en effet d'imposer au condamné, pendant le délai d'épreuve, des règles de conduite, entre autres concernant le contrôle médical. Ces règles pourront être ultérieurement modifiées.

Le sursis peut être accordé pour les condamnations à une peine privative de liberté n'excédant pas les dix-huit mois et à la condition que le condamné n'ait subi plus de trois mois de réclusion ou d'emprisonnement, pour un crime ou un délit intentionnel, dans les cinq ans précédant l'infraction.

La commission d'un crime ou d'un délit ou la violation des règles de conduite entraîneront l'exécution de la peine. Toutefois, dans les cas de peu de gravité, le juge peut ordonner d'autres mesures en prolongeant le délai d'épreuve.

(d) Les normes sanitaires

L'introduction dans la LStup de normes à caractère strictement sanitaire montre clairement la volonté du législateur d'assimiler la toxicomanie à une maladie.

En particulier, l'art. 15b établit que les personnes dépendantes des stupéfiants peuvent être placées (ou retenues) dans un établissement approprié, sur la base des dispositions du code civil prévoyant la privation de liberté à des fins d'assistance (art. 397a ss.), et que les cantons peuvent ordonner le traitement ambulatoire ou le contrôle post-hospitalier.

Plus en général, l'art. 15 autorise les services administratifs, les médecins et les pharmaciens à signaler les cas d'abus de stupéfiants constatés à l'autorité protectrice compétente ou à une institution de traitement. Il affirme en revanche que le secret professionnel du personnel de prise en charge délie de l'obligation de témoigner ou de renseigner dans la mesure où les déclarations concernent la situation de la personne protégée ou une infraction à l'art. 19a Lstup.

Les art. 15a et 15c définissent les tâches respectives des autorités cantonales et fédérales dans les activités de prévention et de traitement des abus de stupéfiants.

(e) L'utilisation de produits de substitution

La loi suisse permet l'utilisation de produits de substitution dans les traitements. Elle autorise en effet les médecins à prescrire les stupéfiants qui ne sont pas mentionnés à l'article 8, dont la méthadone. Les cantons ont la possibilité de réglementer la prescription directe par les médecins (art. 9 LStup). En 1989, 23 cantons avaient ainsi

édicte des dispositions d'exécution de la LStup ou des directives concernant le traitement au moyen d'un produit de substitution.

L'art. 8 LStup - soit la possibilité d'autoriser l'utilisation de stupéfiants à des fins scientifiques ou médicales - fonde la décision d'introduire les programmes expérimentaux de prescription de stupéfiants, adoptée avec l'Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et améliorer les conditions de vie des toxicomanes du 21 octobre 1992.

Selon l'art. 12 de cette ordonnance, les autorisations pour la prescription d'héroïne sont délivrées à titre individuel, par médecin et par participant à l'essai ; ces derniers doivent être "des personnes ayant une dépendance avérée à l'égard de la drogue depuis plusieurs années".

B/ L'interprétation des textes

Dès la promulgation de révision de 1975 de la Lstup, la doctrine a développé une critique substantielle. Celle-ci a porté toutefois plus sur les principes de politique législative (dès avant la révision, H. Schultz - 1972 et 1973 - affirmait que le droit pénal n'est pas l'instrument approprié pour lutter contre l'usage de stupéfiants) que sur les dispositions spécifiques de la loi. Le juge P. Albrecht (1995) regrette ce manque d'intérêt, qui aurait favorisé le développement d'une Justice remettant en question les principes fondamentaux du droit de fond et de forme.

L'introduction des normes prévoyant la possibilité d'imposer un traitement - ordonné par le juge (art. 19a) ou par les autorités administratives (art. 15b) - a été notamment critiquée, puisque ces dispositifs ne remplissent pas la condition de l'adhésion volontaire de l'individu, nécessaire pour que le traitement soit couronné de succès (Robert C.N., 1977).

En 1976 déjà, une analyse ponctuelle tirait les conséquences juridiques de la double approche - médicale et répressive - adoptée par le législateur. M. Leuenberger (1976) soutient ainsi que la considération de la toxicomanie comme une maladie, affirmée par les articles 15, 15a et 15b de la LStup, devrait amener, d'une part, à appliquer de manière systématique les atténuantes de la responsabilité restreinte (art. 11 CPS) et de l'atténuation libre de la peine (art. 66 CPS) aux délits secondaires liés à la consommation. D'autre part, le sursis devrait être accordé de manière plus large, en tenant compte des inévitables rechutes qui ponctuent le parcours des usagers dépendants. Le pronostic de récidive ne devrait donc pas entraver l'octroi du sursis.

Selon Leuenberger, l'art. 19a représenterait en effet un diagnostic général de responsabilité restreinte des toxicomanes, remplaçant le recours à l'expertise

psychiatrique pour l'application de l'art. 11 CPS, qui prévoit l'atténuation de la peine lorsque le délinquant, au moment d'agir, ne possédait pas une faculté pleine d'apprécier le caractère illicite de son acte, ou de se déterminer d'après cette appréciation, à cause d'un trouble dans sa santé mentale ou dans sa conscience (ou d'un développement mental incomplet).

Schmidt (1972) conteste toutefois cette interprétation, car la responsabilité restreinte ne pourrait être établie qu'en référence à un cas concret.

Plus tard, une critique ponctuelle est portée à l'assimilation des toxicomanes aux alcooliques par l'art. 44 CPS. Selon I. Weiss (1980), les mesures de traitement, qui peuvent effectivement être pertinentes pour éviter que des alcooliques commettent des délits (par exemple de violence) à cause de leur maladie, ne se justifient pas dans le cas des toxicomanes. Ceux-ci commettent des délits associés à l'usage non pas à cause de leur maladie, mais à cause de l'impossibilité d'accéder légalement aux produits dont ils dépendent, à la différence de ce qui se passe pour les alcooliques. Par conséquent, contrairement à ces derniers, si les toxicomanes pouvaient se procurer la drogue de manière légale, il n'y aurait aucun besoin d'en ordonner l'internement ou le traitement ambulatoire pour prévenir des futurs délits.

Enfin, plusieurs auteurs se sont penchés sur l'opportunité d'avoir prévu des traitements en prison. Leuenberger (1976) avait déjà souligné le fait que l'application d'une mesure en cours d'exécution de peine posait le problème du refus des thérapeutes de pratiquer des traitements en prison. H. Schultz (1989) rappelle que, dans le projet de révision du code pénal en cours, concernant le droit des sanctions, il avait proposé que la suspension de la peine intervienne toujours en cas de traitement ambulatoire. D'avis partiellement différent est G. Jenny (1991). Il souligne que, la libération conditionnelle pouvant intervenir après deux ans d'internement (art. 44 CPS), le traitement en établissement spécialisé n'est généralement pas octroyé lorsque la peine infligée dépasse les trois ans, car, selon la jurisprudence du tribunal fédéral, il y aurait le risque que le traitement soit proposé afin de réduire la durée de la sanction. Aussi, dans le cas d'une condamnation à plus de 18 mois, un traitement ambulatoire (avec suspension de la peine) n'est pas pris en considération, en application du principe d'égalité avec les condamnés non toxicomanes, qui ne peuvent pas bénéficier du sursis, prévu pour les peines privatives de liberté n'excédant pas cette limite. Les usagers-revendeurs, condamnés souvent à de longues peines privatives de liberté, ne bénéficient ainsi généralement pas d'un traitement, alors qu'il pourrait être effectué en prison. Jenny met cependant en évidence le fait, dommageable pour les usagers, que le lien des mesures thérapeutiques avec le droit pénal entraîne des délais dans leur application, liés aux nécessités de la procédure.

La jurisprudence ne semble pas s'être alignée sur une interprétation de la loi favorable aux usagers. C'est ainsi que, en 1976, deux décisions du tribunal cantonal de Zurich affirmaient que le déclassement à contravention des comportements prévus par l'art 19 LStup, introduit par l'art. 19a, ne pouvait pas concerner des activités de revente de drogue à des fins lucratives, même lorsque le but n'était pas de faire du profit mais d'assurer sa propre consommation. Dans ce cas, selon ce tribunal, la protection des tiers

toxicomanes, mis en danger par les activités de vente, prévaut sur la prise en compte de la toxicomanie comme facteur atténuant la responsabilité du prévenu (Schmidt, 1972).

La jurisprudence du tribunal fédéral⁴⁵⁶ suivra cette interprétation restrictive. A deux reprises, il a ainsi affirmé que l'art 19a vise uniquement les actes, prévus par l'art. 19, que l'auteur accomplit pour assurer sa propre consommation, mais non quand ils assurent aussi la consommation de tiers. L'application de la contravention prévue à l'art. 19a aux comportements autres que la consommation est ainsi exclue dès qu'il y a cession de stupéfiants à des tiers, avec la seule exception de l'application de l'art. 19b, prévoyant que la cession gratuite à des tiers pour la consommation en commun n'est pas punissable (SJ 1977, 209, 212 et JT 1994, IV, 143).

En presque vingt ans et malgré une évolution marquée des mentalités et des pratiques médico-sociales, la loi sur les stupéfiants a été effectivement mise en œuvre plus dans son volet répressif qu'en exploitant les opportunités de traitement médico-social qu'elle offrait. La jurisprudence paraît l'avoir interprétée dans un sens essentiellement restrictif. G. Hug-Beeli souligne que les quelques décisions rendues par le Tribunal fédéral dans les années 1990, qui ont partiellement réduit la portée des normes concernant le trafic (par exemple en matière de la quantité de substance nécessaire pour retenir le cas grave), ne représentent que des cas isolés, car une analyse de la jurisprudence, tant fédérale que cantonale, montre une tendance essentiellement conservatrice.

Le principe de la thérapie en lieu et place de la peine, que le législateur semblait vouloir promouvoir avec la formulation de l'art. 19a (Liniger, 1995), ne paraît pas s'être véritablement traduit dans les faits.

II. La mise en œuvre de la LStup selon les statistiques officielles

Ce n'est que depuis 1994 que l'Office fédéral de la statistique (OFS) a décidé d'étudier de manière spécifique les décisions portant sur les infractions à la LStup.

Les deux premiers travaux statistiques (OFS, 1994 et 1995) ont cependant porté sur les seules décisions inscrites au casier judiciaire. Les données sont relatives à la période 1974-1994, mais les approfondissements thématiques ont porté sur des périodes, voire des années différentes, selon la disponibilité des informations.

⁴⁵⁶ Le Tribunal fédéral décide sur les recours contre les décisions des juridictions cantonales et concernant le seul droit formel.

L'analyse a été construite autour de trois axes: les dénonciations par la police, les condamnations et les détenus.

La présentation de certaines de ces informations permettra de mieux situer l'application des mesures thérapeutiques dans le cadre de l'évolution des politiques répressives.

A/ L'augmentation des poursuites

Les dénonciations relatives aux infractions à la LStup par la police (soit, selon les définitions de l'OFS, les rapports établis par la police pour chaque personne faisant l'objet d'une procédure d'enquête, aux fins de l'ouverture d'une poursuite pénale) n'ont cessé d'augmenter. Multipliées par dix depuis 1974, elles ont plus que doublé de 1990 à 1994.

Tableau IV-II-43 : Evolution des dénonciations

Année	1974	1977	1982
Dénonciations	4.704	6.299	11.951
Année	1986	1990	1994
Dénonciations	15.815	18.880	40.378

Source: OFS, 1995

Cette augmentation ne reflète pas, comme on pourrait le croire, un effort croissant de combattre le trafic en concomitance avec la diffusion des produits sur le marché et selon les priorités internationalement affirmées. En effet, elle concerne en grande majorité des cas d'usage simple.

Tableau II-44 : Evolution des dénonciations selon le type de délit*

Année	Consommation	Trafic-consommat.	Trafic
1974	3.220	1.108	364
1977	3.616	1.862	340
1982	7.717	3.580	397
1986	10.383	4.374	599
1990	12.936	4.720	767
1994	32.032	5.460	2.465

* Les dénonciations qui se réfèrent à d'autres dispositions de la LStup que les art. 19 et 19a ne sont pas comptabilisées dans ce tableau (d'où la différence avec les chiffres présentées au T1).

Source: OFS 1995

Si les chiffres absolus ont augmenté, la part des dénonciations pour trafic seul (dont on peut présumer que les acteurs soient des trafiquants non-consommateurs, bien que cela ne soit pas sûr) a même baissé : de 7,8% en 1974 à 6,1% en 1994. Les dénonciations pour infractions mixtes montrent par ailleurs que la plupart des individus dénoncés pour trafic sont des consommateurs.

Quant aux dénonciations pour consommation, après avoir concerné, pendant quinze ans, une grande majorité de consommateurs de cannabis, elles se sont partiellement réorientées sur les drogues dites dures, l'héroïne en particulier.

Tableau II-45 : Substances concernées par les dénonciations pour consommation*

Produit	Années					
	1974	1977	1982	1986	1990	1994
Cannabis ¹	4.039	5.641	9.309	11.426	13.222	20.667
Héroïne	840	1.832	4.220	5.617	7.493	20.235
Opium	443	165	144	48	38	11
Morphine	834	370	126	36	42	39
Méthadone ²	0	0	86	52	272	568
Cocaïne	148	292	782	1.315	4.097	8.144
Crack	0	0	0	0	18	13
Amphétam.	324	318	136	54	48	194
LSD ³	1.018	825	945	415	239	795

* Chaque substance concernée par les dénonciations est comptabilisée une fois, chaque dénonciation pouvant concerner la consommation de plusieurs substances.

¹ Dérivés du cannabis.

² méthadone et autres opiacés synthétiques.

³ LSD et autres hallucinogènes.

Source: OFS 1995

Après quinze ans de progression constante et relativement régulière des dénonciations tant pour dérivés de cannabis que d'héroïne, un tournant peut en effet être constaté dès 1991.

Tableau II-46 : Dénonciations pour consommation de stupéfiants selon le type de substance 1990-1994

Années	Substance					
	Haschisch	Hasc seul.	Héroïne	Héro seul.	Cocaïne	Coca seul.
1990	12.286	7.613	7.493	2.758	4.097	703
1991	13.834	8.151	11.079	4.591	5.081	910
1992	15.325	9.197	15.923	8.703	5.598	1.324
1993	17.372	10.386	20.374	11.265	7.641	1.816
1994	18.434	11.890	20.235	11.241	8.144	1.934

Source: Ns. élaboration sur données OFS 1995

Comme on le voit, les dénonciations pour consommation d'héroïne ont presque triplé en cinq ans et celles pour consommation de cocaïne ont doublé, alors que les dénonciations pour consommation de haschisch n'ont augmenté que d'un tiers.

On pourrait croire que ces évolutions correspondent à une progression différenciée dans l'usage des trois produits dans les années concernées. Cependant une augmentation forte de la consommation d'héroïne et de cocaïne, par exemple, s'est plutôt manifestée au cours des années 1980, pour progresser plus lentement par la suite⁴⁵⁷ (OFSP, 1997).

Cette réorientation des activités policières est en fait difficile à interpréter. On est toutefois frappé par la coïncidence temporelle avec les premières prises de position publiques du gouvernement fédéral qui, en 1991, proposait sa nouvelle politique dite des quatre piliers, intégrant l'aide à la survie (réduction des risques au sens large) dans une politique jusqu'alors fondée sur les trois piliers classiques de la répression, la prévention et les soins. On peut supposer qu'une plus grande visibilité des usagers les plus marginalisés - les usagers dépendant de l'héroïne, associée ou non à d'autres produits -, liée au développement des programmes à bas seuil et à la croyance que les autorités montraient une nouvelle tolérance, ait eu un effet catalyseur des activités policières. Par ailleurs, cette recrudescence de la répression peut aussi être liée à une réduction de la tolérance au niveau local, liée aux controverses autour des « scènes ouvertes » des grandes villes alémaniques et à leur fermeture dans la première moitié des années 1990.

⁴⁵⁷ L'estimation du nombre de consommateurs des deux produits était de 5 700 en 1979, 25 000 en 1989 et 30.000 en 1992/1993.

B/ Les attitudes différentes des autorités policières et judiciaires

Les autorités judiciaires ne paraissent pas cautionner complètement les tendances policières. Si les condamnations sont multipliées par quatre de 1978 à 1993 (de 2 707 à 8 943 condamnations pour l'ensemble des infractions à la LStup), leur nombre reste bien plus limité que celui des dénonciations.

Tableau II-47 : Evolution des condamnations inscrites au casier judiciaire selon la nature du délit

Années	Nature du délit				Total
	Consomm.	Trafic-cons.	Trafic	Autres	
1989	1.301	1671	409	6	3.387
1982	1.172	2.350	567	1	4.090
1984	1.638	3.027	715	3	5.383
1986	2.046	3.052	940	5	6.043
1988	2.435	3.479	833	4	6.751
1990	2.562	3.151	996	2	6.711
1992*	2.606	3.502	1.542	3	7.653
1993	2.988	4.117	1.834	4	8.943

* Les amendes ne sont plus comptabilisées puisque les amendes pour contravention en matière de stupéfiants ne sont plus inscrites au casier judiciaire depuis 1992.

Source: OFS, 1995

Il faut noter que toutes les décisions des tribunaux ne sont pas inscrites au casier judiciaire. Outre l'exclusion des amendes pour contravention (à l'exception de certains cas qui ne concernent pas la LStup), les condamnations pour délit prononcés contre des mineurs sont radiées du casier.

Une étude approfondie de l'OFS (1997), prenant aussi en compte les décisions non inscrites au casier, montre ainsi que plus de 70% des mineurs condamnés pour des infractions à la LStup l'ont été pour consommation non accompagnée de trafic (éventuellement accompagnée d'autres infractions).

Par ailleurs, la part représentée par les amendes dans les sanctions infligées pour consommation est importante, puisqu'elle représentait 74% des cas en 1994.

La relative clémence des tribunaux par rapport à la police n'empêche pas que les consommateurs fassent l'objet d'une majorité des condamnations pour infractions à la LStup. Des différences sensibles marquent cependant l'attitude tant de la police que de la magistrature dans les différents cantons.

Tableau II-48 : Dénonciations pour infractions à la LStup dans les cantons et taux de dénonciations (pour 1.000 habitants) en 1994

Canton	Dénonciations trafic	Dénonciations trafic-consommation	Dénonciation consommation	Taux de dénonciation
Zurich	1.445	1.025	5.102	6,6
Berne	141	698	5.731	6,8
Fribourg	9	210	673	4,1
Soleure	148	231	1.751	9,2
Bâle-ville	62	485	1.357	9,7
Saint Gall	68	257	1.452	4,2
Argovie	55	268	4.603	9,7
Tessin	42	275	955	4,5
Vaud	94	514	3.722	7,2
Neuchâtel	27	188	867	6,6
Genève	106	528	2.800	8,9
Total	2.197	4.679	29.013	

Source: OFS, 1995

Les chiffres relatifs aux taux de dénonciation et de condamnation sont malheureusement disponibles pour des années différentes et inversées (les condamnations concernant l'année précédente). Cela ne présente toutefois pas d'inconvénients si l'on se limite à observer les différences des politiques répressives cantonales, différences qui peuvent être constatées tant pour l'activité policière que judiciaire.

Tableau II-49 : Condamnations pour infractions à la LStup dans les cantons et taux de condamnation (pour 1.000 habitants) en 1993

Canton	Condamnat. trafic	Condamnat. trafic-consomm.	Condamnat. consommé	Taux de condamnation
Zurich	665	901	357	1,6
Berne	108	748	445	1,3
Fribourg	44	56	113	0,9
Soleure	60	156	74	1,2
Bâle-ville	78	321	90	2,4
Saint Gall	68	363	131	1,2
Argovie	44	208	284	1,0
Tessin	48	189	155	1,3
Vaud	95	285	539	1,5
Neuchâtel	13	153	207	2,2
Genève	412	17	38	1,2

Source: OFS, 1995

On voit ainsi que les différences entre les cantons peuvent varier de plus de 100 %, en ce qui concerne tant le taux de dénonciation que le taux de condamnation.

Cependant, les politiques adoptées par la police et par la Justice ne s'accordent pas nécessairement : à côté des cantons que les statistiques policières et judiciaires montrent comme les plus répressifs (Bâle-ville) ou les moins répressifs (Fribourg), d'autres, comme Argovie, montrent à la fois, comparativement aux autres cantons, un plus grand taux de dénonciations et un nombre inférieur de condamnations.

C/ L'application des mesures alternatives

Les statistiques de l'OFS (1997) n'offrent pas beaucoup de renseignements sur l'application des mesures thérapeutiques par les tribunaux.

Elles ne présentent en effet que le nombre total des mesures prononcées en 1991 et 1994, sans différencier celles découlant des dispositions spéciales en matière de toxicomanie de celles plus générales, tel, par exemple, le placement en maison d'éducation au travail prévu par l'art 100bis CPS. pour les jeunes adultes (18 à 25 ans).

En 1991, on constate ainsi que 755 mesures ont été prononcées dans 14.590 décisions portant sur les infractions à la LStup (soit la totalité des décisions rendues à l'égard d'individus tant majeurs que mineurs et comprenant celles non inscrites au casier judiciaire). En 1994, les mesures adoptées ont été 875 sur 23.537 décisions. Face à une augmentation de 61% du nombre de décisions, les mesures n'ont progressé que de 16% environ.

Tableau II-50 : Décisions rendues en vertu de la LStup, d'après le genre de sanction

Sanction	1991	1994
Peine privative de liberté*	6.802	8.115
Mesure	755	875
Amende	5.128	11.141
Réprimande	448	1.586
Sans sanction	1.457	1.820
Total	14.590	23.537
* Peine de prison avec ou sans sursis, prestation de travail.		

Source: OFS, 1997

On peut en revanche constater que les amendes ont progressé de manière bien plus importante que les peines privatives de liberté. Si le principe de proportionnalité empêche de recourir à une mesure restreignant la liberté personnelle lorsqu'on a opté pour une sanction pécuniaire, l'augmentation des amendes infligées n'explique toutefois que de manière marginale une progression si limitée du recours aux mesures alternatives.

Malgré l'apparence d'un plus grand respect du principe de la proportionnalité lorsque l'infraction est sanctionnée d'une amende et non d'une peine privative de liberté, le rôle négatif joué par cette sanction dans la vie des consommateurs n'est toutefois pas à sous-estimer. L'OFS constate une progression des condamnations multiples d'une même personne au cours d'une année: de 1,08 condamnations par personne en 1991 à 1,13 en 1994. Au fil des années, plusieurs usagers auront cumulé une dette importante avec l'Etat, qui rendra plus difficile tout processus de réinsertion.

Il faut par ailleurs noter que la simple consommation est souvent punie d'une peine privative de liberté, même lorsqu'elle n'est pas associée à d'autres infractions. On peut bien le remarquer lorsqu'on analyse les jugements rendus sur la période récente de 1991-1993.

Tableau II-51 : Jugements faisant référence à la LStup et à d'autres infractions (A) et jugements faisant référence uniquement à la LStup (B), selon la nature du délit et le type de sanction 1991-1993

Infraction	Année	Type de sanction										Total	Total	
		Peine privative de liberté		Mesure		Amende								
		avec sursis												
		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B			
Consommation														
	1991	760	342	1.046	532	119	4	143	284			2.068	1.162	
	1992	759	242	1.008	343	150	3	101	-			2.018	588	
	1993	781	332	1.155	439	135	6	140	-			2.211	777	
Consommation-traffic														
	1991	495	426	723	1.059	327	97	33	278			1.578	1.860	
	1992	520	386	750	1.051	340	122	28	305			1.638	1.864	
	1993	593	496	804	1.314	346	147	34	383			1.777	2.340	
Trafic														
	1991	182	373	171	440	20	20	5	57			378	890	
	1992	217	406	222	600	28	10	8	51			475	1.067	
	1993	273	453	277	678	30	16	10	97			590	1.244	

Source: OFS, 1995

Des peines fermes sont effectivement prononcées pour des faits de simple consommation. En 1993, leur nombre est remonté au niveau de celui de 1991, après une diminution en 1992, alors que les peines privatives de liberté avec sursis ont diminué de manière importante par rapport à 1991 - mais elles tendent à augmenter.

Il est intéressant de constater que les mesures thérapeutiques sont très peu appliquées aux cas de consommation simple, et qu'elles sont plus appliquées lorsque des infractions de droit commun s'associent aux infractions de consommation ou de consommation et trafic.

Il faut remarquer que les données concernant la concession du sursis ne différencient pas le sursis simple du sursis subordonné à la poursuite ou à la mise en place d'un suivi thérapeutique. Cette dernière solution est en effet souvent choisie par les tribunaux afin de remplacer la sanction pénale par un traitement médico-social. Ce constat élargit, en fait, le champ du recours aux alternatives thérapeutiques au delà du tableau brossé par l'étude de l'OFS.

III. Le cadre général de la recherche

Les données publiées par l'OFS en 1994 et 1995, qui offrent un intéressant aperçu diachronique du fonctionnement du système pénal dans le domaine des stupéfiants, ne donnent pas d'informations sur les comportements incriminés, les variables intervenant dans la procédure, les mesures prononcées ou les motivations des décisions judiciaires .

Par ailleurs, elles ne concernent que les condamnations inscrites au casier judiciaire central, qui ne contient qu'une partie de l'ensemble des décisions prises par les tribunaux et notamment, depuis 1992, ne mentionne plus les amendes pour contravention en matière de stupéfiants. Elles ne prennent pas non plus en compte - sinon de manière extrêmement synthétique - les décisions de classement et les acquittements.

La dernière étude de l'OFS (1997) a élargi le champ d'analyse aux décisions non inscrites au casier judiciaire, mais fournit en effet le même type d'informations que les études précédentes. En particulier, pour ce qui nous concerne, elle ne distingue pas les différentes mesures appliquées par les autorités judiciaires, ni analyse les variables liées à ces décisions, notamment en matière d'inculpation, produits consommés, conditions personnelles des prévenus et conditions tenant au déroulement du procès.

Notre recherche, financée par l'OFSP et le CETEL, visait à combler ce vide afin d'approfondir la connaissance de l'application de la LStup aux usagers de stupéfiants.

Elle développe, à la fois, une analyse quantitative portant sur certaines variables que l'OFS n'a pas pris en considération, et une analyse qualitative des décisions prises par les autorités judiciaires, dans le but de mieux connaître, d'une part, les comportements incriminés et le traitement que la Justice pénale leur réserve et, d'autre part, les motivations qui justifient ces décisions.

Les résultats définitifs et le rapport final sont prévus pour début 1998.

A/ Le « terrain »

Le terrain de la recherche est constitué par les cantons d'Argovie, Bâle-Ville, Berne, Fribourg, Genève, Neuchâtel, Saint-Gall, Soleure, Tessin, Vaud et Zurich.

En 1993, ces cantons ont produit 90,7 % des dénonciations et 83,5 % des condamnations recensées en matière de stupéfiants. Ils représentent un échantillon représentatif des différents systèmes de procédure pénale existant en Suisse, ainsi que des différences socio-économiques, démographiques et culturelles cantonales de ce pays (de Sury von Pollern, 1997).

Comme il était quasi impossible de contacter chacune des différentes autorités cantonales ayant la compétence de rendre des décisions en matière de LStup, et d'obtenir toutes les autorisations nécessaires pour l'accès aux données, la recherche a été effectuée sur la base des décisions communiquées au ministère public de la Confédération en vertu de l'art. 28 Lstup (il s'agit des seules décisions sur le fond. Les recours en cassation et au Tribunal fédéral sont donc exclues).

Il faut préciser, toutefois, que le corpus analysé ne peut pas être considéré comme représentatif de la totalité des décisions prises dans la période considérée. En effet, un certain nombre de décisions, notamment les prononcés administratifs et les classements, ne sont pas toujours communiquées au ministère public de la Confédération.

Enfin, les décisions concernant les mineurs, c'est-à-dire les prévenus âgés de moins de 18 ans au moment des faits, n'ont pas été retenues. Elles obéissent en effet à une logique propre, qui découle du système particulier des sanctions prévues par le législateur fédéral et qui justifierait, le cas échéant, une évaluation distincte de celle portant sur les décisions rendues à l'encontre des délinquants majeurs.

(a) L'analyse qualitative

De l'ensemble des décisions qui ont été envoyées au ministère public, ont été retirées, tout d'abord, celles -très minoritaires- concernant les inculpations de trafic sans consommation. Dans un second temps, seules les décisions motivées ont été sélectionnées pour la première phase de la recherche.

C'est en effet uniquement sur la base de l'analyse de la motivation des décisions que l'on peut tenter de reconstruire les faits qui sont l'objet de la procédure et de comprendre les raisons du traitement juridique que ces faits ont reçus.

Il a été également décidé de retenir les ordonnances, de condamnation ou de classement, et les décisions administratives présentant une motivation, fut-elle embryonnaire. Ces prononcés représentent en effet une partie importante des décisions en matière d'usage de stupéfiants et méritent de ce fait d'être analysés.

Le corpus ainsi constitué contient la totalité des décisions motivées qui ont été rendues durant les mois de février et mars 1996 par les autorités judiciaires et administratives des cantons d'Argovie, de Bâle-Ville, Berne, Fribourg, Genève, Neuchâtel, Saint-Gall, Soleure, Tessin et Vaud, et qui ont été communiquées au Ministère public de la Confédération.

En ce qui concerne le canton de Zurich, les décisions à analyser ont été sélectionnées par décimalisation, le nombre total des décisions motivées étant particulièrement élevé. La première phase de la recherche a permis d'analyser, dans les cantons sélectionnés, 499 prononcés, contenant 520 décisions prises à l'égard de 517 individus⁴⁵⁸ et concernant les dispositions pour usage de stupéfiants, associé ou non avec d'autres infractions.

Le recueil des informations nécessaires pour l'analyse qualitative de ce premier ensemble de décisions a été effectué par un examen documentaire des textes des décisions, complété par la collecte d'un certain nombre d'informations ponctuelles à l'aide d'une grille d'analyse fermée. Cette grille a aussi été utilisée comme outil de collecte des données pour la deuxième phase de la recherche, après une mise au point effectuée sur la base des résultats de la première phase qualitative (Annexe).

Ces derniers ont fait l'objet d'un premier rapport intermédiaire et seront rendus disponibles dans le cadre du rapport définitif pour l'OFSP.

⁴⁵⁸ Soit 520 décisions individuelles, trois personnes faisant l'objet de deux décisions.

(b) L'analyse quantitative

L'échantillon faisant l'objet de l'analyse quantitative a été prélevé sur l'ensemble des décisions communiquées au ministère public de la Confédération relativement aux mois de février et mars 1996, y compris celles ayant fait l'objet de l'analyse qualitative. Une partie de ces dernières se retrouve donc dans les deux groupes de décisions composés pour les deux phases de la recherche.

L'analyse quantitative a porté sur 1 203 décisions prises dans 10 cantons, soit 50% des décisions cantonales communiquées et sur une base minimum de 50 décisions pour les cantons ayant communiqué moins de 100 décisions.

Le canton de Genève a été exclu, puisque le très faible nombre de décisions communiquées (17) ne permettait pas un traitement quantitatif. Les résultats de cette phase seront disponibles début 1998.

Tableau II-52 : Le corpus de la recherche

CANTONS	DECISIONS COMMUNIQUEES AU MP	DECISIONS ANALYSE QUALITATIVE	DECISIONS ANALYSE QUANTITATIVE
ARGOVIE	578	40	276
BERNE	130	23	65
BALE VILLE	139	8	69
FRIBOURG	101	36	51
GENEVE	17	13	0
NEUCHATEL	73	71	50
SAINT GALL	167	53	83
SOLEUR	63	24	50
TESSIN	123	32	62
VAUD	145	82	73
ZURICH	887	117	424
TOTAL	2.423	499	1.203

(c) Les variables analysées

Trois types d'informations ont été répertoriés afin d'identifier les principaux facteurs jouant un rôle dans les décisions analysées.

A. *Les données relatives à l'acte judiciaire*, soit ses caractéristiques formelles, son origine (processus de dénonciation), l'autorité qui a pris la décision et le type de décision.

La complexité due à la présence de procédures pénales différentes, ainsi que le statut de contravention de la consommation, pouvant être sanctionnée par le biais de l'ordonnance pénale, demandait en effet de pouvoir distinguer avec précision à la fois la circonscription géographique de la compétence et le type de procédure adoptée.

B. *Les données relatives au prévenu*, soit les principales données socio-démographiques, mais aussi les antécédents pénaux et les suivis médico-sociaux de l'état de dépendance. Ces deux derniers facteurs, en plus de la situation professionnelle, nous paraissaient être en effet particulièrement susceptibles d'influencer la décision, non seulement lors de la fixation de la peine, mais aussi pour la concession du sursis ou le prononcé d'une mesure thérapeutique alternative.

C. *Les données relatives à la décision* : les infractions de départ et celles retenues, les substances objet de l'infraction, l'état de liberté, la présence d'un défenseur, le témoignage de professionnels de la prise en charge et, enfin, le dispositif de la décision.

Ces informations ont fait l'objet d'une analyse désagrégée par canton et par type de procédure (ordonnance ou jugement). Le dépouillement des ordonnances, notamment, n'a permis de recueillir qu'une partie limitée des informations recherchées. Cela ne pose cependant pas de problèmes en relation à l'étude de l'application des alternatives thérapeutiques. Elles ne sont en fait que rarement ordonnées lors du prononcé d'une ordonnance pénale. D'une part, en effet, celle-ci intervient dans les cas où une enquête n'est pas nécessaire. D'autre part, certains codes de procédure pénale excluent la possibilité de prononcer une mesure par le biais de l'ordonnance, afin de respecter le principe de la proportionnalité : les mesures pourraient entraîner une privation de liberté supérieure au plafond prévu par la loi pour les peines applicables au moyen de l'ordonnance pénale.

IV. L'application des alternatives thérapeutiques en 1996 : une recherche exploratoire

Avant d'approfondir l'analyse des politiques judiciaires adoptées dans les cantons de Vaud et Neuchâtel en matière d'alternatives médico-sociales aux poursuites ou à la peine, nous donnerons un aperçu des différences qui caractérisent un ensemble plus large de cantons.

A/ Les différences cantonales

Les données cantonales sont disponibles pour les années 1991 et 1994. Nous avons vu, cependant, que les études de l'OFS nous permettent d'approcher l'application des mesures, mais sans pouvoir distinguer le type de mesure ordonnée et sans tenir compte de l'octroi du sursis conditionné à un traitement.

Tableau II-53 : Décisions rendues en vertu de la LStup, par canton et type de décision, 1991 et 1994

Canton	Peine privative de liberté		Amende		Mesure	
	1991	1994	1991	1994	1991	1994
Zurich	1.961	1.618	1.222	4.115	277	315
Berne	909	1.147	461	702	130	131
Fribourg	166	217	177	191	4	15
Soleure	148	233	11	289	21	40
Bâle-ville	336	371	167	196	27	42
Saint Gall	359	397	553	687	52	31
Argovie	299	460	1.336	3.183	36	68
Tessin	382	409	179	126	6	6
Vaud	737	1.134	289	361	40	60
Neuchâtel	212	355	63	86	31	64
Genève	463	467	18	23	13	1

Si l'on considère que la grande majorité des infractions est représentée par la consommation simple (cf. tableaux 44 et 47), on peut ainsi constater qu'une tendance générale privilégie la peine privative de liberté par rapport à l'amende, mais aussi des différences cantonales remarquables quant aux choix des sanctions: une nette préférence accordée à la peine pécuniaire dans le canton d'Argovie, suivi par Saint Gall, et au contraire une prévalence marquée de la peine privative de liberté dans les cantons de Vaud, Genève et Berne. Le canton de Zurich paraît avoir effectué un changement remarquable, puisque la proportion entre les deux types de peine s'est complètement inversée dans le laps de temps considéré, au bénéfice de la peine pécuniaire.

Quant au recours aux mesures, il apparaît limité dans l'ensemble des cantons pris en compte. En chiffres absolus, il augmente de manière importante notamment dans les cantons de Fribourg, Soleure, Bâle-ville, Argovie et Neuchâtel, alors qu'il se réduit de manière drastique à Saint Gall et descend presque à zéro à Genève. En proportion sur l'ensemble des décisions, cependant, l'adoption des mesures diminue dans des cantons où le chiffre absolu croît, comme Zurich, Soleure et Argovie. Dans ces deux premiers cantons, la progression des amendes peut représenter l'un des facteurs explicatifs du moindre recours aux mesures.

L'analyse quantitative de l'échantillon des décisions prises en février et mars 1996 nous permet de suivre l'évolution des choix relatifs aux peines et aux alternatives thérapeutiques dans les cantons alémaniques, et d'en préciser quelques détails.

Tableau II-54 : Décisions de condamnation par type d'infraction retenue

Canton	No décisions	Consommation	Consommat -trafic
Zurich	425	348 (22)	71 (19)
Berne	66*	36 (5)	24 (13)
Soleure	48	29 (5)	17 (11)
Bâle-ville	69	52 (8)	4 (2)
Saint Gall	83	54 (4)	21 (7)
Argovie	276	268 (32)	6 (3)

Entre parenthèses : nombre de cas où d'autres infractions sont aussi retenues.
 * La différence entre le nombre de décisions et celui des types d'infractions retenues est représenté par quelques cas où l'information n'a pas pu être repérée.

Tableau II-55 : Décisions de condamnation: peines et alternatives thérapeutiques*

Canton	Peine privat. liberté	Amende	Mesure ex 44 CPS		Sursis sous condition
			résident.	ambulat.	
Zurich	86	334	3	5	2
Berne	28	38	4	3	0
Soleure	19	29	1	1	2
Bâle-ville	14	4	1	1	1
Saint Gall	21	54	1	0	0
Argovie	24	230	1	1	1

* Les seules peines principales ont été comptabilisées.

En plus d'un petit nombre d'acquittements (2 à Argovie et Bâle-ville, 4 à Saint-Gall et 6 à Zurich), il faut noter que les autorités judiciaires du canton de Bâle-ville semblent être les seules à appliquer avec une certaine largesse (11 cas) l'art. 19b, soit la déclaration de non-punissabilité pour la préparation de la consommation de stupéfiants pour soi-même ou leur cession gratuite à des tiers pour la consommation en commun. Dans le même canton, il faut aussi faire état d'un nombre important (35) de cas de suspension de la procédure ou de renonciation à infliger une peine car on a retenu le cas bénin, dont 12 avec la prononciation d'une réprimande. Ces données permettent de nuancer l'impression d'une relative dureté des autorités de Bâle-ville, le seul canton qui, autrement, semble donner une préférence à la peine privative de liberté par rapport à l'amende.

A Argovie aussi, on constate de nombreuses décisions (21) de suspension de la procédure ou de renonciation à infliger une peine avec la prononciation d'une réprimande. 4 cas ont été répertoriés pour Saint Gall.

Dans deux cas, enfin, l'un à Zurich et l'autre à Bâle-ville, les magistrats ont renoncé aux poursuites car le prévenu était soumis à un traitement thérapeutique.

Par rapport aux sanctions, on peut constater une préférence généralement marquée pour l'amende. A Berne, Soleure et Bâle-ville, on note un recours aux alternatives thérapeutiques plus important que celui constaté en 1994, alors que les cantons de Zurich, Saint Gall et Argovie semblent suivre une tendance opposée. Sauf à Bâle-ville, on constate une diminution de la proportion des peines privatives de liberté par rapport à 1994.

B/ Les cantons de Vaud et de Neuchâtel

Une analyse de la totalité des décisions communiquées par les juridictions cantonales de Vaud et Neuchâtel au ministère public de la Confédération relativement aux mois de février et mars 1996 permet d'avancer dans celle des mesures adoptées et d'approcher les motifs de leur application.

La présentation de quelques éléments de procédure se rend nécessaire, afin d'évaluer d'une part l'ampleur des choix qui se présentent en matière de classement notamment et, d'autre part, l'incidence du recours aux alternatives thérapeutiques selon les divers types de décisions: essentiellement les condamnations sans débats ou avec débats et l'abandon des poursuites des usagers soumis à traitement prévu par l'art. 19a ch.3 LStup.

L'existence d'une offre plus ou moins large de soins spécialisés paraît être, d'un premier abord, un facteur important motivant les magistrats à recourir à cette alternative. Il faut cependant remarquer que, d'un côté, la LStup se réfère aussi aux mesures de protection contrôlées par un médecin et, de l'autre, une part non négligeable de la prise en charge des usagers dépendants - y compris les traitements à la méthadone - est effectuée par les médecins privés. Cela élargit les possibilités concrètes de prononcer une mesure alternative qui puisse effectivement être mise en œuvre. C'est d'ailleurs effectivement aux soins des médecins généralistes que les usagers sont souvent envoyés, en application du traitement ambulatoire prévu aux art. 44-43 CPS.

Il faut enfin souligner que, si l'autorité de jugement prend la décision de principe, la décision concrète sur le lieu de traitement est prise par le service d'exécution des peines, qui en définit les modalités en accord avec les responsables du traitement.

Afin d'améliorer la comparabilité avec les résultats de la recherche sur Nanterre, une grille complémentaire (Annexe II) a été utilisée pour dépouiller les décisions concernant les alternatives thérapeutiques. Elle intégrait des détails sur les produits et la durée de la consommation, des éléments de biographie familiale et des précisions sur les mesures adoptées. Malheureusement, certaines de ces questions sont restées sans réponse.

(a) Neuchâtel

i - Éléments de procédure

Le canton de Neuchâtel dispose de trois tribunaux de district, auxquels sont incorporés le tribunal de police et le tribunal correctionnel. La cour d'assises est organiquement rattachée au tribunal cantonal, qui est divisé en plusieurs sections, dont une chambre d'accusation. Le ministère public et les juges d'instruction ont compétence pour tout le canton.

Chargé de l'exercice de l'action publique, le ministère public peut classer une affaire lorsque les faits portés à sa connaissance ne justifient pas une poursuite, notamment si celle-ci s'avère inopportune.

Le juge d'instruction n'ouvre une information que s'il en a été requis. Au terme des recherches, il prononce la clôture de l'instruction et retourne le dossier au ministère public avec ses propositions quant à la suite à donner à la procédure : rendre une ordonnance de non-lieu, faire citer l'inculpé devant le tribunal de police ou saisir la chambre d'accusation de réquisitions en renvoi devant le tribunal correctionnel ou la Cour d'assises.

La procédure neuchâteloise prévoit la possibilité de prononcer une condamnation sans débats. La procédure de l'ordonnance pénale permet en effet au ministère public de réprimer les infractions dont l'auteur ne mérite qu'une amende ou une peine privative de liberté ne dépassant pas trois mois. En cas d'opposition de la part de l'intéressé, l'ordonnance pénale devient une ordonnance de renvoi devant le tribunal de police, où le prévenu sera alors jugé selon les formes ordinaires.

Le tribunal de police est la juridiction de jugement inférieure. Il peut infliger jusqu'à six mois d'emprisonnement au maximum.

Le tribunal correctionnel juge les infractions méritant d'être sanctionnées, de l'avis de la chambre d'accusation, d'une peine privative de liberté supérieure à six mois mais n'excédant pas cinq ans.

La Cour d'assises connaît des crimes pour lesquels la chambre d'accusation estime qu'une peine supérieure à cinq ans de réclusion est envisageable.

ii L'offre de soins

En 1994, le canton de Neuchâtel disposait de quatre centres de consultation ambulatoire pouvant prendre en charge des usagers de drogue, dont deux spécialisés. Un nouveau centre de prise en charge ambulatoire des usagers de drogue a été ouvert début 1997.

Les cures de sevrage résidentielles étaient effectuées à l'Hôpital psychiatrique cantonal et dans deux cliniques, dont une n'acceptait cependant pas, en principe, plus d'un usager à la fois.

Quatre centres résidentiels, ou communautés thérapeutiques, proposaient des traitements et des places de postcure, l'un d'entre eux étant plus axé sur la réadaptation socioprofessionnelle.

L'offre de prise en charge est diversifiée: prise en charge médico-sociale, thérapie familiale, interventions sociales, programmes de substitution médicamenteuse. La prise en charge est accompagnée d'une activité de prévention primaire (information auprès de la population et des écoles) et secondaire (travail de rue, lieux de rencontre pour adolescents). Des actions de réduction des risques (distribution de seringues et matériel stérile, information) ont été mises en place.

Fin 1996, 409 usagers étaient en traitement de substitution à la méthadone dans le canton. L'un des centres de prise en charge spécialisée faisait état, en 1996, de 50 personnes environ en traitement ambulatoire avec suspension de la peine en application de l'art. 44 CPS (FPTT, 1996).

iii L'application des alternatives thérapeutiques

Les autorités judiciaires du canton de Neuchâtel ont communiqué au Ministère public de la Confédération 73 décisions pour la période 1er février-31 mars 1996. 31 de ces décisions remplacent la peine par une alternative thérapeutique.

S'agissant, pour la totalité, de jugements prononcés par des tribunaux de première instance, donc de décisions prises au bout d'une même procédure avec débats, nous présenterons ensemble les informations concernant les différentes mesures adoptées.

Profil socio-démographique des condamnés

Un quart environ des condamnés concernés par les mesures sont des femmes (8 sur 31 individus). Les femmes paraissent ainsi être sur-représentées par rapport à leur présence dans les statistiques des condamnations inscrites au casier judiciaire en Suisse (14% en 1993) et des condamnations pour infractions à la LStup (15%). Ce fait peut correspondre à la moindre sévérité des sanctions infligées aux femmes, phénomène général en matière de poursuites pénales (OFS, 1995).

La classe d'âge la plus représentée est celle des 25-29 ans (12 individus), celles des 20-24 ans (7 individus) et des 30-34 (6 individus) étant balancées. Six condamnés sont des "vieux consommateurs" ayant plus de 35 ans. L'absence de jeunes de 18 à 19 ans est frappante et paraît confirmer une tendance à la baisse du nombre de jeunes et de jeunes adultes, constante depuis 1982 dans les statistiques tant des dénonciations que des condamnations (OFS, 1995).

Quant à la nationalité, 20 individus sont de nationalité suisse, 6 sont des ressortissants des pays de l'Union européenne et 1 est nord-africain (dans 4 cas, la nationalité n'est pas reportée). Mis à part un cas incertain, la totalité des individus sont cependant domiciliés en Suisse. On ne trouve donc pas de cas d'application des mesures alternatives à un étranger non résidant dans le pays.

Les motivations des décisions ne donnent presque jamais d'informations relatives à la famille des condamnés. Dans deux seuls cas on mentionne que les parents sont décédés, ou qu'ils vivent ensemble. Une référence à la mère apparaît deux fois: la première car le condamné habite chez elle, la deuxième parce qu'elle a témoigné au cours du procès.

Peu d'informations sont aussi données sur le lieu de vie des condamnés et ne concernent que 12 individus sur 31. Dans six cas, ils vivent de manière indépendante, seuls ou avec leur partenaire; trois vivent chez leurs parents et un auprès d'un membre de sa famille. Un autre loge dans un foyer associatif et un dernier, enfin, est interné dans une maison d'éducation au travail.

12 individus sont célibataires, 4 mariés et 2 séparés. Aucun renseignement n'est donné pour les 13 individus restant.

On n'a pas pu, non plus, recueillir d'information relative au niveau scolaire. En revanche, la présence d'une activité professionnelle est toujours signalée, sauf dans un cas. 20 personnes n'exercent aucune activité, alors que 9 ont une activité apparemment stable au moment du jugement (ouvrier, ouvrier spécialisé ou technicien, vendeur) et une travaille dans le cadre d'un emploi temporaire procuré par les services du chômage.

Antécédents judiciaires et sanitaires

Les motivations des décisions concernant le pronostic de récidive, la fixation de la peine et la décision sur les alternatives thérapeutiques contiennent le plus souvent des références aux antécédents judiciaires et sanitaires des condamnés.

Le casier judiciaire de 5 individus est vierge. 8 individus ont des antécédents, mais la nature des infractions n'est pas précisée. 13 individus ont des antécédents spécifiques pour infractions à la LStup, et 3 d'entre eux aussi pour d'autres délits. Trois individus ont seulement des antécédents pour des délits non liés à la LStup (vol et infractions aux règles de la circulation routière). Dans 2 cas, aucune information n'est donnée.

Ni la présence d'antécédents, ni leur nombre, ne paraît représenter, en soi, un obstacle pour l'adoption d'une alternative thérapeutique. Dans 14 cas, on connaît le nombre des condamnations précédant le jugement examiné: elles varient de 1 (3 cas) ou 2 condamnations (2 cas) à 6 voire 8 condamnations (1 cas respectivement). 3 individus ont déjà subi 4 condamnations et 4 individus 3.

Quant aux suivis médico-sociaux, si leur existence dans le parcours de l'usager a généralement été mentionnée, il a été impossible de connaître avec précision s'il s'agissait d'une décision libre de l'individu ou d'une mesure liée aux condamnations précédentes.

23 individus ont un traitement en cours au moment du jugement : de type ambulatoire dans 18 cas et de type résidentiel dans 5 cas. Pour au moins 5 de ces individus, le traitement a été librement choisi, puisqu'ils n'ont pas d'antécédents. Il nous paraît cependant que cela devrait être aussi le cas de la plupart des autres individus, puisque le fait que la mesure adoptée représente la poursuite d'un traitement ordonné dans une procédure pénale précédente devrait être normalement mentionné dans le dispositif de la décision, ce qui n'est pas le cas dans les décisions examinées.

3 individus ont suivi un traitement dans le passé. Dans 5 cas, on ne connaît pas les antécédents sanitaires des usagers.

Le fait qu'un traitement - commencé avant les poursuites ou durant le déroulement de la procédure - soit en cours dans la plupart des cas examinés porte à croire qu'il s'agit d'un facteur important dans la motivation des juges à appliquer une alternative thérapeutique.

Les produits consommés

Des informations concernant les produits consommés et la durée de la consommation peuvent être repérées soit dans l'histoire de vie de l'usager, lorsqu'elle est rapportée dans la décision, généralement sur la base des déclarations du condamné, soit dans le

descriptif des infractions. S'il est parfois possible de connaître les associations de produits consommés, dans un seul cas l'alcool est mentionné comme objet d'abus.

Dans 22 cas, le produit principal consommé est l'héroïne et, dans 6 autres cas, cette substance s'accompagne d'un usage de dérivés de cannabis d'intensité équivalente. Dans un seul cas le produit consommé est le seul haschisch; il s'agit cependant d'un cas où la mesure thérapeutique (internement en hôpital psychiatrique) est ordonnée pour des raisons psychiatriques indépendantes de la consommation du produit. Dans deux cas, les condamnés ont consommé, à la fois, cocaïne et ecstasy.

Dans 12 cas seulement on connaît le produit de la première prise : héroïne dans 7 cas, dérivés du cannabis dans 3 cas et ecstasy dans 2 cas.

Quant à la durée de la consommation, cet élément peut être identifié dans 18 cas. Sa précision est cependant relative et représente une durée minimum. Lorsque cette information ne provient pas de l'intéressé, elle a été déduite sur la base des premiers antécédents judiciaires pour infractions à la LStup.

Les plus anciens consommateurs ont commencé à utiliser des stupéfiants en 1979 (1 cas) et 1984 (2 cas). Les autres initiations s'étalent de 1988-1989 (3 cas) et 1991-1992 (2 cas) à 1993 (2 cas) et 1994 (7 cas, dont 3 sont certainement des consommateurs de plus longue date).

Le jugement

Les infractions retenues concernent 8 cas de consommation simple, 11 cas de consommation et trafic, 7 cas de consommation et délits associés et 5 cas de consommation, trafic et délits associés.

Le principal produit objet des infractions est l'héroïne: 26 cas, dont 6 associés avec du haschisch et 3 associés avec du haschisch et de la cocaïne. Dans deux cas, les infractions concernent ces deux derniers produits ensemble. Les autres 3 décisions portent sur des infractions concernant, respectivement, haschisch, ecstasy et cocaïne et, enfin, ecstasy, cocaïne et LSD.

Dans le déroulement du procès, quatre facteurs nous ont paru pouvoir influencer la teneur de la décision: la détention préventive éventuellement subie, la présence d'un défenseur, l'intervention du témoignage d'un professionnel ayant suivi l'utilisateur dans son parcours thérapeutique et les résultats d'une expertise psychiatrique.

Dans 7 cas, les condamnés ont subi une détention préventive. Il s'agit de 6 cas où le trafic a été retenu avec la consommation, accompagné pour une fois de délits contre la propriété. Dans le septième cas, la consommation représentait une infraction secondaire et la mesure préventive a été motivée par la gravité du délit principal (viol). Dans un cas seulement, le condamné était détenu au moment de la décision.

15 condamnés ont été assistés d'un défenseur, attribué d'office par le tribunal dans 8 cas. Bien que dans 20 cas un traitement ait été en cours au moment du jugement, dans 7 cas seulement le témoignage du personnel soignant ou de prise en charge est intervenu à l'audience. On ne peut cependant pas exclure qu'un témoignage, éventuellement écrit, n'ait été apporté au cours de la procédure sans être mentionné dans la décision.

Il est intéressant de constater qu'une expertise psychiatrique n'a été ordonnée que dans le cas du viol, où l'inculpé semblait nécessiter un traitement psychiatrique. Une autre fois seulement le tribunal se réfère à une telle expertise pour prendre sa décision; il s'agit cependant d'une expertise ordonnée au cours d'un procès précédent.

Une peine privative de liberté a été prononcée dans la totalité des cas examinés, accompagnée d'une amende dans 3 cas.

Dans 15 cas, une mesure d'internement ou de traitement a été ordonnée, en application des art. 44 et 43 CPS.

Dans 13 cas, en revanche, le choix a porté sur l'octroi du sursis subordonné à la poursuite ou à la mise en place d'un traitement, voire, dans un cas, à la seule vérification du respect de l'abstinence par des tests réguliers des urines.

Dans un seul cas, l'autorité judiciaire a renoncé à poursuivre le prévenu pour l'infraction de consommation à cause du traitement entrepris (le prévenu a cependant été condamné pour trafic), en application de l'art. 19a ch.3 LStup.

Les deux cas résiduels concernent un sursis subordonné au contrôle du patronage et un envoi en maison d'éducation au travail.

Le tableau qui suit présente quelques caractéristiques des mesures adoptées. Comme nous l'avons dit, la décision concrète concernant le service ou le médecin qui devra suivre le condamné est adoptée par le service d'exécution des peines et ne résulte donc pas de la décision judiciaire. Le type de traitement - ambulatoire, résidentiel ou auprès d'un médecin - est en revanche décidé par le tribunal, qui se limitera souvent à entériner le type de traitement déjà en cours.

Tableau II-56 : Caractéristiques des alternatives thérapeutiques appliquées dans le canton de Neuchâtel

	Art. 44-43	Sursis sous condition
Total, dont:	15	13
résidentielle	7	1
ambulatoire	9	9
en cours	12	7
ordonnée	3	5
méthadone***	5	5

Dans tous les cas d'application d'une mesure ambulatoire en application de l'art. 44 CPS, la peine a été suspendue.

Les informations recueillies sont malheureusement incomplètes. Il faut ainsi noter que, pour ce qui concerne trois cas où le sursis sous condition a été octroyé, il est impossible de comprendre à quel type de mesure il a été subordonné, et si celle-ci était en cours ou devait être mise en place.

On peut enfin présumer que les traitements à la méthadone soient plus nombreux, ceux répertoriés ici se référant aux traitements déjà en cours au moment de la décision.

La différente répartition de l'application de la mesure ou du sursis sous condition, selon le fait que le traitement soit en cours ou pas au moment du jugement, peut faire penser que le sursis soit plutôt choisi dans le cas où il représenterait un moyen d'incitation aux soins. Les données sont cependant trop peu importantes pour en être sûr.

Les motivations des mesures

L'analyse de la motivation des décisions permet d'identifier quelques déterminants de la décision de recourir à une alternative thérapeutique. Elle ne permet cependant pas de comprendre les raisons qui amènent les juges à choisir parfois le sursis conditionné au traitement au lieu de la mesure.

L'existence d'un traitement en cours semble être le principal déterminant dans la décision de remplacer la peine par une mesure thérapeutique, non seulement dans les chiffres mais aussi dans les déclarations des juges. Ce qui paraît important est que le traitement soit suivi de manière sérieuse ; dans ce cas, les quelques irrégularités ou les rechutes occasionnelles dans la consommation, voire l'échec des traitements précédents, ne semblent pas entamer la décision de ne pas interrompre le traitement par l'exécution d'une peine privative de liberté.

Aussi, dans quelque cas, on mentionne les déclarations de l'intéressé, affirmant avoir cessé toute consommation depuis l'interpellation pour les faits en cause. Le fait qu'il se soit, en plus, soumis volontairement à des tests d'urine pour prouver son abstinence semble être particulièrement bien considéré. Dans ces cas, la peine est suspendue au profit d'un traitement, qui sera alors de type psychothérapeutique ou ne consistera que dans des tests visant la vérification de l'abstinence.

L'affirmation d'une ferme volonté de la part du prévenu de se soumettre à un traitement est quelques fois prise en compte. Une mesure de type résidentiel est parfois ordonnée afin de renforcer une volonté de traitement qui n'apparaît pas encore stabilisée.

Dans le cas d'application de l'art. 19 ch. 3 LStup, la personne qui en bénéficie est un consommateur d'héroïne de longue date, qui affirme être en traitement pour se désintoxiquer.

On peut imaginer que, si des conditions telles que la cessation de la consommation ou le traitement thérapeutique en cours jouent un rôle favorable dans la fixation de la peine, comme on peut le constater dans l'analyse des motivations des décisions, les autres facteurs considérés comme des atténuantes exercent à leur tour une influence sur la décision d'appliquer une mesure alternative. Sont notamment mentionnés les aveux complets de l'accusé, sa collaboration en cours d'instruction, la virginité de son casier judiciaire, son jeune âge et son intégration professionnelle au moment du jugement.

(c) Vaud

i - Éléments de procédure

Le canton de Vaud est divisé en arrondissements d'instruction pénale, recouvrant chacun un ou plusieurs districts. Par arrondissement, il y a un ou plusieurs juges d'instruction. Chaque district dispose d'un tribunal. A l'échelon du canton, il existe un ministère public, un juge d'instruction cantonal et un tribunal d'accusation. Cette dernière juridiction est organiquement rattachée au tribunal cantonal, dont elle représente une section.

Une particularité de la procédure vaudoise consiste dans le fait que c'est le juge d'instruction, et non le ministère public, qui est chargé de l'ouverture d'une procédure pénale. Lorsqu'il est informé de la prétendue commission d'une infraction, le juge d'instruction (cantonal ou d'arrondissement) procède à un examen préalable des faits, qui débouche soit sur un refus de suivre, soit sur l'ouverture d'une enquête. Ses investigations achevées, il rend une ordonnance de non-lieu ou renvoie la cause au tribunal de police ou au tribunal correctionnel (ordonnance de renvoi). Il rend une ordonnance à suivre à l'intention du tribunal d'accusation s'il considère que les faits ressortissent au tribunal criminel. Le tribunal d'accusation prononce alors le non-lieu ou ordonne le renvoi du prévenu devant la juridiction de jugement.

Jusqu'à l'ouverture des débats, le ministère public peut décider de classer une poursuite. Cependant, le droit vaudois étant régi par le principe de la légalité des poursuites, un classement en opportunité n'est possible que s'il répond à une situation juridique exceptionnelle.

Deux possibilités de prononcer une condamnation sans débats sont prévues. Le juge instructeur peut rendre une ordonnance de condamnation et prononcer selon cette procédure jusqu'à un mois d'emprisonnement ou d'arrêts et 8 000 francs d'amende. En

cas d'opposition, l'ordonnance de condamnation se transforme en ordonnance de renvoi devant le tribunal de police.

Les contraventions, notamment à la législation fédérale, sont sanctionnées par le préfet lorsque l'amende paraît suffisante. En cas d'opposition, le dossier est transmis au ministère public puis au juge instructeur. Ce dernier rendra alors, selon les cas, une ordonnance de refus de suivre, de condamnation, de non-lieu ou de renvoi en jugement. Juridiction de jugement inférieure, le tribunal de police traite des contraventions soustraites aux compétences administratives ou municipales, ainsi que des infractions qui n'entraîneront pas de peine supérieure à trois mois d'emprisonnement, assorties, au besoin, de l'amende.

Le tribunal correctionnel connaît des crimes et des délits qui ne ressortissent ni au tribunal de police, ni au tribunal criminel. Sa compétence est limitée à six ans de réclusion.

Le tribunal criminel juge principalement les crimes dont la peine paraît devoir dépasser six ans de réclusion.

ii - L'offre de soins

Le canton de Vaud est particulièrement bien nanti en organismes pouvant prendre en charge des usagers de drogue.

En 1994, il disposait de dix centres, dont deux spécialisés dans le traitement des dépendances, offrant des traitements ambulatoires.

Six organismes, dont une institution spécialisée, une clinique dotée d'un centre de désintoxication et quatre services psychiatriques, permettaient d'effectuer un sevrage résidentiel.

Un traitement résidentiel pouvait enfin être effectué dans cinq établissements spécialisés, ou communautés thérapeutiques.

La description de la vie et de la "carrière" d'usager (voire de petit trafiquant) du prévenu est constamment fort développée dans les décisions vaudoises.

iii - L'application des alternatives thérapeutiques

Les autorités judiciaires du canton de Neuchâtel ont communiqué au ministère public de la Confédération 145 décisions. Parmi celles-ci, nous avons répertorié 17 alternatives

thérapeutiques appliquées par un tribunal de première instance et 2 appliquées par un juge d'instruction dans le cadre d'une ordonnance de condamnation.

Vaud est, par ailleurs, le seul canton (sur les 11 objets de la recherche) où nous avons rencontré des décisions relatives à l'exécution de la peine au moment de l'interruption ou de la fin d'un traitement entrepris au titre de mesure thérapeutique prononcée en application des art. 44 et 43 CPS (3 cas).

Nous examinerons séparément les décisions prises par le juge d'instruction dans le cadre d'une procédure sommaire, dont la motivation ne contient que l'indication sommaire des faits et l'énoncé succinct des considérations de droit.

Nous analyserons aussi séparément les trois décisions relatives à l'exécution de la peine en relation aux résultats du traitement entrepris

Les ordonnances du juge d'instruction

Deux fois le sursis subordonné à un traitement est accordé par le juge d'instruction. Les condamnés, un homme et une femme, sont tous les deux de nationalité suisse. L'homme a 36 ans, exerce une activité professionnelle technique et est célibataire. Il n'a qu'un antécédent pour violation de la loi sur la circulation routière de 1989. Il consomme de l'héroïne depuis au moins quatre ans.

Il est condamné à 10 jours d'arrêts pour simple consommation d'une quantité importante d'héroïne (80 gr.) et d'un peu de cocaïne. Il suit un traitement chez un médecin, avec prise de méthadone. Le sursis est accordé, à la condition que le traitement soit poursuivi. La femme, âgée de 26 ans, fréquente l'université et ses proches subviennent à son entretien. Elle a consommé de l'héroïne pendant au moins deux ans, malgré un traitement à la méthadone entrepris dans le passé, mais affirme avoir arrêté.

Elle a un seul antécédent pour consommation, de 1993.

Elle est condamnée à 10 jours d'arrêts pour consommation d'héroïne. Le sursis est subordonné à la mise en place d'un contrôle régulier de l'abstinence par des tests d'urine.

Les décisions sur l'exécution de la peine

Trois décisions du tribunal concernent l'évaluation des résultats du traitement aux fins de la décision sur l'exécution de la peine selon les dispositions des art. 43 et 44 CPS.

Le premier cas est satisfaisant et aboutit au renoncement à l'exécution des peines suspendues.

L'intéressée est une femme suisse de 29 ans. Il n'y a pas d'informations concernant sa consommation, mais il est probable qu'il s'agisse d'héroïne comme produit principal, puisqu'elle a décidé de suivre un traitement résidentiel dans un établissement spécialisé dans le traitement des toxicomanes.

Elle avait été condamnée, en 1993, à 18 mois d'emprisonnement pour consommation et trafic de stupéfiants et pour brigandage qualifié. Une mesure de traitement résidentiel avait été ordonnée afin de lui permettre de poursuivre un traitement déjà en cours.

En 1994, le responsable du traitement certifie que le traitement a réussi et doit donc prendre fin. La femme est alors libérée, mais des règles de conduite lui sont imposées : notamment, tenir une conduite irréprochable jusqu'à la fin d'un délai d'épreuve de 18 mois.

Au terme du délai d'épreuve, fin 1995, le rapport est positif : non seulement elle a respecté les règles de conduite, mais s'est mariée, a eu des enfants et a mis sur pied une petite entreprise. Le tribunal décide alors la rémission intégrale des peines suspendues.

Dans les deux autres cas, en revanche, le traitement s'est avéré infructueux et la suspension de l'exécution de la peine est révoquée.

Il s'agit de deux jeunes hommes suisses de 21 et 22 ans, célibataires et sans profession. L'un loge chez ses parents, l'autre dans une auberge. Les deux sont des consommateurs d'héroïne. On ne sait rien de précis concernant leurs antécédents judiciaires.

Le premier a été condamné à un an d'emprisonnement (plus une amende) pour consommation et trafic de stupéfiants, accompagnés de délits contre le patrimoine et d'infractions à la loi sur la circulation routière. Une mesure de traitement résidentiel a été ordonnée.

Peu après son placement dans le centre spécialisé, le condamné fugue deux fois, puis demande de terminer sa peine en prison. Au lieu de décider directement sur l'exécution des peines, le tribunal suspend l'audience pour permettre au jeune d'envisager d'autres mesures de traitement.

Quelques mois après, le rapport de l'autorité de contrôle est défavorable: si quelques contacts ont été pris, aucun nouveau traitement n'a été initié; après une courte période de travail, le jeune a arrêté toute activité; il n'a plus de domicile officiel. Sur cette base, le tribunal considère que, diverses tentatives de traitement ayant échoué, il y a lieu de révoquer la suspension de l'exécution des peines (avec déduction des jours passés dans l'établissement spécialisé).

Le deuxième individu a été condamné à 7 mois d'emprisonnement pour consommation, trafic et délits de faux et contre le patrimoine. Une mesure de placement dans un centre thérapeutique a été ordonnée.

Peu de temps après son placement, le jeune homme s'enfuit et retourne vivre chez sa mère. Il affirme que les conditions de traitement, notamment la coupure complète avec l'extérieur, sont trop rigides. Il demande ainsi à être placé dans un autre établissement, qui impose des règles moins strictes et où il a déjà posé sa candidature. Il admet avoir consommé à nouveau de l'héroïne, mais seulement une ou deux fois, et dit avoir eu quelques entretiens avec un médecin, mais ne pas avoir entrepris un traitement à la méthadone.

La fugue (qui avait été précédée par deux autres fugues), et la recherche d'une prise en charge plus souple, font douter le tribunal de la volonté d'aller au bout du traitement. Il révoque donc la suspension de la peine et ordonne son exécution (avec déduction des jours passés dans l'établissement spécialisé).

Les jugements

Les informations concernant les 17 alternatives thérapeutiques décidées par le tribunal seront traitées de manière globale, afin d'en permettre la comparaison avec les décisions du canton de Neuchâtel.

Profil socio-démographique des condamnés

Des 17 personnes intéressées par les décisions, 5 sont des femmes et 12 sont des hommes. Encore plus qu'à Neuchâtel, les femmes paraissent bénéficier d'un traitement plus clément que les hommes, puisque la proportion de leur admission aux traitements thérapeutiques alternatifs est plus importante que leur poids dans les statistiques des condamnations.

Comme à Neuchâtel, la classe d'âge la plus représentée est celle des 25-29 ans (7 cas), celles des 20-24 ans (4 cas) et des 30-34 (5 cas) sont balancées, et on ne trouve pas de jeunes de 18-19 ans. En revanche, un seul usager vaudois a plus de 35 ans.

13 condamnés sont de nationalité suisse et quatre sont des ressortissants des pays de l'Union européenne. Tous sont domiciliés en Suisse.

De rares informations concernent la famille des condamnés. Nous savons cependant que les parents de quatre d'entre eux ont divorcé, alors que ceux d'un cinquième vivent ensemble.

10 personnes ont un logement indépendant mais, dans deux cas, les services de l'assistance sociale paient le loyer. Un individu vit chez une personne étrangère à sa famille et un autre dans un foyer.

La presque totalité des condamnés sont célibataires. 2 sont cependant mariés et un autre est séparé de son conjoint.

Pour 10 d'entre eux la scolarisation est mentionnée, mais ne dépasse pas le niveau de l'école obligatoire. Trois autres personnes ont obtenu un diplôme professionnel.

6 individus seulement sur 17 sont sans emploi. Des autres, 7 exercent une activité (ouvrier ou employé), 2 sont au chômage et 2 autres reçoivent une pension d'invalidité.

Antécédents judiciaires et sanitaires

On connaît les antécédents judiciaires de la plupart des condamnés.

Deux personnes seulement ont un casier judiciaire vierge. Des autres, 14 ont de 1 à 4 antécédents spécifiques pour infractions à la LStup, accompagnés, pour 12 d'entre eux, d'antécédents pour d'autres infractions (essentiellement contre le patrimoine ou les règles

de la circulation routière). 1 individu a deux antécédents pour vol mais aucun pour infraction à la LStup.

Encore une fois, le nombre d'antécédents ne paraît pas empêcher l'application d'une alternative thérapeutique: deux individus ont déjà subi 6 condamnations, et un autre en a subi 10, la plupart pour des infractions contre la patrimoine.

Le parcours thérapeutique des usagers a été généralement mentionné, quoiqu'il soit toujours difficile d'être sûr de l'origine des traitements (volontaires ou ordonnés par l'autorité judiciaire).

12 individus ont un traitement en cours, dont 11 de type ambulatoire et 1 de type résidentiel. 8 des personnes en traitement ambulatoire suivent un programme à la méthadone. Une personne a suivi un traitement dans le passé, et une autre n'a jamais effectué de traitement. On ne connaît pas les antécédents sanitaires des trois autres condamnés.

Les produits consommés

Si l'on connaît le produit consommé par les condamnés au moment des faits, peu d'informations nous renseignent sur le début de leur consommation.

Le produit principal consommé par la totalité des intéressés est l'héroïne (avec une consommation quasi équivalente de haschisch dans un cas, le seul où l'alcool est aussi mentionné comme posant problème).

Pour seulement 5 individus, on connaît le produit qu'ils ont consommé en premier : il s'agit de l'héroïne pour deux d'entre eux, de dérivés du cannabis pour deux autres, et d'une prise conjointe des deux types de produits pour le cinquième.

La durée de la consommation est signalée ou peut être reconstruite à partir des antécédents pour consommation dans 14 cas, mais de manière plutôt imprécise. On constate ainsi que deux des plus anciens consommateurs ont commencé à utiliser des produits en 1983, et trois autres entre 1985 et 1987. Les autres ont commencé plus tard : 5 en 1991-1992 et 4 en 1992-1993.

Le jugement

Les infractions retenues concernent 12 cas de consommation et trafic, dont trois associés à d'autres infractions, et 5 cas de consommation associée à d'autres infractions. Aucun cas de consommation simple n'a donc fait l'objet d'application d'un traitement, à la différence de ce que nous avons constaté dans le canton de Neuchâtel.

Quant au produit objet des infractions, le principal est l'héroïne, qui se retrouve dans tous les jugements. Dans 5 cas ce produit est associé avec de la cocaïne et du haschisch, dans

3 cas avec de la cocaïne seulement, dans 2 cas avec du haschisch et, enfin, dans un cas avec du haschisch et du LSD.

7 condamnés ont subi une période de détention préventive : ce sont tous des cas de condamnation pour consommation et trafic, accompagnés dans 3 cas d'autres infractions. 13 personnes ont été jugées avec l'assistance d'un défenseur, attribué d'office dans la majorité des cas (9).

Dans 11 cas, le jugement fait état du témoignage d'un représentant du personnel soignant ou de prise en charge. Cela semble montrer une présence plus active de ces acteurs dans le suivi des mésaventures judiciaires des usagers par rapport à ce qui a été constaté à Neuchâtel. Deux de ces témoignages ont été portés par écrit et un autre par téléphone, ce qui montre une certaine souplesse dans le déroulement de la procédure.

Dans 9 cas, une expertise psychiatrique est mentionnée pour soutenir la décision. Elle a été ordonnée pour les besoins de la procédure dans 5 cas, alors que, dans 4 cas, elle a été effectuée au cours d'un précédent procès.

Dans un jugement, la mesure de placement en maison d'éducation au travail est ordonnée en application de l'art 100bis CPS, et il n'y a donc pas de peine prononcée⁴⁵⁹.

Dans les 16 autres jugements, une peine privative de liberté a été prononcée, accompagnée dans un cas d'une amende.

Dans 7 jugements, une mesure de traitement (ambulatoire ou résidentiel) en application des art. 44 et 43 CPS. a été ordonnée. Dans les 9 autres, le tribunal a préféré octroyer le sursis subordonné à la poursuite ou la mise en place d'un traitement, éventuellement consistant uniquement dans le contrôle des urines pour vérifier le respect de l'abstinence.

Tableau II-57 : Caractéristiques des alternatives thérapeutiques appliquées dans le canton de Vaud

	art. 44-43	Sursis sous condition
Total, dont:	7	9
résidentielle	3	0
ambulatoire	4	8
en cours	5	7
ordonnée	2	1
méthadone	3	5

Dans un cas, les informations concernant le type de traitement associé au sursis, et s'il est déjà en cours, ne ressortent pas clairement.

⁴⁵⁹ Cette mesure est la seule, en droit suisse, qui remplace complètement la peine, qui ne sera donc pas prononcée.

Les motivations des mesures

En proportion des condamnations, les autorités judiciaires du canton de Vaud ont prononcé un nombre de mesures bien moins important que les autorités neuchâtelaises. Les juges vaudois ayant décidé de remplacer la peine par un traitement semblent néanmoins être, à la lecture de leurs motivations, particulièrement sensibles aux problèmes et aux parcours difficiles caractérisant la vie des usagers de drogue dépendants.

L'existence d'un traitement déjà entamé représente, bien sûr, une bonne raison pour prononcer une mesure ou un sursis sous condition. L'historique de la vie et des prises en charges médico-sociales des condamnés, que les juges développent de manière détaillée, montre cependant que la décision est souvent prise alors que le traitement est suivi de manière pas trop régulière, ou malgré ses interruptions multiples.

La présence d'une expertise psychiatrique suggérant l'utilité d'un traitement vient parfois renforcer les motivations des juges.

La volonté de ne pas interrompre la réinsertion socioprofessionnelle de l'intéressé - travail ou études - est aussi déclarée comme motivation de l'application d'une alternative thérapeutique.

Aussi, l'affirmation de la volonté de s'en sortir est prise en compte avec une certaine confiance. Cela, non seulement lorsqu'elle est prouvée par des tests d'urine négatifs, ou rendue crédible par des contacts entrepris avec les centres de soins, mais aussi, parfois, sur la base des seules déclarations de l'intéressé.

Dans certains cas, la décision favorable est prise en toute connaissance des nombreuses précédentes rechutes dans la drogue. Une fois, il apparaît que le sursis conditionné au traitement est octroyé afin de soutenir une personne qui traverse une période difficile. Dans un cas, le traitement ambulatoire est ordonné afin de ne pas entraver les soins d'un malade de sida.

Enfin, les résultats très aléatoires des traitements en prison sont avancés comme raison valable de suspendre la peine en cas de traitement ambulatoire.

CONCLUSIONS

Les dispositions combinées de la loi fédérale sur les stupéfiants et du code pénal suisse permettent, en théorie, un recours aux mesures thérapeutiques alternatives aux poursuites ou à la peine plus large que le recours prévu par la loi française de 1970. A la différence de cette dernière, qui permet l'utilisation de l'alternative dans les seuls cas d'usage simple, la législation suisse élargit ce recours aux cas où d'autres infractions sont en jeu, qu'il s'agisse de revente de stupéfiants ou d'autres infractions de droit commun.

Dans la pratique, les autorités judiciaires suisses n'ont eu recours à ces mesures que de manière limitée. Le choix, effectué dans certains cas, de ne pas prononcer une mesure mais d'octroyer le sursis subordonné à la poursuite ou à la mise en place d'un traitement, élargit le champ d'application des alternatives thérapeutiques, mais de manière non substantielle.

En fait, les politiques judiciaires mises en œuvre varient dans les différents cantons, qu'il semblerait possible de classer selon une échelle allant d'une approche plus répressive à une approche plus libérale, représentée, d'une part, par le recours plus ou moins fréquent aux peines privatives de liberté plutôt qu'à l'amende et, d'autre part, par l'application plus ou moins étendue des alternatives thérapeutiques.

La réalité est plus complexe. D'abord, pour réaliser un tel classement, il est nécessaire d'effectuer une analyse plus fine des informations recueillies, afin de constituer des groupes homogènes de décisions selon les infractions retenues. Ensuite, il faut considérer que, selon les diverses mentalités et cultures judiciaires, une amende pourra être considérée comme une peine plus ou moins grave que le recours à une peine privative de liberté dans le but d'orienter les usagers dépendants vers une thérapie. La première analyse sera présentée dans le rapport final de la recherche pour l'OFSP. En revanche, afin de sonder plus en profondeur les cultures judiciaires cantonales (voire sub-cantonales), une recherche qualitative spécifique par entretiens se rendrait nécessaire.

Bien que fondées sur un ensemble limité d'informations, consistant en des données globales relatives à l'ensemble des cantons pris en compte dans notre recherche, ainsi que sur une analyse plus détaillée des deux seuls cantons romands de Vaud et Neuchâtel, quelques conclusions peuvent quand même être tirées.

Les cantons alémaniques - notamment Bâle-ville, Berne et Soleure - paraissent être plus orientés vers le recours aux alternatives thérapeutiques que les cantons romands et le Tessin. Cette tendance se confirme de 1994 à 1996. Parmi les trois cantons romands étudiés (Genève, Neuchâtel et Vaud), seul Neuchâtel se situe dans une position moyenne, alors que Vaud ne recourt aux alternatives thérapeutiques que de manière limitée.

Etrange paradoxe, si l'on considère que les autorités judiciaires neuchâteloises ont longtemps été considérées comme parmi les plus répressives en Suisse romande, ce qui

paraît être confirmé par deux des ordonnances analysées, où le ministère public de Neuchâtel dévoilait sa conviction concernant l'utilité du recours à la peine privative de liberté comme première intervention en matière d'usage de stupéfiants. Il affirmait en effet que, même s'agissant d'une première condamnation pour consommation de haschisch ou de marijuana, les arrêts avec sursis s'avèrent être une peine appropriée (alors qu'une amende aurait pu être prononcée, voire la procédure classée).

Au delà des différences numériques, cependant, les critères d'application des alternatives thérapeutiques sont proches dans les deux cantons.

Elles sont prononcées en faveur d'une majorité d'individus de nationalité suisse (les autres étant des étrangers domiciliés dans le pays), célibataires, âgés entre 20 et 34 ans (mais surtout entre 25 et 29 ans), dont une part non négligeable de femmes. Il s'agit pour l'essentiel de consommateurs d'héroïne depuis une période relativement variable.

Dans les deux cantons, le recours à une mesure ou au sursis sous condition a été effectué indépendamment des infractions retenues (consommation simple ou avec trafic et/ou autres infractions), bien qu'aucun cas d'application d'alternatives thérapeutiques aux condamnations pour consommation seule n'ait été répertorié dans le canton de Vaud. Ces mesures ont été appliquées malgré l'existence d'antécédents judiciaires, parfois nombreux, mais en présence d'un traitement déjà suivi dans une majorité de cas. Le recours aux mesures ou au sursis subordonné au traitement est relativement équilibré dans les deux cantons ; ce choix reste néanmoins, en l'état de la recherche, inexpliqué.

Les différences que l'on peut constater entre les deux cantons concernent, d'une part, l'intervention d'acteurs tiers (au couple inculpé-autorité judiciaire) dans la procédure et, d'autre part, l'attitude exprimée par les magistrats dans les motivations des décisions.

Dans le canton de Vaud, en effet, non seulement les prévenus sont plus souvent assistés d'un défenseur, mais, aussi, le nombre de témoignages du personnel de suivi médico-social est plus important. Quant aux magistrats, ils manifestent une considération plus approfondie des circonstances de la vie des usagers et une attitude plus consciente et compréhensive de leurs difficultés. Ils recourent aussi plus souvent à une expertise psychiatrique pour élaborer leur décision.

On a, en somme, l'impression que la contradiction est une caractéristique propre non seulement à la loi, mais aussi à sa mise en œuvre. En effet, les procédures neuchâtelaises, plus nombreuses, semblent se dérouler dans un cadre plus strictement limité par une approche pénale classique. En revanche, les procédures vaudoises, moins nombreuses, semblent caractérisées par une implication plus active de la part des acteurs sociaux, avocats ou professionnels de la santé, et subir une influence plus marquée par des circonstances extérieures au domaine pénal, introduites tant par la participation de témoins-experts et d'experts tout court, que par une prise en compte, par les magistrats, de la situation globale des prévenus, amenant à ne pas considérer le pronostic de dangerosité et de récidive comme un facteur fondateur des décisions.

CONCLUSION

Le dispositif prévu par la loi de 1970 a évolué, à travers les pratiques, pour s'adapter aux nouveaux objectifs tant judiciaires que sanitaires. Du côté des magistrats, à travers la jurisprudence ou les pratiques, comme du côté des acteurs du champ sanitaire, cette adaptation s'est faite sur un mode très pragmatique malgré un texte jugé inadapté aux problèmes qu'il est sensé résoudre, qu'ils se situent dans le domaine de l'ordre public ou de la protection sanitaire.

La vision de cette évolution que nous offrent les statistiques publiées est extrêmement réductrice, le recueil des données correspondant, d'ailleurs partiellement, au cadre défini il y a vingt-cinq ans et négligeant les nombreuses adaptations de nature réglementaire. Le manque est d'autant plus flagrant que le phénomène que l'on prétend régler est par nature impossible à mesurer. Qu'une activité illicite soit rétive à la mesure, rien de moins exceptionnel. Par contre, que l'activité des institutions provoquée par la mise en œuvre de textes législatifs échappe en grande partie à cette mesure, cela est déjà beaucoup plus surprenant. Et si l'on désire entrer dans le détail des renvois entre ces institutions et du parcours du « client » qu'elles prennent en charge, la complexité de la multiplicité des prises en charge fait abandonner toute idée de mesure.

Les deux obligations de soins étudiées à un niveau local, l'injonction thérapeutique et celle dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, illustrent parfaitement cette difficulté de mesure mais aussi de prise en charge, les renvois sont multiples et les unités de compte distinctes. L'enquête empirique a ainsi permis de dévoiler les principales logiques sous-jacentes de ces prises en charge et permet d'en définir quelques caractéristiques.

Tout d'abord, ces deux mesures, correspondant toutes deux à des obligations de soins, ont des portées juridiques différentes.

L'injonction thérapeutique trouve sa place dans le cadre de l'abandon de poursuites, qui est toujours considéré comme un acte administratif, sans réelle portée juridique. Dès 1960, Davidovitch montrait que le classement sans suite est un acte non juridictionnel, donc mésestimé par rapport à un jugement, seul acte noble de la procédure.

Sa mise en œuvre correspond tout à fait à cet esprit : elle n'est pas régie par le texte de loi, mais fait l'objet de directives réglementaires. Sa mise en œuvre, telle qu'elle ressort des propos des magistrats, comme des études statistiques faites au niveau national, paraît notablement informelle. Aucune sanction n'est d'ailleurs explicitement prévue dans les dispositions législatives en cas de manquement à cette obligation par la personne qui y est soumise.

De plus, pour les services judiciaires, le bon déroulement, voire l'existence de la mesure dépendent des services de la DDASS, tant dans les modalités de mise en œuvre que pour ce qui concerne le financement. L'injonction thérapeutique, contrairement par exemple au contrôle judiciaire n'est pas régie sur frais de justice, et c'est sans doute l'un des éléments contribuant à l'absence de droit de regard des services judiciaires sur la prestation fournie.

Il faut rappeler l'évolution observée par les commentaires des magistrats ; aujourd'hui l'absence de motivation d'une DDASS à la mise en œuvre de la mesure ne suffit plus à invalider son existence. Le passage au niveau local, outre les rapprochements qu'il a permis d'opérer dans le cadre des conventions d'objectifs a permis que les parquets aient d'autres interlocuteurs éventuels.

La deuxième obligation de soins observée, dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve trouve sa place au contraire, dans un cadre extrêmement formalisé. Elle dépend du comité de probation et d'aide aux libérés, donc d'un service pénitentiaire et est financé sur un budget de la justice. Le recours à une telle obligation, au détriment de celles existant dans la loi de 1970 donne un cadre beaucoup plus souple aux magistrats.

Tout d'abord en cas de non-respect, la possibilité d'une requête en révocation du sursis par le JAP lui donne toute sa crédibilité. Cette mesure dépend clairement de l'exécution des peines, et le service où elle est effectuée, avec un interlocuteur bien identifié comme faisant partie du personnel de justice, lui donne un cadre, au sens propre.

La notion de succès ou d'échec de la mesure n'a donc pas le même sens. Dans le cas de l'injonction thérapeutique, le succès est mesuré par la possibilité de mise en œuvre, à savoir si la personne s'est ou non présentée. Dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, nous l'avons vu, les défaillances sont très rares, le succès serait donc plutôt évalué par une amélioration de la situation globale du condamné.

Deuxième différence fondamentale entre ces deux obligations de soins, elles ne s'appliquent pas pour les mêmes infractions.

La loi de 1970 prévoit les obligations de soins exclusivement pour les faits d'usage de stupéfiants, ce qui, nous l'avons largement développé, correspond assez mal aux pratiques réelles des usagers de stupéfiants, dont un grand nombre commet d'autres infractions à la législation sur les stupéfiants, ou d'autres délits pour financer sa consommation. Or, le respect de ce texte revient à écarter purement et simplement toutes ces catégories d'usagers des soins, alors même que les conventions internationales le prévoient expressément.

L'évolution très récente, toujours par voie réglementaire, montre une tentative dans ce sens, à savoir de permettre l'injonction thérapeutique pour de tels cas, non pas en contradiction avec la loi, mais en l'adaptant par le biais des actes de procédure. Ainsi la circulaire de 1995 envisage, pour la première fois, de disjoindre les procédures concernant des faits d'usage de celles concernant d'autres infractions et de mettre en œuvre à la fois une injonction thérapeutique dans le premier cas et des poursuites dans le second. L'accueil mitigé fait à ce texte par les magistrats est sans doute lié à l'ignorance dans laquelle il se situe des recours aux obligations de soins sous contrôle judiciaire et dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, qui ont toujours semblé plus faciles à mettre en œuvre.

Au contraire de l'injonction thérapeutique en effet, les autres obligations de soins sont applicables quelle que soit l'infraction, en rapport ou non avec les stupéfiants. Nous démarrons une nouvelle enquête de terrain portant sur ces affaires de vols ou de recels comportant une obligation de soins, sans que les faits d'usage ne soient poursuivis. La confrontation des deux catégories d'usagers, condamnés pour ILS ou pour une autre infraction donnera certainement de nouvelles pistes d'interprétation. L'article L.135-41 du nouveau code pénal a donc une portée beaucoup plus large que celle du L.628-3 CSP qui ne visait que l'usage.

Or, contrairement à l'injonction thérapeutique, ces différentes obligations de soins ont quasiment totalement disparu des circulaires concernant la mise en œuvre de la loi de 1970, sont appliquées par les magistrats mais non comptabilisées, et sont ignorées de la plupart des intervenants du champ sanitaire. Certains reconnaissent néanmoins que les rares cas qui leur sont soumis, donnent l'occasion de contacts avec l'éducateur et que le suivi se passe mieux que celui de l'injonction où ils se sentent réduits à un rôle de pourvoyeur de certificat.

De ce fait, les individus des deux cohortes, injonction thérapeutique et obligation de soins dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, ont des profils semblables. Certains sont d'ailleurs communs aux deux, lorsque l'infraction est l'usage de stupéfiants. Les personnes suivies dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve sont plus jeunes en moyenne, mais les infractions sanctionnées sont plus graves. On peut ainsi supposer que c'est l'infraction qui détermine l'existence d'une sanction pénale plus précoce dans la trajectoire de l'individu. C'est-à-dire qu'une certaine tolérance de la police, des magistrats du parquet, vis-à-vis des simples usagers retarderait l'âge auquel sont appliquées des sanctions sévères, peines d'emprisonnement ferme ou avec mise à l'épreuve.

Ainsi, en l'absence de délit plus grave, les simples usagers ont des contacts avec les instances judiciaires qui ne débouchent pas sur une inscription au casier judiciaire : classement avec mise en garde, classement simple, injonction thérapeutique, médiation pénale. Le casier judiciaire est donc un mauvais instrument de mesure pour appréhender le passé judiciaire pour l'usage. Et ceci alors même que nous avons pour l'instant écarté l'hypothèse d'un premier filtrage policier qui déboucherait sur de simples inscriptions sur des registres de main courante voire sur aucune prise en charge. Or, par exemple pour Paris, cette hypothèse n'est pas corroborée par les pratiques, comme l'ont montré les différents auteurs ayant étudié ce contentieux sur la capitale (par exemple, B. Aubusson de Cavarlay, M.S. Huré, 1995).

Pour le simple usager, la peine de prison ferme se situe dans un parcours judiciaire chargé, les autres infractions pesant lourdement sur la détermination de la peine, d'autant plus que les révocations de sursis antérieures s'ajoutent à la condamnation en cours. Le tribunal est d'ailleurs lié par les condamnations figurant au casier judiciaire, puisqu'il ne peut plus prononcer de sursis simple, quand un précédent sursis a été inscrit depuis moins de deux ans.

Au niveau sanitaire, pour l'injonction thérapeutique, la DDASS joue un simple rôle d'interface, sans qu'il y ait de réel contact, du moins dans la juridiction observée, par l'absence de l'examen médical pourtant inscrit dans la loi (art. 1. 355-14). Les intervenants des structures spécialisées sollicités dans ce cadre ont l'impression d'être ramenés à un rôle de fournisseur de certificat, même s'ils évoquent toujours le mince espoir d'intervenir à un moment propice de la carrière de l'utilisateur permettant d'enclencher une demande de soins. Par ailleurs, les magistrats ne savent pas où vont les personnes, ni ce qu'elles deviennent.

Dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, le contact est établi par l'intermédiaire des CIP (éducateurs). Le dialogue est instauré avec la structure sanitaire par des courriers, des contacts téléphoniques, souvent fréquents, voire un travail commun global sur la personne, en partenariat.

En résumé, d'un côté, nous avons observé une mesure judiciaire (dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve) comprise comme une peine complémentaire, donc exécutée par les services de probation, avec les moyens dont ceux-ci disposent pour assurer le suivi.

De l'autre, une mesure qui n'a fait l'objet d'aucune formalisation, dans le cadre de l'abandon des poursuites, qui est restée sans contenu parce que les personnes chargées de sa mise en œuvre ne sont pas clairement définies comme relevant de la justice. Une mesure qui n'a jamais obtenu les moyens de son fonctionnement, malgré un budget plus conséquent depuis 1993 (soit après vingt deux années de mise en œuvre), par exemple par comparaison avec les contrôles judiciaires ou les enquêtes rapides qui sont exécutées par des personnes extérieures aux services judiciaires mais intégrées au fonctionnement de la justice, ne serait-ce que par l'existence d'une rétribution sur frais de justice. Le compromis élaboré entre les deux ministères n'a donc pas été viable.

Enfin, un dernier point mérite d'être souligné de nouveau : la loi de 1970 a une portée générale et s'applique quel que soit le produit stupéfiant, la personne concernée ou les circonstances de l'affaire. Or, tous les textes réglementaires analysés, comme les pratiques observées, montrent au contraire des tentatives multiples et variées de classification et de hiérarchisation des usagers de stupéfiants et des décisions judiciaires applicables.

De multiples critères de ce travail de reconstruction ont ainsi été mis à jour, le produit utilisé, l'âge de la personne, son passé judiciaire, ses « habitudes », etc... Le seul critère que finalement nous n'ayons pas rencontré dans ces analyses, des textes, des statistiques, des jugements, des discours des magistrats, est celui lié aux soins. La loi de 1970, tournée vers l'idée de sevrage de l'utilisateur de stupéfiants avait expressément distingué le cas de la personne qui se soumet volontairement à une surveillance médicale, pour l'exempter des poursuites pénales.

Or ce point essentiel, et c'est le plus frappant lors de la comparaison avec la pratique suisse décrite par Maria Luisa Cesoni, n'apparaît pas dans les pratiques et procédures françaises. Seuls trois des jugements que nous avons lus, évoquent le soin antérieur de la

personne, mais sans le retenir comme motivation pour une nouvelle obligation de soins. Or, la plupart des acteurs s'accordent à souligner que la rechute est une partie intégrante de la trajectoire du toxicomane et qu'elle ne doit pas être amalgamée à la récidive, au sens judiciaire, voire à la réitération des faits d'usage. Les juridictions françaises restent bien dans l'esprit de la loi de 1970, c'est-à-dire de limiter le soin au sevrage : dès lors qu'un usager a déjà été soumis à une obligation de soins il semblerait bien que ce soit une raison pour ne plus l'en faire bénéficier : il n'a pas saisi sa chance et n'est pas sevré, seule la sanction pénale lui reste donc applicable⁴⁶⁰. Les jugements suisses montrent l'optique inverse : un processus de soin a été engagé, qu'il soit volontaire ou contraint, il y a lieu de le poursuivre, de le relayer. C'est donc bien dans ce cas l'objectif sanitaire qui prime.

⁴⁶⁰ - D'ailleurs la seule circulaire demandant de répéter les injonctions thérapeutiques pour une même personne date de 1995, c'est dire si l'évolution est lente, dans le cadre restrictif de la loi.

LISTE DES TABLEAUX

PARTIE I :

Tableau I-1 : Interpellations d'usagers depuis 1971	152
Tableau I-2 : Répartition des faits d'ILS selon le service de constatation, en 1996	156
Tableau I-3 : Orientation des affaires d'infraction à la législation sur les stupéfiants, Années 1971-1981	179
Tableau I-4 : Infractions à la législation sur les stupéfiants, mineurs, 1971-1981	181
Tableau I-5 : les décisions prises par les tribunaux correctionnels 1968-1993	185
Tableau I-6 : Décisions des juridictions de la jeunesse 1972-1993	189
Tableau I-7 : Répartition des condamnations en matière d'usage de stupéfiants et d'ILS selon la peine principale prononcée et l'année	191
Tableau I-8 : Répartition des condamnations pour usage de stupéfiants selon les peines prononcées, 1984-1993	191
Tableau I-9 : Condamnés en métropole au 1er janvier	194
Tableau I-10 : Cures ordonnées 1971-1983	197
Tableau I-11 : Mesures d'injonctions thérapeutiques prononcées par les juridictions	198
Tableau I-12 : Juridictions ayant prononcé plus de 100 injonctions thérapeutiques en 1994, 1995 et 1996 par ordre décroissant du nombre de mesures	199
Tableau I-13 : Injonctions thérapeutiques par cour d'Appel en 1981, et de 1993 à 1996	201
Tableau I-14 : Interpellations et injonctions thérapeutiques - France - 1971-1996	203
Tableau I-15 : Nombre d'injonctions prononcées par les parquets et personnes suivies par les DDASS	208
Tableau I-16 : Répartition départementale des injonctions thérapeutiques 1990 et 1995	210
Tableau I-17 : Cures ordonnées 1971-1983	211
Tableau I-18 : Condamnations comportant un emprisonnement pour infractions à la législation sur les stupéfiants selon l'année et l'infraction principale	213
Tableau I-19 : renvoi judiciaire sur les instances sanitaires dans l'enquête du SESI	215

PARTIE II

Tableau II-1 : Données de cadrage, année 1996	245
Tableau II-2 : ILS selon l'unité géographique, en 1996	246
Tableau II-3 : Répartition des ILS selon les services, Année 1996	250
Tableau II-4 : Répartition des usagers selon le produit consommé, Hauts-de-Seine, 1992-1996	253
Tableau II-5 : Données selon les circonscriptions de sécurité publique, 1996	256
Tableau II-6 : affaires orientées par le parquet de Nanterre, 1993-1996	258
Tableau II-7 : Les condamnations par nature simplifiée d'infraction du département	259
Tableau II-8 : Injonctions thérapeutiques - parquet du TGI 1990-1997	263
Tableau II-9 : Nombre et part des toxicomanes accueillis selon la région et part des héroïnomanes -Recours du mois de novembre	267
Tableau II-10 : Toxicomanes accueillis dans les établissements, France entière et département des Hauts-de-Seine	268

Tableau II-11 : Part des toxicomanes accueillis dans les structures sanitaires des Hauts-de-Seine sur demande judiciaire	269
Tableau II-12 : Effectifs de toxicomanes accueillis dans les Hauts-de-Seine	270
Tableau II-13 : Répartition des toxicomanes accueillis dans les principaux types d'établissements des Hauts-de-Seine (en % par année)	270
Tableau II-14 : répartition des toxicomanes suivis en novembre selon la catégorie d'établissement, comparaison France et Hauts-de-Seine	271
Tableau II-15 : Fréquentation des hôpitaux de l'assistance publique, Hauts-de-Seine	272
Tableau II-16 : Age moyen des toxicomanes accueillis selon la zone géographique	273
Tableau II-17 : Répartition des toxicomanes selon la substance principale (Hauts-de-Seine ou Ile-de-France)	274
Tableau II-18 : Répartition des toxicomanes utilisant l'héroïne en produit principal selon le type d'établissement et l'année (en %)	275
Tableau II-19 : Financement des structures spécialisées - Enveloppe départementale	276
Tableau II-20 : Effectifs des toxicomanes accueillis dans les centres spécialisés des Hauts-de-Seine au cours d'une année	277
Tableau II-21 : Année 1995 - Nouveaux patients - Origine de la demande : injonction thérapeutique et autres obligations de soins, selon le CSST	278
Tableau II-22 : Hauts-de-Seine, injonctions thérapeutiques et obligations de soins selon les structures en 1995	279
Tableau II-23 : Année 1995- Origine géographique des nouveaux patients selon le CSST (en % de chaque CSST)	280
Tableau II-24 : Répartition des injonctions thérapeutiques selon le produit en cause, le département et l'année (% par département)	287
Tableau II-25 : Présence au rendez-vous au parquet selon les antécédents judiciaires	301
Tableau II-26 : Suivi par la DDASS selon les antécédents d'usage de stupéfiants	303
Tableau II-27 : Répartition des injonctions thérapeutiques selon le suivi par la DDASS et le nombre d'affaires d'usage de stupéfiants postérieures	308
Tableau II-28 : Orientation par la DDASS des injonctions thérapeutiques	316
Tableau II-29 : Répartition des jugements selon la qualification retenue	323
Tableau II-30 : Répartition des jugements selon la procédure utilisée	326
Tableau II-31 : Peines prononcées selon leur quantum	330
Tableau II-32 : Répartition des condamnations selon le quantum, le produit et l'infraction	331
Tableau II-33 : Répartition selon le nombre de complices et l'infraction	336
Tableau II-34 : répartition selon les mentions au casier judiciaire	338
Tableau II-35 : Répartition selon les mentions d'ILS au casier judiciaire	339
Tableau II-36 : Répartition des casiers selon la plus « haute peine » inscrite et son quantum	340
Tableau II-37 : condamnations actuelles selon les mentions antérieures cumulées au casier judiciaire	341
Tableau II-38 : Répartition des affaires selon le nombre de mentions au casier judiciaire, l'infraction et la condamnation actuelle à une peine de prison ferme	342
Tableau II-39 : Durée du travail observée	348
Tableau II-40 : Durée de chômage	349
Tableau II-41 : Pathologies associées	357
Tableau II-42 : répartition des mesures selon l'état à la clôture du dossier	361
Tableau II-43 : Evolution des dénonciations	399
Tableau II-44 : Evolution des dénonciations selon le type de délit*	399
Tableau II-45 : Substances concernées par les dénonciations pour consommation*	400
Tableau II-46 : Dénonciations pour consommation de stupéfiants selon le type de substance 1990-1994	401

Tableau II-47 : Evolution des condamnations inscrites au casier judiciaire selon la nature du délit	402
Tableau II-48 : Dénonciations pour infractions à la LStup dans les cantons et taux de dénonciations (pour 1.000 habitants) en 1994	403
Tableau II-49 : Condamnations pour infractions à la LStup dans les cantons et taux de condamnation (pour 1.000 habitants) en 1993	403
Tableau II-50 : Décisions rendues en vertu de la LStup, d'après le genre de sanction	404
Tableau II-51 : Jugements faisant référence à la LStup et à d'autres infractions (A) et jugements faisant référence uniquement à la LStup (B), selon la nature du délit et le type de sanction 1991-1993	406
Tableau II-52 : Le corpus de la recherche	410
Tableau II-53 : Décisions rendues en vertu de la LStup, par canton et type de décision, 1991 et 1994	412
Tableau II-54 : Décisions de condamnation par type d'infraction retenue	413
Tableau II-55 : Décisions de condamnation: peines et alternatives thérapeutiques*	414
Tableau II-56 : Caractéristiques des alternatives thérapeutiques appliquées dans le canton de Neuchâtel	421
Tableau II-57 : Caractéristiques des alternatives thérapeutiques appliquées dans le canton de Vaud	429

LISTE DES FIGURES

PARTIE I:

Figure I-1 : Interpellations pour ILS d'après deux sources statistiques, OCRTIS, 1968-1996	Police Judiciaire et	149
Figure I-2 : Infractions à la législation sur les stupéfiants au niveau national		151
Figure I-3 : Répartition des ILS au niveau national (en %)		154
Figure I-4 : Répartition des interpellations d'usagers par produit (en %)		158
Figure I-5 : Interpellations d'usagers simples par sexe (échelle logarithmique en ordonnée)		163
Figure I-6 : Interpellations d'usagers simples par âge (échelle logarithmique en ordonnée)		164
Figure I-7 : Répartition des usagers par classe d'âge (en %)		166
Figure I-8 : Répartition des usagers par catégorie socio-professionnelle (en %)		169
Figure I-9 : Interpellations d'usagers par nationalité (échelle logarithmique en ordonnée)		171
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)		183
Figure I-11 : Interpellations et condamnations pour usage de stupéfiants		186
Figure I-12 : Part relative des différentes infractions dans les décisions prises (en %)		187
Figure I-13 : Les condamnations selon l'infraction (en %)		188
Figure I-14 : Part des condamnations à de l'emprisonnement ferme, ensemble des ILS et usage de stupéfiants, 1971-1993 (en %)		192
Figure I-15 : Injonctions thérapeutiques et condamnations prononcées en 1993 selon les cours d'Appel (échelles logarithmiques)		207

PARTIE II:

Figure II-1	244
Figure II-2: ILS dans les Hauts-de-Seine, 1972-1996	247
Figure II-3 : Usagers de stupéfiants, comparaison géographique	249
Figure II-4 : Interpellations d'usagers suivant le service de constatation	252
Figure II-5: répartition des injonctions thérapeutiques de 1995 selon l'âge des usagers	290
Figure II-6 : Age des auteurs d'ILS interpellés - 1994-1996	291
Figure II-7 : Répartition des injonctions thérapeutiques selon l'âge à la première prise de drogue (1995)	293
Figure II-8 : Répartition des injonctions thérapeutiques selon l'âge actuel et la durée de l'usage de stupéfiants (1995)	294
Figure II-9 : Répartition des usagers d'héroïne selon l'âge de début et le produit de début	296
Figure II-10 : Orientation des injonctions thérapeutiques et décisions prises, année 1995	310
Figure II-11 : Répartition par âge des sursis avec mise à l'épreuve	346
Figure II-12 : Ressources mensuelles	351
Figure II-13 : Répartition selon le nombre de visites	360

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES ET ARTICLES PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE D'AUTEUR

1. La loi n° 70-1320 sur la lutte contre la toxicomanie (auteur anonyme), *JCP*, 1971, 1, 2404.
2. AKKA (D.), Généralistes et toxicomanes, in *Le Généraliste*, 3 novembre 1995, n° 1642.
3. ALBRECHT, (P.), *Kommentar zum schweizerischen Strafrecht, Sonderband Betaübungsmittelstrafrecht*, Bern, Stämpfli, 1995.
4. ALEXANDRE (C.), « Le rôle du magistrat du parquet : l'injonction thérapeutique », in OTTENHOF (R.), CARIO (R.), *Délinquance et Toxicomanie*, Erès, Toulouse, 1991, pp. 11-20.
5. ANIT, « *Livre blanc, prévention et soins des toxicomanes en France, pour un plan d'urgence et une politique cohérente* », mai 1993.
6. ANTOINE (D.), BOURDILLON (F.), PILLONEL (J.), « Les toxicomanes et l'infection par le VIH », in *Solidarité Santé*, n°3, 1994, pp. 39-46.
- 7.
8. ANTOINE (D.), CARPENTIER (C.), « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1993 », *Documents statistiques n° 222*, SESI, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, 1995.
9. ANTOINE (D.), VIGUIER (D.), « Les données statistiques de la toxicomanie dans le système sanitaire », in *Echanges Santé-Social*, n° 81, dossier Toxicomanie, La Documentation Française, Paris, 1996, pp. 43-46.
10. ANTOINE (D.), VIGUIER (D.), « Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1995 », in *Informations Rapides*, n° 82, SESI, décembre 1996.
11. ANZANI (M.), « La réglementation sur l'usage de la drogue, un équilibre à ne pas perdre entre les sanctions et les soins », in *Pour faire face à la drogue*, forum Toxicomanie-Prévention, DDASS, Mairie de Paris, 1991, pp. 39-44.
12. ANZANI (M.), FULGERAS (A.J.), « Aspects juridiques, la loi et son application », in *Les entretiens du CNPERT, Toxicomanies : apprendre la liberté*, 1988, pp. 63-69.
13. AUBUSSON de CAVARLAY (B.), La modernisation des statistiques de police judiciaire, in *Revue de science criminelle et droit pénal comparé*, juil.-sept. 1988, 3, pp. 620-624.
14. AUBUSSON de CAVARLAY (B.), HURE (M.S.), « *Arrestations, classements, défèrements, jugements. Suivi d'une cohorte d'affaires pénales de la police à la justice* », Cesdip, Guyancourt, 1995 (Etudes et données pénales, n° 72).
15. AUBUSSON de CAVARLAY (B.), Les statistiques policières : que compte-t-on et comment ? in *Questions Pénales*, CESDIP, Guyancourt, juin 1997, 4 p.
16. AUDRAIN (A.), « *Toxicomanie et législation : l'injonction thérapeutique. A propos de la mise en application de la loi du 31 décembre 1970 à la DDASS de Paris* », Mémoire CES, Psychiatrie, Université Pierre et Marie Curie, 1989, 183 p.

17. AYME (J.), « Les rapports historiques de la psychiatrie et de la médecine légale, de l'hôpital psychiatrique et de la prison », *Surveiller et/ou punir*, sous la direction d'Odile Dormoy, L'harmattan, 1995.
18. BACHMANN (C.), COPPEL (A.), « *La drogue dans le monde* », Albin Michel, 1989, 666 p. (Points actuels).
19. BAILLY (D.), PARQUET (P.J.), MULLER (P.H.), « L'usager de drogues : un malade ou un délinquant ? A propos de l'injonction thérapeutique », in *Journal de Médecine légale*, 1990, vol. 33 n° 1, pp. 53-56.
20. BARATTA (A.), « Une politique rationnelle des drogues ? Dimensions sociologiques du prohibitionnisme actuel », in *Déviance et Société*, 1990, vol. 14 n° 2, pp.157-178.
21. BARDOUT (J.C.), « La prévention locale de la toxicomanie », in *Territoires*, 1988, n° 287, pp.7-8.
22. BARRE (M.D.), « De l'interprétation des statistiques pénales en matière de toxicomanie », in « *La demande sociale de drogues* », La Documentation Française, Paris, 1994, pp. 193-200.
23. BARRE (M.D.), « *Toxicomanie et délinquance : du bon usage de l'usager de produit illicite* », CESDIP, Paris, 1994 (Etudes et Données Pénales, n° 70), 211 p.
24. BARRE (M.D.), « La prise en compte de la délinquance des toxicomanes : l'action de la police », in *Information, Prison, Justice*, mars 1995, pp.11-13 (numéro spécial Les toxicos en prison).
25. BARRE (M.D.), « Toxicomanie et délinquance : relations et artefacts », in *Déviance et Société*, 1996, vol. 20, n° 4, pp. 299-315.
26. BARRE (M.D.), RICHARD (D.), SENON (J.L.), Délinquance et Toxicomanie, in *Revue Documentaire Toxibase*, n° 2, 1997, pp. 1-16.
27. BARRET (L.), CORNIER (P.), DEBRU (J.L.), « De quelques réflexions à propos de l'injonction thérapeutique », in *Journal de Médecine Légale et de Droit Médical*, 1990, n° 33 (1), pp. 49-52.
28. BARZACH (M.), « Lancement d'une campagne de lutte contre la toxicomanie », Allocution, conférence de presse du lundi 1er décembre 1986, in *Echanges Santé*, octobre-décembre 1986, n° 46, 3 p.
29. BAZELAIRE (M.), « Politique pénale du parquet de Lyon en matière de lutte contre le trafic des stupéfiants et la toxicomanie », in *Journal de Médecine Légale*, 1990, vol. 33 n° 1, pp. 33-35.
30. BEAUCHESNE (L.), « De la criminalisation à la légalisation des drogues : de Charybde en Scylla ? », in *Interventions*, février 1990, n° 23.
31. BEAUCHESNE (L.), « *La légalisation des drogues* », Montréal, Méridien, 1991.
32. BELL (R.), « Prohibition des stupéfiants : l'histoire de la législation », in *Revue Internationale de Police Criminelle*, septembre-octobre 1991, pp.2-6.
33. BERGE (S.), « Le toxicomane devant la loi », in *Soins*, 1991, (545), pp. 45-46.
34. BERGERET (J.), « *Les toxicomanes parmi les autres* », Paris, Editions Odile Jacob, 1990.

35. BERGERON (H.), « *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins entre idéologie et action.* L'Harmattan, 1996, 256 p.
36. BERGERON (H.), PASCAIL (L.), « Le soin des toxicomanes- Le psychothérapeute contre le politique », in *Annales des mines*, septembre 1991.
37. BERNAT DE CELIS (J.), « La politique française en matière de consommation de stupéfiants », in *International conférence on drugs policies in western Europe*, Pays-Bas, Tilburg, 1988, p. 21.
38. BERNAT DE CELIS (J.), « *Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants ?* », CESDIP, Paris, 1992 (Déviance et contrôle social n° 54).
39. BERNAT DE CELIS (J.), « *Drogues : consommation interdite. La genèse de la loi du 31 décembre 1970* », Paris, L'Harmattan, 1996, 256 p. (Logiques Sociales).
40. BESNARD (M.), « Note relative à l'injonction thérapeutique », in *Journal de Médecine légale*, 1990, vol. 33 n° 1, pp. 37-40.
41. BETEILLE (R.), « Bilan statistique général de l'activité judiciaire en 1978 », in *Revue Française des Affaires Sociales*, numéro supplémentaire, avril 1981, pp. 331-339.
42. BETTATI (M.), « Le contrôle international des stupéfiants », *Revue générale de Droit International Public*, 1974, pp.170-227.
43. BETTATI (M.), « *L'ONU et la drogue* ». Association française pour les Nations-Unies. Editions A. Pedone, 1995, 142 p.
44. BIRON (A.), HUERRE (P.), REYMOND (J.M.), « *Drogues, toxicomanes et toxicomanie* », Hermann, Paris, 1979.
45. BISIYOU (Y.), « D'un produit à l'autre : A propos de deux siècles de contrôle des drogues en Europe », in *Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal comparé*, 1991, n° 2, pp. 279-295.
46. BISIYOU (Y.), « L'évolution du contrôle de l'usage de stupéfiants en France », in M.L. Cesoni, « *L'usage de Stupéfiants* », Genève, Georg Editeur, 1996, pp. 19-37.
47. BLOCH (J.), NORRY-GUILLOU (F.), MONAQUE (C.), CHARPAK (Y.), « *Place des généralistes dans la prise en charge des toxicomanes* », Paris, EVAL, 1995, 39 p.
48. BLOT (M.), « Mise en place par le parquet d'un dispositif proche de l'injonction thérapeutique à l'égard des mineurs usagers de produits stupéfiants », in *Droit de l'Enfance et de la Famille*, 1991, n° 33, pp. 145-146.
49. BOGGIO (Y.), CATTACIN (S.), CESONI (M.L.), LUCAS (B.), *Apprendre à gérer. La politique suisse en matière de drogue*, Genève, Médecine et Hygiène, 1997, 105 p.
50. BONNEVIE (M.C.), MARTINEZ (R.), « *Enquête un jour donné, en milieu pénitentiaire, sur l'infection par le VIH, Année 1995* », Ministères de la Santé Publique et de la Justice.
51. BORRICAND (J.), « Trafic et usage de stupéfiants : législation, pratique et perspectives françaises » in *Revue de Droit Pénal et de Criminologie*, 1989, vol. 69, n° 3, pp. 245-272.
52. BOUETIEZ DE KERORGUEN (T.), « Les débuts du comité départemental de lutte contre la toxicomanie dans le Val de Marne », in *Echanges Santé*, 1986, vol 46, pp. 9-11.

53. BOULANGER (F.), « *Toxicomanie et sida : rôle du pharmacie d'officine dans la prévention en 1995* », Doctorat de Pharmacie, Lille, Université Lille 2, 1995.
54. BOURDILLON (F.), JUSTIN (S.), « Attentes et besoins des centres de soins aux toxicomanes en matière de sevrage en milieu hospitalier en région Ile de France », in *Echanges Santé-Social*, n° 81, dossier Toxicomanie, La Documentation française, Paris, 1996, pp. 12-15.
55. BRACONNIER (F.R.), « Le rôle des services de police » in *Liaisons* 1991, (302), pp. 32-37.
56. BRETONES (M.), « *La lutte contre la toxicomanie : application de la loi du 31 décembre 1970 dans le Rhône* », Préfecture du Rhône, DDASS, 1989, 157 p.
57. BROCHU (S.), FRIGON (S.), « Toxicomanie et délinquance : une question d'éthique », in *Revue internationale de criminologie et de police technique*, 1989, n° 2, pp. 163-171.
58. BROSSY-PATIN (M.), « Dépénaliser ou non », in *Information, Prison, Justice*, mars 1995, pp. 20-23 (numéro spécial Les toxicos en prison).
59. BROSSY-PATIN (M.), « Le point de vue des juges », in *Information, Prison, Justice*, mars 1995, pp. 23-27 (numéro spécial Les toxicos en prison).
60. BURRICAND (C.), TIMBART (O.), Infractions sanctionnées, peines prononcées : dix ans d'évolution, in *Infostat Justice*, décembre 1996, n° 47, 4p.
61. CABALLERO (F.), « *Droit de la drogue* », Dalloz, 1989, 720 p.
62. CABALLERO (F.), « Fluctuations de l'histoire face au droit de la drogue », in *Annales CRAPS* 1990-1991, (7), pp. 27-38.
63. CABALLERO (F.), Drogues et droits de l'homme en France, in CABALLERO (F.) dir, *Drogue et droits de l'homme*, Les empêcheurs de tourner en rond, 1992.
64. CANTERINO (J.), « L'injonction de soins aux toxicomanes : utilités et limites de cette réponse du corps social », *Journal de Médecine Légale et de Droit Médical*, 1990, n° 33 (1), pp. 45-48.
65. CARPENTIER (J.), « Faire face à la toxicomanie en médecine générale », in *La revue Presrire*, 1994, tome 14, n° 140, pp. 315-319.
66. CARPENTIER (C.), COSTES (J.M.), « *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances* », Paris, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 1995, 127 p.
67. CARTEAUX (F.), « *Le médecin face aux toxicomanes : à propos d'une enquête réalisée auprès de 240 médecins généralistes en Franche Comté* », Doctorat de Médecine, Besançon, Université de Besançon, 1986.
68. CASSIN (M.), « *Evaluation à six mois et à un an d'une prescription de médicaments de substitution en médecine de ville* », Doctorat de Médecine, Paris, Université Paris 6, Pitié Salpêtrière, 1994.
69. CASTEL (R.), BENARD-PELLEN (M.), BONNEMAIN (C.), BOULLENGER (N.), COPPEL (A.), LECLERC (G.), OGIEN (A.), WEINBERGER (M.), *Les sorties de la toxicomanie*, IRESCO, GRASS, avril 1992, 303 p.
70. CENTRE DIDRO, « *La législation française en matière de toxicomanie* », Paris, 1990, 41 p.

71. CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LES TOXICOMANIES (CNDT Lyon), collectif, « Dépendances et législations », in *Bulletin de liaison du CNDT*, CNDT, Lyon, 1993, n° 19, 298 p.
72. CERVELLO (C.), « *Rapport sur les concepts pénaux de base des pays membres du Groupe Pompidou en matière de lutte contre le trafic et la consommation de drogue* », Strasbourg, 1989, 65 p.
73. CERVELLO (C.), Analyse comparée des législations pénales des pays membres du groupe Pompidou en matière de lutte contre l'usage et le trafic de stupéfiants, in *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, juill.-sept. 1990, n° 3, pp. 538-547.
74. CESONI (M.L.), « *Etude comparative sur les politiques législatives en matière de prévention des toxicomanies en Europe* », Université de Genève, Faculté de Droit, CETEL, Octobre 1993, 60 p. (travaux n° 39).
75. CESONI (M.L.) (dir.), « *Usage de stupéfiants* », Georg Editeur, Genève, 1996.
76. CESONI (M.L.), SCHIRAY (M.), « Les marchés interdits de la drogue -La France », in Alain EHRENBERG (dir.), *Penser la drogue, penser les drogues*, 3 volumes, Paris, Editions Descartes, 1992, pp. 133-160 (Travaux n° 41).
77. CESONI (M.L.), ROBERT (C.N.), « *Etude sur la politique législative suisse en matière de prévention des toxicomanies* », Université de Genève, Faculté de Droit, CETEL, Avril 1994, 41 p. annexes.
78. CHARPAK (Y.), HANTZBERG (P.), « Recours des héroïnomanes aux institutions et perception de leur situation », in *Sciences Sociales et Santé*, 1989, vol. VII n° 3, pp. 27-46.
79. CHARPAK (Y.), BEJANIN (F.), Simulation informatique du devenir à 10 ans d'une cohorte d'héroïnomanes en Ile-de-France, in *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Masson, 1992, vol. 40 n° 6, pp. 454-460.
80. CHARPAK (Y.), NORRY (F.), « Identification et estimation de l'activité du réseau de prise en charge des toxicomanes dans un département français », in *Cahiers Santé*, 1992, vol.2, n° 5, pp. 335-343.
81. CHARPAK (Y.), NORRY (F.), BARBOT (J.), « La prise en charge des toxicomanes héroïnomanes par les médecins généralistes », *Revue Epidémiologie et Santé Publique*, 1994, n° 42, pp.24-234.
82. CHARPAK (Y.), et alii, Suivi à quatre mois de 198 héroïnomanes par des médecins généralistes, in *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1997, 45, pp. 13-22.
83. CHARRAS (Ch.), *Police et toxicomanie : les cellules « stupéfiants » des services de Sécurité Publique*, mémoire de DEA, Lyon, Faculté des Sciences Juridiques, Lyon II, 1994.
84. CHARVET (D.), « La Justice aux prises avec l'intime », in *Autrement*, numéro spécial « l'esprit des drogues », 1989, n° 106, pp.64-69.
85. CHARVET (D.), « L'homme de droit et la toxicomanie », in Ehrenberg A. *et al.*, *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, Editions Esprit, 1991, 358 p.

86. CHAUBARD (C.), CHAUBARD (X.), « *La toxicomanie en droit français* », Thèse de droit de la Santé, Bordeaux I, 1987, p. 543.
87. CHAUSSERIE-LAPREE (J.P.), « Les drogués et la drogue, la lutte contre la toxicomanie et le rôle de la police judiciaire », in *Revue Police Nationale*, 1977, n° 203.
88. CHAUSSERIE-LAPREE (Ph.), « Le pharmacien d'officine face aux demandes des toxicomanes », in *Les Informations Pharmaceutiques*, 1985, n° 281, pp. 208-212.
89. CHEMIN (C.), « *Orientations politiques face à la drogue en 1995. Réflexions à partir de trois rapports nationaux* », Mémoire Diplôme universitaires Alcoolisme Toxicomanie, Université Reims, UFR Médecine, 1995, p. 27.
90. CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), « *Les drogues illicites parmi les 11-20 ans et attitudes face au sida* », Paris, INSERM, 1989.
91. CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), *Adolescents. Enquête nationale 1993. Analyse et prospective*. Paris, La Documentation Française, Editions Inserm, 1996.
92. CIRBA (L.), KENSEY (A.), « *Les drogués incarcérés* », Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Paris, 1989 (Travaux et Documents n° 38).
93. CODES 92, « *Actes de la première journée départementale « Toxicomanies »* », Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, Comité Départemental d'Education à la santé, « Les Hauts-de-Seine se mobilisent », 18 octobre 1990, 62 p.
94. CONSEIL NATIONAL DU SIDA, « *Toxicomanie et SIDA* », Rapports et avis, 8 juillet 1993.
95. COHU (S.), « La communauté et la toxicomanie », in *Echanges Santé-Social*, n° 81, dossier Toxicomanie, Paris, La Documentation française, 1996, pp. 8-9.
96. COLLE (F.X.), « Historique des institutions spécialisées en toxicomanies en France », in M.L. Cesoni, « *L'usage de Stupéfiants* », Genève, Georg Editeur, 1996, pp. 38-56.
97. COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE, « *Rapports sur les toxicomanies* », Rapport n° 43, 23 novembre 1994, p. 64.
98. COMMISSION EUROPEENNE, « Prévenir la toxicomanie », in *Europe sociale*, 3/94, 1994, pp. 97-100.
99. CONNORS (J.), « Les femmes, le contrôle des drogues et la législation », in *Bulletin des Stupéfiants*, 1990, vol. XLII, n° 1, pp. 47-53.
100. CONSEIL DE L'EUROPE, COMITE EUROPEEN POUR LES PROBLEMES CRIMINELS, « *Aspects pénaux de l'abus des drogues* », Strasbourg, 1974, 274 p.
101. CONSEIL DE L'EUROPE, GROUPE POMPIDOU, « *Symposium sur la prise en charge des toxicomanes lourds* », Strasbourg, 1983, 151 p.
102. CONSEIL DE L'EUROPE, GROUPE POMPIDOU, « *Séminaire sur le rôle de la police en matière de prévention et sur les alternatives aux poursuites judiciaires des délinquants ayant des problèmes liés à la drogue* », Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1992, 102 p.
103. CONSEIL FEDERAL (1973), *Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant une modification de la loi sur les stupéfiants* du 9 mai 1973, Feuille fédérale, 1973 I, p. 1303ss.

104. COPPEL (A.), « Epidémies de drogue et lutte contre la toxicomanie. Approche historique », in GUFFENS (J.M.), (dir.), « *Toxicomanie, hépatites, SIDA* », Delagrangne, Les Empêcheurs de penser en rond, 1994-a, pp. 39-41.
105. COPPEL (A.), « Peut-on soigner les toxicomanes ? Les enseignements de l'histoire. », in GUFFENS (J.M.), (dir.), « *Toxicomanie, hépatites, SIDA* », Delagrangne, Les Empêcheurs de penser en rond, 1994-b, pp. 43-46.
106. COPPEL (A.), « Soins aux toxicomanes et réduction des risques », in *Echanges* , n° 277, octobre 1994-c, pp. 23-24.
107. COPPEL (A.), BOULLENGER (N.), WEINBERGER (M.), « Bibliographie des travaux français sur la toxicomanie », in EHRENBURG (A.), (dir.), « *Penser la drogue, penser les drogues* », 3 volumes, Paris, Editions Descartes, 1992, pp. 11-48.
108. COQUS (J.C.), « *Bilan d'activité du service d'injonction thérapeutique pour la Marne 1993* », DDASS de la Marne, 1994, 5 p.
109. COSTES (J.M.), « Drogues et toxicomanies : tendances 1989-1994 », in *Echanges Santé-Social*, n° 81, dossier Toxicomanie, La Documentation française, Paris, 1996, pp. 38-42.
110. COTTE (B.), « Action du ministère de la Justice », in *Revue Française des Affaires Sociales*, numéro supplémentaire, avril 1981, pp. 331-339.
111. CTNERHI, « *Les adolescents et leur santé* », Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, 2 tomes, Paris, 1990.
112. CUESTA ARZAMENDI (J.L. de la), « Etude comparée des législations pénales en Europe occidentale en matière de drogues », in *Revue de droit pénal et de criminologie*, 1991, n° 11, pp. 889-914.
113. CURTET F., « *La Drogue* », Toulouse, Milan (Les Essentiels), 1995, 63 p.
114. CURTET (F.), CABALLERO (F.), « La pénalisation en question débat », in *Interventions*, mai 1990.
115. CURTET (F.), DAVIDSON (F.), « Le devenir des toxicomanes », in *Annales médico-psychologiques*, 1979, n° 9, pp. 889-897.
116. DALLOZ (M.D.), *Répertoire de législation de doctrine et de jurisprudence*, tome quarantième, Paris, Bureau de la jurisprudence générale, 1859.
117. DAVID (M.), « Balade historique autour de la faute et de la punition. La prison a-t-elle encore une fonction ? Pertinence des représentations sociales », in DORMOY (O.), *Surveiller et/ou punir*, Paris, L'Harmattan, 1995.
118. DAVIDOVITCH (A.), Catégories juridiques et catégories sociales. Remarques sur l'emploi en sociologie de quelques classifications juridiques, in *l'Année Sociologique*, Paris, PUF, 1961, pp. 3-77.
119. DAVOST (P.), HEYTE (M.H.), « *Les drogués et la loi, aujourd'hui* », Journées d'entretiens sur la toxicomanie chez les jeunes, Gujan-Mestras, 1991, pp. 1-13.

120. DEBOCK (C.), « Face à la drogue : quelle politique ? », in *Problèmes politiques et sociaux*, Paris, La Documentation Française, 3 mars 1995, n° 745, 85 p.
121. DECOURRIERE (A.), « *Les drogues dans l'Union européenne, le droit en question* », Bruxelles, Bruylant, 1996, 380 p.
122. DGLDT - DELEGATION GENERALE A LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE, Rapport sur l'activité interministérielle en 1995, Paris, Ministère de la Santé, 1997.
123. DELAHAYE (V.), (dir), « *Les nouveaux enjeux des politiques de santé : santé publique, organisation et systèmes d'information* », Paris, La Documentation Française, 1995.
124. DELESTRE (F.), Toxicomanie et législation. Quelles perceptions des stupéfiants par le législateur, in *Ethica*, 1997, n° 20, pp. 7-43.
125. DENIKER (P.), « Esquisse d'un système de soins et d'assistance pour toxicomanes », in *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 1987, vol. 171, pp. 663-667.
126. DIEDERICHS (O.), « *Les toxicomanies : prise en charge et prévention en Haute-Vienne, bilan et perspectives* », thèse de doctorat de médecine, Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), Rennes, 1990, 148 p.
127. DIRECTION GENERALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE HAUTE NORMANDIE (DRASS), « *L'enquête annuelle sur les toxicomanes hébergés dans les établissements de soins* », Rouen, 1990, 8 p.
128. DOLARD (E.), « La loi du 31 décembre 1970 sur la toxicomanie : une loi d'exception », in *Journal de Médecine Légale et Droit Médical*, 1990, vol. 33 n° 78, pp. 491-494.
129. DOLL (J.), « La loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 sur la lutte contre la toxicomanie », in *La semaine Juridique*, 14 juillet 1971-a, n° 28,.
130. DOLL (J.), « Les médecins et la loi du 31 décembre 1970 sur la lutte contre la toxicomanie », in *La Presse Médicale*, 17 avril 1971-b, n° 19.
131. DOLL J., La lutte contre la toxicomanie, in *Gazette du Palais*, 1971-c, 1, 117.
132. DORMOY O. (dir.), *Surveiller et/ou punir*, Paris, L'Harmattan, 1995.
133. DUBOIS (C.), « Une vieille idée remise à neuf », in *Interdépendances*, 1994, (17), pp. 8-10
134. DUBOIS (C.), Les seringues propres s'imposent laborieusement, in *Interdépendances*, mai-juin 1996, n° 23, p. 24.
135. DUGARIN (J.), « Evolution et adaptation des institutions de soins », *Agora*, 27-28 octobre 1993.
136. DUNETON (P.), « Toxicomanie, quelle réponse sanitaire à l'heure du SIDA ? », in « *Toxicomanie, hépatites, SIDA* », in GUFFENS (J.M.), (dir.), Delagrangé, Les Empêcheurs de penser en rond, 1994, pp. 117-129.
137. DUPREZ (D.), KOKOREFF (M.), JOUBERT (M.), WEINBERGER (M.), « *Le traitement institutionnel des activités illicites liées à l'usage des drogues. Des carrières aux filières pénales.* GRASS, IRESCO, 1996, 54 p.

138. ELCHARDUS (J.M.), « Dispositions récentes concernant la lutte contre les toxicomanies », in *Journal de Médecine Légale et de Droit Médical*, 1989, (32), pp. 75-78.
139. ELCHARDUS (J.M.), Problèmes des interventions thérapeutiques auprès de catégories spécifiques de délinquants, in *Revue internationale de criminologie et de police technique*, 1994, n° 4, pp. 391-418.
140. ELCHARDUS (J.M.), Actualité en matière de soins des toxicomanies, in *Journal de Médecine Légale et de Droit Médical*, 1996, vol. 39, n° 4, pp. 309-312.
141. ELCHARDUS (J.M.), VEDRINNE (J.), ODDOU (A.), « Injonction thérapeutique : illusion douce ou dure ? », in *Journal de Médecine légale et de Droit Médical*, 1990, vol. 33 n° 1, pp. 41-44.
142. ELGHOZI, « *Enquête toxicomanie* », Nanterre, CAAT 92, Rapport dactylographié, mars 1990.
143. ENGELMAJER (F.) « Le Patriarche », *Pour les drogués : l'espoir*, Le Pâtre, 1976, 345 p.
144. ESCOHOTADO (A.), « *Histoire élémentaire des drogues ; Des origines à nos jours* », Paris, Editions du Lézard, 1995, 231 p.
145. ESPINOZA (P.) *et al.*, « *Evaluation de l'impact de la mise en vente libre des seringues* », DGS, rapport dactylographié, 1988.
146. ESTEBE (Ph.), Bilan des Conseils communaux de prévention de la délinquance, in *Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1994, n° 16, pp. 25-36.
147. ESTIEVENART (G.), « La communauté européenne et la lutte contre la drogue dans les années 1990 », in LABROUSSE A., WALLON A., « *La planète des drogues ; Organisations criminelles, guerres et blanchiment* », Paris, Seuil, 1993, pp.158-163.
148. FABRE (M.), CAILLET (S.), « La toxicomanie dans les Hauts de Seine », in *Echanges Santé-Social*, n° 81, dossier Toxicomanie, Paris, La Documentation Française, 1996, pp. 58-60.
149. FACY (F.), « *Description de l'activités des services chargés notamment du suivi des mesures d'injonction thérapeutique 1989-1990* », INSERM U 302, Le Vésinet, 1991, 57 p.
150. FACY (F.), « *Drogues et toxicomanies. Dossiers documentaires* », INSERM, Nathan, 1993.
151. FACY (F.), BROCHU (S.), SIMON (F.), « Injonction thérapeutique à l'égard des toxicomanes : comparaison des systèmes français et québécois », in *Criminologie*, 1996, XXIX, 2, pp. 116-140.
152. FATELA (J.), « Liberté et contrainte, le plan de lutte contre la drogue », Editorial, in *Esprit*, novembre 1986, pp. 1-5.
153. FAUCONNET (L.), « Toxicomanes et contrôle judiciaire socio-éducatif. Politique des Interventions, Intervention du politique », journées de l'anit, in *Interventions*, numéro hors série, 1987.
154. FAVRE (C.), « Le recours aux urgences hospitalières : un mode d'accès aux soins spécifique des populations défavorisées », in *Prévenir*, « Inégalités, santé, Exclusions », n° 28, Marseille, 1er semestre 1995.

155. FERRIERE (J.P.), « Traitement des toxicomanies : de l'intérêt de la pluralité des modèles de prise en charge », in *Echanges*, 1994, (277), pp. 12-19.
156. FERRY (R.), « Toxicomanies et usages de drogues. Limites et intérêts des données existantes », in *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 1993, n° 5, pp. 12-14.
157. FINELTAIN (J.), « Nouvelles dispositions législatives et toxicomanie », in *Actualités psychiatriques*, 1988, n° 6, pp. 34-38.
158. FIRCHOW (T.A.), « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre les stupéfiants », in *Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal comparé*, 1987, (4), pp. 951-955.
159. FLASAQUIER (A.), *Recherche doctrinale et jurisprudentielle sur l'usage de stupéfiants en droit français*, rapport de stage, CESDIP, Guyancourt, décembre 1996.
160. FONTANNAZ (A.S.), MARTIN (J.), VAN MELLE (G.), « Vente de seringues à des toxicomanes dans les pharmacies vaudoises », in *Médecine et Hygiène*, 1993, vol. 51 n° 1968, pp. 458-464.
161. FORUM DES COLLECTIVITES TERRITORIALES EUROPEENNES POUR LA SECURITE URBAINE, *IIè conférence internationale sur la sécurité, les drogues et la prévention de la délinquance en milieu urbain*, Paris, 18-20 novembre 1991
162. FOURNIER (L.), « Les nouveaux acteurs de la prise en charge des toxicomanes », in *Echanges Santé-Social*, n° 81, dossier Toxicomanie, La Documentation Française, Paris, 1996.
163. GALLIEN (D.), « *La mesure des effets de la formation de deux cents policiers formateurs anti-drogue* », Université de Tours, DUEPS, novembre 1993.
164. GARAPON (A.), « Le toxicomane et la justice : comment restaurer le sujet de droit ? », in Ehrenberg A. et al., *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, Editions Esprit, 1991, 358 p.
165. GARAPON (A.), « Face à la loi », in *Passages*, 1992, n° 49, p. 29.
166. GASSIN (R.), « Politique criminelle et toxicomanie : le point de vue législatif et doctrinal », *Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal Comparé*, 1971, n° 194.
167. GAULTIER (C.), « L'évolution incontournable de la loi du 31 décembre 1970 », in *Interventions*, 1995, (48), pp. 3-7.
168. GEIDEL (B.), « Prise en charge des toxicomanes : la place des généralistes évolue », in *Généraliste*, 4 juin 1996, n°1698, pp. 23-25.
169. GEISMAR-WIEVIORKA (S.), « *Les toxicomanes* », Paris, Seuil, 1995, p. 215.
170. GEISMAR-WIEVIORKA (S.), GUIONNET (C.), GUIIS (G.), « *La méthadone* », Paris, PUF, 1997, 127 p. (Que Sais-je ? n° 3107).
171. GERVASON FROSSARD (V.), BOISSIER (C.), « *Le pharmacien d'officine face aux toxicomanies médicamenteuses* », Doctorat de Pharmacie, Université Grenoble 1, 1992.
172. GILLE (S.), *Identification du mineur usager de toxiques à Paris et en région parisienne : approches et pratiques institutionnelles*, non paru.

173. GLEIZAL, Les relations Etat-collectivités locales, in *Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1994, n°16, pp. 13-25.
174. GORTAIS (J.), PEREZ-DIAZ (C.), « *Stupéfiants et justice pénale* », CESDIP, Paris, 1983, 109 p. (Études et données pénales n° 43).
175. GREMY (I.), « *Suivi de la toxicomanie et des usages de drogue en Ile-de-France 1986-1993* », ORS Ile-de-France, 1995.
176. GREMY (I.), RUBINO (C.), *Tendances de la mortalité chez les toxicomanes, Etude bibliographique sur les enquêtes de cohortes*, ORS Ile-de-France, mars 1997, 65 p.
177. GROENEMEYER (A.), « Politiques en matière de drogues et mortalité des toxicomanes en Europe », in *Questions Pénales*, CESDIP, Guyancourt, septembre 1996, IX. 4, 4 p.
178. GUFFENS (J.M.), (dir.) « *Toxicomanie, hépatites, SIDA* », Delagrangé, Les Empêcheurs de penser en rond, 1994.
179. HENRION (R.), « *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie* », Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Paris, La Documentation Française, mars 1995, 156 p.
180. HERCULE (S.), *Nouvelles orientations en matière de lutte contre la toxicomanie : 1993-1995*, Paris, LGDJ, 1997, 198 p.
181. HERS (D.), « Le toxicomane entre la justice et l'hôpital », *Revue de Droit Pénal et de Criminologie*, 1990, vol. 70 n° 4, pp. 359-361.
182. HEYTE (M.H.), « Pratique locale et justice : sens et effet d'une pratique judiciaire », in *Les Cités européennes face à la drogue*, Document INJEP n° 1, 1991, pp. 85-96.
183. HOLTZER (J.), « Le dispositif de soins en détention », in « *Information, Prison, Justice* », numéro spécial Les toxicos en prison, mars 1995, pp. 19-20.
184. HOLVECK (R.), « *Prise en charge des toxicomanes dans les services d'urgence* », Doctorat de médecine, Strasbourg I, 1991.
185. HORVILLE (S.), « Sida et prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes, in *Revue Française des Affaires sociales*, numéro Hors-série « Les années Sida », 1990, pp. 201-204.
186. HUG-BEELI (G.), *Tendenzen der Rechtsprechung bei Betäubungsmitteldelikten*, RPS, 1996, p. 249-271
187. HULSMANN (L.), VAN RANSBEEK (H.), « Evaluation critique de la politique des drogues », *Déviance et Société*, 1983, III (3), pp.271-280.
188. IGNASSE (G.), Le problème des pratiques policières, in CABALLERO F., *Drogues et Droits de l'homme*, Paris, Delagrangé, Les empêcheurs de penser en rond, 1992, pp. 71-80.
189. IHESI, *L'institution judiciaire et ses partenaires dans la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique en matière d'usage de stupéfiants*, Groupe de diagnostic, décembre 1995, 103 p.
190. IMPERIALI (F.), *Les infractions à la législation sur les stupéfiants ; Les infractions d'usage et d'usage-revente des produits illicites*, IHESI, octobre 1995, 56 p. (Études et Recherches).

191. INGOLD (FR.), « Les toxicomanes et leur santé - Préalables et conditions d'une évaluation du réseau sanitaire spécialisé », in *Cahiers Statistiques*, SESI, 1988, n° 15, pp. 49-59.
192. INGOLD (F.R.), INGOLD (S.), « Complémentarité méthodologique des approches quantitative et qualitative de la recherche dans le champ de la toxicomanie », in *Bulletin de méthodologie sociologique*, octobre 1988, n° 20, pp. 33-48.
193. INGOLD (FR), INGOLD (S.), KARSZ (S.), ROSCH (D.), PETIT (P.), « *Les toxicomanes incarcérés : recherche-action pour une prévention tertiaire en milieu carcéral* », Direction générale de la Santé, IREP, 1985, p. 59.
194. Institut National de Formation (Police Nationale), « La nouvelle législation sur les stupéfiants... » in *En quelques lignes*, avril 1994, 13 p.
195. JEAN (J.P.), « *La toxicomanie entre santé publique et ordre public* », Formation continue des Magistrats, Ecole Nationale de la Magistrature, Paris, 12 au 16 février 1996.
196. JEAN (J.P.), « Le fait de savoir qu'il existe des traitements de substitution va-t-il modifier le cadre des injonctions thérapeutiques et favoriser les alternatives à l'incarcération ? », in *Ann. Med. Intern.*, 1994, n° 145 supplément n° 3, pp. 84-86.
197. JEAN (J.P.), « Audition par la omission de réflexion sur les problèmes de drogue et de toxicomanie », 8 juillet 1994.
198. JENNY, (G.), Strafrecht in der Drogenpolitik: Eine kritische Bilanz, in Böker, W., Nelles, J. (Eds.), *Drogenpolitik wohin? Sachverhalte, Entwicklungen, Handlungsverschlüsse*, Bern and Stuttgart, Verlag Haupt, 1991.
199. KAMINSKI (D.), « Toxicomanie : le mot qui rend malade », in *Déviance et Société*, 1990, vol. 14 n° 2, pp. 179-196.
200. KARSENTY (J.C.), (dir), « L'organisation des politiques de lutte contre la toxicomanie », in Delahaye V. , « *Les nouveaux enjeux des politiques de santé : santé publique, organisation et systèmes d'information* ». Paris, La Documentation Française, 1995, pp.125-156.
201. KENSEY (A.), CIRBA (L.), « *Les toxicomanes incarcérés* », Ministère de la Justice, Administration pénitentiaire, SEO, Paris, 1989.
202. KENSEY (A.), TIMBART (O.), « *FND 93, Compilation statistique des incarcérations, libérations et durées de détention* », Direction de l'administration pénitentiaire, 1995, p. 244 (Travaux et Documents n° 49).
203. KOUCHNER (B.), MAURICE (R.), « Santé publique et toxicomanie », in *Administration*, « La vie quotidienne des Français dans l'Europe de 1993 », janv.-mars 1993, n° 158, pp. 155-156.
204. KOZLOWSKI (S.), TABOADA (M.J.), « Toxicomanies et sida, l'émergence de projets locaux », in *Revue Française des Affaires sociales*, numéro Hors-série « Les années Sida », 1990, pp. 205-213.
205. LAMOUR (A.), « *Médecin généraliste et toxicomanie* », Doctorat de Médecine (psychiatrie), Université de Reims, 1993.
206. LANGLOIS (G.), « Deux fois plus de soins pour les toxicomanes », in *Impact Médecin Quotidien*, 27 juin 1995, n° 761.

207. LANGLOIS (G.), « Les cabinets médicaux s'ouvrent aux toxicomanes » in *Impact Médecin Quotidien*, 28 février 1996, n° 859.
208. LAPLANTINE (F.), *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986.
209. LAVERTU (J.), Les enfants et leur environnement familial au recensement de 1990, in *Population*, 1993, n° 6, pp. 1985-2010.
210. LAZARUS Antoine, « La réflexion publique en France sur la toxicomanie », in *Echanges*, octobre 1994, n° 277.
211. LECOMTE (D.), HATTON (F.), MICHEL (E.), LE TOULLEC (A.), JOUGLA E., « Décès par toxicomanie en Ile-de-France, in *Revue épidémiologique et de santé publique*, décembre 1995, vol. 43, n° 6, pp. 560-572.
212. LEROY (B.), « La loi de 1970 et la pratique judiciaire », in *Les élus et la toxicomanie : écouter, prévenir, informer*. Pontault-Combault, Mairie, 1986, pp. 22-38.
213. LERT (F.), « Vieux débats et problèmes actuels de la prise en charge des toxicomanes », in *Sciences Sociales et Santé*, vol. VII n° 3, 1989, pp. 47-54.
214. LERT (F.), FOMBONNE (E.), « *La toxicomanie. Vers une évaluation de ses traitements* », INSERM, 1989.
215. LEUENBERGER (M.), Das revidierte Betaübungsmittelgesetz, Konsequenzen für die Rechtsprechung gegenüber Drogenkonsumenten, *SJZ*, 1996, p. 23-24.
216. LEVY (R.), *Du suspect au coupable : le travail de police judiciaire*, Genève, Méridiens-Klincksieck, 1987.
217. LIMOGES (F.), POINDRON (P.Y.), « Le renforcement des dispositifs de lutte contre la drogue », in *Espace social européen*, 29 septembre 1995, n° 303, pp. 18-19.
218. LINIGER (M.), La législation suisse en matière d'usage de stupéfiants, in Cesoni, M.L., *Usage de stupéfiants: politiques européennes*, Genève, Georg, 1996.
219. LOO (H.), LACUEILLE (X.), REMI (P.), BAYKE (F.), OLIE (J.P.), « Les traitements de substitution des héroïnomanes par la méthadone. Intérêt, limites et pratiques en France », in *Bulletin de l'Accadémie de médecine*, 1993, 177, n° 8, pp. 1315-1331.
220. LUCKETT (C.), « Le groupe de coopération du Conseil de l'Europe en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants (groupe Pompidou) », in *Echanges Santé-Social*, n° 81, dossier Toxicomanie, Paris, La Documentation Française, 1996, pp. 10-11.
221. MAIER H.W., *La cocaïne*, Paris, Payot, 1928.
222. MARTIN (J.L.), Prise en charge médico-sociale et répression des usagers, in Cesoni M.L., *Usage de stupéfiants : politiques européennes*, Genève, Georg, 1996.
223. MARTINEAU (H.), Police et toxicomanie, l'exemple du département des Hauts-de-Seine, mémoire de DEA de Sociologie, Paris, Université de Paris V, (en cours).
224. MARTINEAU (H.), Les statistiques policières en matière d'usage de stupéfiants en France, mémoire secondaire de DEA de Sociologie, Paris, Université de Paris V, (en cours).

225. MATHIEU-VERMOTE (M.), « *Loi et toxicomanie en France : les pratiques judiciaires et sociales auprès des usagers de drogue sous mandat de justice : bibliographie* », Centre de Documentation Toxibase de Reims, 1993, 90 p.
226. MENARD (J.P.), « Tous unis contre un virus », in *92 Express*, Avril 1996, n° 70, pp. 82-85.
227. MESNIL DU BUISSON du (G.), « De la dialectique de la faute et du châtiment à celle du symptôme et du traitement, questionnement sur le sens de la peine et son intelligibilité », in DORMOY O., dir., *Surveiller et/ou punir*, Paris, L'Harmattan, 1995.
228. MESNIL du BUISSON du (G.), « Réflexion sur les rôles du juge et du médecin dans l'intelligibilité de la peine et son évolution », in *Revue de Science Criminelle*, oct-déc. 1995, (4), pp. 839-850.
229. MEURIN (C.), VILLARUBIAS (M.P.), « La toxicomanie dans le Nord », in *Echanges Santé-Social*, n° 81, dossier Toxicomanie, Paris, La Documentation française, 1996, pp; 54-57.
230. MILDT, « *31 mesures de lutte contre la toxicomanie* », 1985.
231. MINISTERE DE LA JUSTICE, Direction des Affaires Criminelles et des Grâces, *Lutte contre la toxicomanie*, mai 1976, ronéo.
232. MINISTERE DE L'INTERIEUR, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Générale de la Police Judiciaire, *Lutte contre l'usage et le trafic de drogues : l'arsenal juridique*, mars 1994, 85 p.
233. MINISTERE DE L'INTERIEUR, *La lutte contre la drogue à l'école et dans la cité*, Toulouse, Université d'été 1994.
234. MINISTERE DE L'INTERIEUR, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Sécurité Publique, **Direction Départementale de la Sécurité Publique des Hauts-de-Seine**, *La Direction départementale en quelques chiffres*, avril 1996.
235. MINISTERE DE L'INTERIEUR, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire, Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants (OCRTIS), *Usage et trafic de drogues en France ; les statistiques de l'année 1996 ; D'après les informations communiquées par les services de Police, Gendarmerie et de Douanes*, 1997.
236. MINISTERE DE L'INTERIEUR, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire, Division des Etudes et de la Prospective, Service Central de la Délinquance (SCED), *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*, la Documentation Française, 1997.
237. MINISTERE DE L'INTERIEUR, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire, Division des Etudes et de la Prospective, Service Central de la Délinquance (SCED), *Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France en 1996 dans leurs circonscriptions par la Sécurité Publique*, la Documentation Française, 1997.
238. MINISTERE SANTE ACTION HUMANITAIRE, « *Toxicomanie : faits et chiffres* », CFES, Paris, 1992, 10 p.
239. MINO (A.), « Evolution de la politique de soins en matière de toxicomanie : la réduction des risques », in J.M. GUFFENS (dir.), « *Toxicomanie, hépatites, sida* », Delagrangé, 1996, pp. 131-153 (Les Empêcheurs de penser en rond).

240. MINO (A.), « Le rôle de l'encadrement social dans la lutte contre les toxicomanies », in *Médecine et Hygiène*, 1991, vol. 49, n° 1885, pp. 1242-1246.
241. MONCEAU (M.), JAEGER (M.), « *La consommation de médicaments psychotropes en prison* », Editions Erès, 1996a.
242. MONCEAU (M.), JAEGER (M.), « Détenus : l'accès aux soins », in *Informations sociales* n° 54, 1996b.
243. MOREL (A.), HERVE (F.), FONTAINE (B.), *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod, 1997.
244. MOREL-JOUDON (F.), « *Protocole d'accueil et d'orientation de l'héroïnomanie dans le cadre de l'officine* », Doctorat de Pharmacie, Université Paris V, 1993.
245. MORJEAN (M.), LE PERFF (M.G.), « Comment traiter les toxicomanes », in *Impact Médecin*, 13 janvier 1995, n° 263, pp.6-13.
246. MULLER (P.), *Les politiques publiques*, Paris, PUF, 1990, Que sais-je ? 127 p.
247. MUSTO (D.), « *The american Disease. Origins of Narcotics controls* », Oxford University Press, New York, Oxford, 1987.
248. NAHAS (G.), FRICK (H.C.) *et al.*, « Une politique de la drogue pour l'époque actuelle », in *Bulletin des Stupéfiants*, Nations Unies, New York, 1986, vol. XXXVIII n° 1 et 2, pp. 3-14.
249. OCRTIS, « *Usage et trafic de drogues : statistiques 1994* », Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire, 1995.
250. OCRTIS, « *Usage et trafic de drogues : statistiques 1995* », Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire, 1996.
251. OCRTIS, « *Usage et trafic de drogues : statistiques 1996* », Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire, 1997
252. ODDU (A.), « L'interdit de l'usage des drogues : pourquoi et à quoi sert-il . Réflexions sur la loi française du 30 décembre 1970 », in *Psychotropes*, 1988, n° 3.
253. OEDT (Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies), Rapport 1995 et 1997.
254. OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances*, édition 1996.
255. OFS - Office fédéral de la statistique, *Drogues et droit pénal en Suisse. Dénonciations, jugements pénaux et exécution des peines : comparaison dans le temps*, Berne, 1995.
256. OFS - Office fédéral de la statistique, *Drogues et droit pénal en Suisse. Résultats de deux enquêtes spéciales réalisées en 1991 et 1995*, Berne, 1997.
257. OFSP - Office fédéral de la santé publique, *Politique de la Confédération en matière de drogue : des chiffres et des faits*, Berne, 1997.
258. OGIEN (A.), « *Situation de la recherche sur les toxicomanies en Europe et aux Etats Unis* », Association Descartes, 1991.

259. ORGANE INTERNATIONAL DE CONTROLE DES STUPEFIANTS (O.I.C.S.), « *Rapport pour l'année 1995* », Nations Unies, New York, 1996, 68 p. (E/INCB/1995/1).
260. OTTENHOF (R.), CARIO (R), (dir.), « *Délinquance et toxicomanie* », Erès, Toulouse, 1991.
261. PADIEU (R.), *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies*, rapport INSEE, décembre 1990, 2 volumes.
262. PADIEU (R.), *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies*, Paris, La Documentation Française, 1994.
263. PADIEU (R.), « Observer des toxicomanes et l'usage de drogue ? », intervention à l'ORSAS de Lorraine le 9 juin 1995, in *Pénombre*, La lettre grise, Automne 1995, Vol. I, n° 1.
264. PARLEMENT EUROPEEN, « La politique des Etats membres de la communauté en matière de lutte contre la drogue », in *Dossiers de recherche et documentation : série environnement, santé publique et protection des consommateurs*, 1986.
265. PASSET (I.), « L'alternative à l'incarcération du toxicomane », in *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, oct.-déc. 1992, n° 4.
266. PEDROT (P.), REBECQ (G.), « La protection sociale des détenus », in *Revue de Droit Sanitaire et Social*, oct.-déc. 1995, 31 (4), pp. 829-833.
267. PELLERIN (J.), « *Le phénomène toxicomanie dans les Hauts de Seine* », Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France, 1991.
268. PELLETIER (M.), « *Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue* », Paris, La Documentation Française, janvier 1978.
269. PEREZ-DIAZ (C.), « *La diversité des politiques pénales locales dans la répression de l'usage et du trafic des stupéfiants* », Université d'Aix-Marseille, service de la formation continue et de l'Education Permanente, Marseille, 1988, pp. 49-57.
270. POLOMENI (P.), « Les hôpitaux à l'épreuve de la précarité », in *Ville Hôpital, Le Bulletin des Réseaux*, octobre 1995 n° 4.
271. POLOMENI (P.), « Toxicomanie : un nouveau programme d'action », in *Ville Hôpital, Le Bulletin des Réseaux*, octobre 1995, n° 4, p. 2.
272. RABORD (M.), « L'injonction thérapeutique », in *Echanges Santé-Social*, n° 81, dossier Toxicomanie, Paris, La Documentation Française, 1996, pp. 49-53.
273. REDJIMI (G.), Politique de réduction des risques et organisation des soins, Des actions majeures de santé publique ? in *Revue Française des Affaires Sociales*, 1994, n°4, pp. 197-209.
274. RICHARD (D.), « *Les drogues* », Flammarion, 1995, 127 p. (Collection Dominos n°66).
275. RIOUFOL (J.F.), « La prévention du sida et des hépatites chez les usagers de drogue : l'exemple du stéribox », in *Echanges Santé-Social*, n° 81, dossier Toxicomanie, Paris, La Documentation Française, 1996, pp. 28-31.
276. ROBERT (Ph.), AUBUSSON DE CAVARLAY (B.), TOURNIER P., POTTIER M.L., *Les comptes du crime*, Paris, l'Harmattan, 1994.

277. ROBERT (Ch.N.), Quelques remarques sur les nouvelles dispositions de la Lstup, *RPS*, 1997, pp.41-63.
278. ROUSSEL CATELLE (D.), BLONDEL (S.), « *Le pharmacien d'officine face aux médicaments détournés de leur usage : néo-codion et respilène* », Doctorat de Pharmacie, Université de Lille 2, 1995.
279. ROY (P.), « Toxicomanes : la prise en charge va être adaptée aux besoins », in *Quotidien du Médecin*, 20 octobre 1995, n° 5715.
280. SABATIER (J.P.), « Les rapports entre les autorités judiciaires et médicales : la question de l'injonction thérapeutique », in *Cahiers de la Corifet*, 1988, (2), pp. 9-14.
281. SABATINI (J.), « L'injonction thérapeutique est-elle, sur le fond, de nature thérapeutique ? », *Journal de Médecine Légale et de Droit Médical*, 1990, (33) n° 1, pp. 57-61.
282. SAGANT (V.), *Bilan d'application de la circulaire du 28 avril 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique*, Ministère de la Justice, janvier 1997, 95 p.
283. SCHMIDT (N.), Ist Drogenhandel zur Finanzierung des Eigenkonsums nach Art. 19a des revidierten Betaübungsmittelgesetz strafbar?, *SJZ*, 1972, p. 229-238.
284. SCHULTZ (H.), Die strafrechtliche Behandlung des Betaübungsmittel, *SJZ*, 1973, pp. 229-238.
285. SCHULTZ (H.), Nochmals : Zur strafrechtlichen Behandlung des Betaübungsmittel, *SJZ*, 1973, pp. 65-69.
286. SCHULTZ (H.), Drugs and Drug Politics in Switzerland, in Albrecht, H.J., Kalmthout, A. (Eds) *Drug Policies in Western Europe*, Freiburg, Max Planck Institut, 1989.
287. SCREVEENS (R.), « Le juge face à la toxicomanie. Répression et/ou traitement », in *Revue de Droit Pénal et de Criminologie*, 1986, n° 12, pp. 933-946.
288. SENTILHES (N.), « Relation d'une expérience de prévention des toxicomanies en milieu scolaire dans un pays industrialisé : la France », « Unesco, non publié, 1984.
289. SERFATY (A.), *Politique de réduction des risques envers les usagers de drogue. Etude de cas en Ile-de-France*, IRS-DRASS, septembre 1996, 77 p.
290. Service départemental de Police Judiciaire des Hauts de Seine, *Rapport annuel d'activité 1995*, Préfecture de police, 1996.
291. SETBON (M.), « Drogue, facteur de délinquance ? D'une image à son usage », in *Revue Française de Science Politique*, octobre 1995, vol. 45 n° 5, pp. 747-774.
292. SIMMAT-DURAND (L.), *L'abandon des poursuites : ces classements dits d'opportunité*, Praxis, St-Mandé, 1989, ronéo, 250 p.
293. SIMMAT-DURAND (L.), *Orientation et sélection des affaires pénales : une approche quantitative de l'action du parquet*, Thèse de Doctorat de Démographie, Université de Paris I (IDUP), janvier 1994, 433 p.

294. SIMMAT-DURAND (L.), Les obligations de soins aux toxicomanes en France : cadre législatif, évolution réglementaire et statistique, in *Psychotropes*, Masson, 1997 (à paraître).
295. SIMMAT-DURAND (L.), ROUAULT (T.), Injonction thérapeutique et autres obligations de soins, in *Revue Documentaire Toxibase*, 1997, n° 3, pp. 1-28.
296. SIMON (F.), MELGRANI (L.), Service des injonctions thérapeutiques, DDASS 92, Rapport d'activité 1995, 22 p.
297. SIX (C.), HAMERS (F.), ANCELLE-PARK (R.), BRUNET (J.B.), « *Enquête semestrielle sur l'infection à VIH parmi les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement, juillet à décembre 1994* », SESI, 1995.
298. SULLEROT (E.), « *Les problèmes posés par la toxicomanie* », Rapport Cons. Eco. et soc., J.O.C.E.S., 29 juin 1989, n° 17.
299. THUE (L.), PORCHER (R.), « Trois administrations en fiches : police, gendarmerie, douanes » in *Les cahiers de la sécurité intérieure*, IHESI, 1990 n°2.
300. TIMBART (O.), « *Les infractions à la législation sur les stupéfiants* », Ministère de la Justice, Direction de l'administration générale, sous-direction de la statistique, des études et de la documentation, 1995, 112 p.
301. TOUZEAU (D.), « Institutions et pratiques de soins auprès des toxicomanes », in *Soins* 1991, n° 545, pp. 13-15.
302. TRAUTMANN (C.), « *Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants* », rapport au premier ministre, La Documentation Française, Paris, 1990, 266 p.
303. Tribunal de Grande Instance de Paris, « *Statistiques en matière d'usage de stupéfiants 1987 et 1988* », Paris, 1988, 26 p.
304. TROUVE (C.), MALIVOIRE DE CAMAS, « *La protection sociale des toxicomanes* », Rapport IGAS, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, novembre 1989.
305. UNESCO, « *L'éducation et les drogues : Prévenir* », 1987, 76 p.
306. UNICRI (institut interregional de recherche des Nations Unies sur la criminalité et la justice), « *Formation de la police pour la prévention de l'abus des drogues* », Rome, 1994, 12 p.
307. VAILLE (Ch.), « Difficultés d'application de la législation concernant les toxicomanies aux drogues », in *Informations Pharmaceutiques*, 1983, p. 339.
308. VALLEUR (M.), « Drogues et droits du toxicomane : le point de vue du praticien », in CABALLERO F., Ed., *Drogues et Droits de l'Homme*, Delagrangé, Paris, 1992 (Les empêcheurs de penser en rond).
309. VAUBAILLON (M.), Politique de poursuites en matière d'usage et de trafic de stupéfiants, in *Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal Comparé*, janv.-mars 1997, n° 1, pp. 35-43.
310. VENISSE (J.L.), BAILLY (D.), *Addictions : quels soins ?*, Paris, Masson, 1997, 272 p.
311. VERBOUD (M.), « La réduction des risques gagne les esprits sinon les pratiques », in *Le Journal du sida*, février-mars 1995, n° 70-71, pp. 16-17.

312. VERON (P.), « *Toxicomanie : articulation médecins généralistes-psychiatres en Vaucluse* », Doctorat de Médecine, Université Aix-Marseille 2, 1994.
313. WALMETZ (A.), « La lutte contre la toxicomanie », in *Administration*, « Le préfet et l'ordre public », oct-déc. 1996, numéro 173, pp. 128-131.
314. WEISS I., *Betrachtungen zur Rauschgiftkriminalität*, SJZ, 1980, pp. 205-212.
315. WLUCZKA (M.), « *La toxicomanie en Seine Saint Denis en 1987* », DASS, Bobigny, 1987, 89 p.
316. YGUEL (J.), « La loi de 1954 et la loi de 1970. Quel usage en pratique ? », in *Bulletin Liaison CNDT*, 1993, (19), pp. 197-202.

DOCUMENTS EN PROVENANCE DES ADMINISTRATIONS

DIRECTIONS DEPARTEMENTALES DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

DDASS des Hauts-de-Seine

1. POUTRIN (L.), *Enquête « Toxicomanie » auprès des établissements sanitaires et sociaux des Hauts-de-Seine*, 4ème trimestre 1985, Nanterre, 20 août 1986, 18 p.
2. POUTRIN (L.), CUSENZA (J.), *La toxicomanie dans les Hauts-de-Seine*, in *Bulletin d'information*, Comité départemental de liaison et de coordination des services sociaux des Hauts-de-Seine, décembre 1989, pp. 31-39.
3. Codes 92, *Actes de la première journée départementale « Toxicomanies »*, 18 octobre 1990, 62 p.
4. FACY (F.), SIMON (F.), MELGRANI (L.), HERTZOG (Y.), VILLA (M.), *Evaluation de l'application de la mesure d'injonction thérapeutique, 1990-1993*, sans date, 32 p.
5. *Quelques indicateurs de la toxicomanie dans les Hauts-de-Seine*, 1993, 1 p.
6. SIMON (F.), MELGRANI (L.), *Rapport activité 1993*, Service des Injonctions Thérapeutiques, 26 p.
7. SIMON (F.), MELGRANI (L.), CHARLES (E.), CUSENZA (J.), *Rapport d'activité 1994*, Service des Injonctions Thérapeutiques, 22 p.
8. SIMON (F.), MELGRANI (L.), *Rapport d'activité 1995*, Service des Injonctions Thérapeutiques, 22 p.

Autres DDASS

9. DDASS NORD, « *Les injonctions thérapeutiques prononcées dans le département du Nord en 1991* », Lille, 1992, 18 p.

10. DDASS GIRONDE, « *Injonctions thérapeutiques - Incitation aux soins* », bilan d'activité, 1996, 10 p.
11. DDASS PARIS, « *Comité départemental de lutte contre la toxicomanie* », séance du 6 décembre 1993, 28 p.
12. DDASS RHONE, « *Histoire de l'Antenne Médicale DDASS à l'Hôtel de Police de Lyon* », juillet 1992, 51 p.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE

1. *Le phénomène toxicomanie dans les Hauts-de-Seine, Première approche*, 1991, 58 p.
2. GREMY (I.), *Suivi de la toxicomanie et des usages de drogue en Ile-de-France, 1986-1991*, avril 1993, 93 p.
3. GREMY (I.), *Suivi de la toxicomanie et des usages de drogue en Ile-de-France, 1986-1993*, avril 1995, 93 p.
4. La toxicomanie en Ile-de-France, in *La santé observée en Ile-de-France*, fiche n° 8.3, 1996, 4 p.

L'enquête du SESI (Ministère de la Santé)

1. La prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes en novembre 1988, in *Informations Rapides* n° 159, SESI, 10 avril 1990.
2. La prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes en novembre 1989, in *Documents Statistiques* n° 113, SESI, février 1991.
3. La prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes en novembre 1990, in *Documents Statistiques* n° 132, SESI, décembre 1991.
4. La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1991, in *Documents Statistiques* n° 176, SESI, juillet 1993.
5. La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1992, in *Documents Statistiques* n° 189, SESI, décembre 1993.
6. La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1993, in *Documents Statistiques* n° 222, SESI, mars 1995.
7. La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1994, in *Documents Statistiques* n° 258, SESI, juillet 1996.
8. ANTOINE (D.), VIGUIER (D.), Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1995, in *Informations Rapides* n° 82, SESI, décembre 1996, 4 p.

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES :

Annexe 1 : Les statistiques de police, méthodologie	466
Annexe 2 : Code NATINF	476
Annexe 3 : Organigramme de la Police Nationale	477
Annexe 4 : Les infractions à la législation sur les stupéfiants	478
Annexe 5 : la garde à vue en matière de stupéfiants	480
Annexe 6 : Les structures sanitaires dans les Hauts-de-Seine	481
Annexe 7 : Les services de police dans les Hauts-de-Seine	482
Annexe 8 : Procédure d'injonction thérapeutique	483
Annexe 9 : Procès-verbal avant injonction thérapeutique	484
Annexe 10 : notification de l'injonction thérapeutique	485
Annexe 11 : Signalement à la DDASS	486
Annexe 12 : PV d'usage de stupéfiants	487
Annexe 13 : PV de convocation en justice	488
Annexe 14 : lettre de rappel de la DDASS	489
Annexe 15 : loi du 31 décembre 1970	490
Annexe 16 : grille de recueil SME	497
Annexe 17 : les sources de données de la jurisprudence	500

Annexe 1 : Les statistiques de police, méthodologie

REMARQUES PRELIMINAIRES

Principes généraux

Dans leur ouvrage, *Les comptes du crime; les délinquances en France et leurs mesures*, Philippe Robert *et al.* (1994) proposent une description détaillée des statistiques des services répressifs. Nous y ferons largement référence dans cette première partie.

On qualifie couramment l'enregistrement policier de « criminalité apparente » qui diffère de la délinquance « réelle », celle qui a été commise. La différence s'appelle le « chiffre noir » ou « criminalité inconnue ». Nul n'est en mesure de le mesurer précisément. Pendant des années, le chiffre noir a été sujet à polémiques. On s'attache désormais à diversifier le plus possible les sources de mesure, qui fournissent chacune une image particulière de la criminalité⁴⁶³. Nous ne nous attarderons pas sur cette question. Nous nous contenterons ici de définir l'image policière de la délinquance et d'étudier le mode de comptage des services de police, ses excès et ses lacunes.

L'excès peut apparaître lorsqu'un plaignant a trompé la police ou lorsque la police enregistre un comportement qu'elle considère comme délictueux alors que cette appréciation se trouve ensuite démentie par la justice. Par ailleurs, il peut y avoir enregistrement excessif alors même qu'il y a infraction. Il arrive qu'un même fait soit compté à plusieurs reprises, notamment car les services de police sont nombreux et disséminés. Il faut aussi prendre en ligne de compte que ces statistiques constituent un moyen de rendre compte de l'activité du service, un argument pour obtenir de nouveaux moyens et des gratifications de carrière. Il est évidemment très difficile d'évaluer l'importance de ces excès.

On peut ensuite distinguer trois sortes de « manques » :

- ce que la police connaît mais enregistre ailleurs (ou n'enregistre pas du tout) :
Les statistiques policières comptabilisent la délinquance signalée par les services de police aux parquets. Or certains faits signalés à la police ne sont pas destinés à être transmis à la justice et ne font pas l'objet d'un procès-verbal (c'est le cas notamment des faits recueillis sur le registre de "main courante"). D'autres comportements sont également connus de la police et, cette fois, traités par elle sous forme de procès-verbaux, mais on les exclut de la statistique : les petites infractions que l'on nomme contraventions, toutes les infractions en matière de circulation routière, les actes de police administrative...

⁴⁶³ Lire à ce sujet : Philippe Robert *et al.*, 1994, pp. 25-28 et Bruno AUBUSSON de CAVARLAY, 1997.

- ce que la police ne connaît pas parce que d'autres administrations le traitent. C'est le cas, pour les statistiques de police judiciaire des infractions relevant des services des douanes, des services fiscaux et répression des fraudes, de l'inspection du travail, etc...⁴⁶⁴

- ce qui est connu par des personnes ou des organisations privées, mais que tous les services publics ignorent : les faits qui n'ont été signalés à aucun service public et que ceux-ci n'ont pas découverts.

Proactivité et réactivité :

Les statistiques policières enregistrent donc les procès-verbaux issus des services de police ou de gendarmerie en direction de la justice. Ces procès-verbaux sont de deux sortes que l'on ne distingue malheureusement pas clairement :

- les uns constituent l'enregistrement de plaintes, de cas où un tiers s'est déclaré victime d'une infraction et a réussi à faire partager sa conviction à son interlocuteur policier, au moins suffisamment pour qu'il enregistre sa plainte dans un document officiel envoyé au parquet.

- les autres n'ont pas été découverts par l'effet d'une plainte, mais par l'activité propre du service de police ou de gendarmerie.

On désigne souvent cette opposition par les expressions de "réactivité" (cas où l'intervention du policier est déclenchée par la demande d'une personne ou institution qui lui est extérieure) et "proactivité" (cas où l'intervention du policier est déclenchée de sa propre initiative). Ces expressions sont issues des termes anglais de *reactive* et *proactive*, termes forgés par Reiss et ses collaborateurs au début des années 1970⁴⁶⁵. René Lévy, en 1987, reprend ces expressions, les francise et s'attache à mesurer la part de chacun des deux modes de saisine dans l'activité policière⁴⁶⁶.

Les infractions à la législation sur les stupéfiants sont généralement connues par l'initiative policière (proactivité), tout comme les autres infractions dites sans victime, du moins sans victime individuelle directe.

Dans ce cas, « *la découverte des infractions et leur enregistrement sont conditionnés par les priorités, de fait ou officielles, de la politique criminelle, par l'importance des moyens, mais surtout leur sorte et leur affectation, aussi par la doctrine d'emploi de la police, enfin par la visibilité de l'infraction et/ou de son auteur. On dispose rarement de termes de comparaison permettant de confronter ce que la police enregistre à ce qu'elle aurait pu enregistrer* ». [Robert et al., 1994, p.45]

Cette remarque confirme bien que la signification des statistiques de police dépend des conditions concrètes de leur production, c'est-à-dire du fonctionnement des institutions

⁴⁶⁴ Pour de plus amples informations, voir à ce sujet, Philippe ROBERT, 1994, pp.38-41.

⁴⁶⁵ Al. Reiss Jr, 1971, p.64

⁴⁶⁶ René Lévy, 1987.

pénales. Elles sont donc capables de nous éclairer uniquement sur ce fonctionnement et non sur l'ampleur du phénomène toxicomanie en France.

Les statistiques de Police Judiciaire

Le Service Central d'Etude de la Délinquance (SCED) propose un cours de présentation de la statistique criminelle, prodigué aux élèves commissaires et élèves officiers de l'Ecole Nationale Supérieure de Police. Une partie de cet enseignement est consacrée à l'historique des statistiques policières. [SCED, 1995-1996]

La naissance des statistiques de police judiciaire :

L'article D.8 du code de procédure pénale promulgué en 1958 confie à la direction centrale de la police judiciaire (DCPJ) « la centralisation, la classification et la diffusion des renseignements » relatifs à la criminalité parmi lesquels figurent les statistiques recueillies en la matière par les services de police et les unités de gendarmerie.

Jusqu'en 1963, cette mission va être assurée par la sous-direction des affaires techniques de la DCPJ qui ne disposera alors, pour mesurer le phénomène criminel et son évolution, que de bilans d'activité des services communiqués chaque trimestre. Le 1^{er} janvier 1963 marque l'entrée en vigueur de véritables statistiques de Police Judiciaire tenues dans un esprit méthodologique et s'étendant déjà sur un champ assez proche de celui couvert aujourd'hui.

En 1968 est créé un service central d'étude de la délinquance (SCED) auprès de la direction centrale de la police judiciaire, service auquel revient la charge de « centraliser et d'exploiter les renseignements statistiques sur le plan national ».

Le SCED va constamment s'efforcer, durant les années suivantes, d'une part, de perfectionner les méthodes, les règles et les circuits de la collecte statistique ; d'autre part, d'accroître la rapidité comme la rigueur du traitement et de l'analyse des chiffres recueillis.

C'est dans ce sens qu'intervient dès 1972 une importante réforme qui porte en particulier sur le cadre de la statistique. La comptabilité des crimes et délits, opérée jusqu'à cette date à partir de 56 rubriques, est étendue à 107 rubriques permettant ainsi d'appréhender plus largement le champ des infractions pénales existantes.

La réforme de 1972 se concrétisera également par la publication, depuis lors régulière, de l'ouvrage « *Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France* » réalisé par le SCED chaque année et diffusé par la Documentation Française⁴⁶⁷.

Les évolutions récentes :

⁴⁶⁷ Le volume pour 1972 est encore une publication administrative interne en ronéo (IHESI) ; c'est à partir de celui pour 1973 que l'édition a été confiée à la Documentation Française.

En 1988 a lieu la mise en place de la nomenclature actualisée des infractions ; elle correspond pratiquement à celle utilisée aujourd'hui. Elle n'a, en effet, subi depuis son entrée en vigueur que de modestes adaptations introduites en 1995 pour faire suite à la promulgation du nouveau code pénal. Nous reviendrons plus en détail sur les modifications apportées par la réforme de 1988 et les problèmes de sérialisation que cela implique.

C'est aussi en 1988 qu'est élaboré le premier guide de méthodologie statistique, diffusé à tous les services collecteurs de police et de gendarmerie. Imposant à chacun les mêmes règles de comptage et d'établissement des états statistiques, ce guide fera l'objet de mises à jour périodiques.

Notons enfin en 1990, l'installation, via télérel, d'une remontée mensuelle, et non plus semestrielle, vers le SCED, des chiffres relatifs au nombre de crimes et délits recensés par la police et la gendarmerie.

Les structures et les outils de collecte :

La collecte des données statistiques relatives aux crimes et délits est opérée par les quelques 7 000 services de police et de gendarmerie implantés sur le territoire national, y compris hors Métropole.

On entend par « services de police et de gendarmerie », les services de la Gendarmerie Nationale et certains services de la Police Nationale : la Sécurité Publique⁴⁶⁸ (dont les fonctionnaires quadrillent la France urbaine) et la Police Judiciaire (chargée de la grande délinquance) pour l'essentiel.

Au sein de la Police Nationale, interviennent trois autres divisions :

- la Direction de la surveillance du Territoire (DST) en charge du contre-espionnage,
- la Direction Centrale des Renseignements Généraux (DCRG) chargée de l'information du gouvernement en matière politique et sociale, et accessoirement de la police des jeux,
- la Direction Centrale du Contrôle de l'Immigration et de la Lutte contre l'Emploi des Clandestins (DICILEC)⁴⁶⁹ dont l'intitulé dévoile la mission prioritaire.

Enfin, les statistiques de Police Judiciaire comptabilisent la délinquance constatée par la Préfecture de Police de Paris. Celle-ci rassemble, sous une autorité unique, les effectifs parisiens des différentes directions déjà citées.

Chacun des services de base renseigne un même état statistique (appelé « Etat 4001 » au sein de la Police Nationale, et B.A.P. ou Bulletin d'Analyse de Procédure pour la Gendarmerie Nationale) par référence aux faits qu'il a constatés dans le mois en cours.

⁴⁶⁸ Jusqu'en 1993, on parle de Polices Urbaines.

⁴⁶⁹ Depuis le 14 février 1994, la Di.C.C.I.L.E.C. remplace la Police de l'Air et des Frontières (PAF).

En dernier lieu, les données convergent vers le Service d'Etude de la Délinquance qui est implanté à Paris et qui va centraliser l'ensemble des informations.

Le guide de méthodologie statistique:

En l'absence de contrôle et de coordination de l'ensemble des services, les principes de collecte ont certainement subi depuis 1972 des adaptations « locales » ou liées à la matière traitée.

C'est pourquoi, suite à l'instruction⁴⁷⁰ du 17 juillet 1987, le Ministère de l'Intérieur (Direction Générale de la police nationale) et le Ministère de la défense (Direction générale de la gendarmerie nationale) éditent un guide méthodologique : *Guide de méthodologie statistique établi par la Direction Centrale de la Police Judiciaire pour la collecte, la centralisation et l'emploi des informations statistiques sur la criminalité et la délinquance.*

L'objet de ce guide est de « préciser et d'uniformiser les instructions méthodologiques existantes ». Il indique à l'opérateur de la collecte la méthode de comptage qu'il doit impérativement suivre dans les différents cas qui peuvent se présenter à lui.

La deuxième édition de ce guide est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1995 ⁴⁷¹: *Guide de méthodologie statistique établi par la Direction Centrale de la Police Judiciaire, Division des études et de la formation, Service central d'étude de la délinquance.* Cette mise à jour tient compte d'une part, des enseignements que l'on est en mesure de tirer de l'utilisation du guide depuis 1988, et d'autre part, des modifications intervenues en matière pénale (Nouveau code pénal et réformes du Code de Procédure Pénale).

Ainsi, à un niveau général, il est précisé que « *est comptabilisé en statistique tout fait de caractère général, présumé crime ou délit, commis ou tenté, porté pour la première fois à la connaissance d'un service de police ou de gendarmerie, et consigné dans une procédure transmise à l'autorité judiciaire* ».

Il est aussi précisé clairement que les statistiques de la criminalité diffèrent du bilan d'activités des services, et ceci, afin d'éviter les double-comptes : « *Lorsque deux services sont successivement saisis de la même affaire, il est compréhensible que chacun d'entre eux veuillent la faire figurer dans son bilan d'activité : elle ferait alors l'objet d'un double-compte en statistique. Ce qui doit être absolument évité* ». Ainsi, « *le fait constaté ne doit être pris en compte que par le service qui est saisi en premier, même s'il ne fait que le premier acte de procédure (constatations, plaintes...).* Par contre, le service saisi en seconde main pourra comptabiliser les renseignements relatifs aux faits élucidés, personnes en cause, etc... mais ne devra pas reprendre en compte le fait constaté. »

Après ces prescriptions générales, le guide de méthodologie statistique indique à l'opérateur de la collecte la méthode de comptage qu'il doit impérativement suivre pour remplir la grille de l'« Etat 4001 ».

⁴⁷⁰ Instruction PN/CAB/N°87-4572.

⁴⁷¹ Note PN/CAB/N°94-13449 du 16 septembre 1994.

Cette grille comprend:

en colonnes : les « variables » objet du comptage
 en lignes : une liste des rubriques décrivant la nature des infractions.

Les unités de compte (en colonne) :

Il existe en fait trois statistiques en une : celle des faits enregistrés, celle des faits élucidés et celle des personnes mises en cause. La définition des unités de compte est exposée en détail dans la guide de méthodologie statistique.

La définition des unités de compte de l'état « 4001 » n'a pas changé lors de la réforme de 1988 ; elle a seulement été précisée en vue d'atteindre une homogénéité entre services.

- les faits constatés :

« *Entrent dans le champ de la statistique les crimes et délits :*

commis ou tentés

portés pour la première fois à la connaissance de la police ou de la gendarmerie. A ce propos, le procès-verbal de saisine ou de transport sur les lieux entraîne la comptabilisation. Dans les cas où un autre service reprend en deuxième main une enquête, et même s'il rédige un nouveau PV de constatation, il ne comptabilise pas de faits constatés.

et consignés dans toute procédure transmise à l'autorité judiciaire, quel que soit le mode d'enquête (enquête préliminaire, de flagrant délit ou sur commission rogatoire). »

Sont exclues les infractions connues de la police mais qui n'ont pas fait l'objet d'un procès-verbal, celles traitées par d'autres administrations, les contraventions, les homicides et blessures par imprudence, les délits en matière de circulation routière, enfin les infractions qui n'étant ni déclarées, ni découvertes, demeurent ignorées par tous les services publics.

Une procédure peut engendrer le comptage d'une multiplicité de faits : une même infraction répétée plusieurs fois ou un ensemble d'infractions différentes cumulées dans une même affaire. Le guide méthodologique envisage l'ensemble des situations qui peuvent se présenter à cet égard et indique les règles à suivre.

- les personnes mises en cause :

« *Une personne est considérée comme mise en cause s'il existe une procédure comportant :*

son audition par procès-verbal,

et des indices faisant présumer qu'elle a commis ou tenté de commettre une ou plusieurs infractions qui entrent dans le champ de la statistique de la criminalité.

ATTENTION :

a) *l'identification ne suffit pas pour qu'une personne puisse être mise en cause,*

b) *les aveux ne sont pas nécessaires*

c) *une personne entendue comme témoin, même gardée à vue, n'entre pas dans la statistique des personnes mises en cause,*

d) *la procédure mettant en cause la personne peut-être :*

soit la procédure initiale qui constate les infractions qui lui sont imputées,

soit une procédure autre.»

Ne sont comptabilisés que les mis en cause entendus par la police ou la gendarmerie. En cas de multiplicité de faits, on ne compte qu'un mis en cause à la rubrique de l'infraction la plus grave.

Les seules caractéristiques socio-démographiques prises en compte sont le sexe, l'âge (distinction « mineurs-majeurs »), et la nationalité (distinction « français-étrangers »), cette variable n'étant pas croisée avec les deux premières. Nous aurons alors régulièrement recours à la statistique publiée par l'OCRIS qui renseigne mieux sur les caractéristiques des personnes mises en cause.

La série des mis en cause n'est pas du même ordre de grandeur que celle des faits constatés. Certes un même crime ou délit peut entraîner plusieurs mises en causes s'il y a des co-auteurs ou complices, à l'inverse un même individu peut être responsable de plusieurs faits incriminés. Mais ces raisons de divergence sont marginales : pour l'essentiel, la différence tient au nombre de faits enregistrés sans qu'aucun suspect soit identifié.

- l'élucidation des faits :

« Entrent dans le champ de la statistique des faits élucidés, les crimes et délits : commis ou tentés,

consignés dans toute procédure transmise à l'autorité judiciaire, quel que soit le mode d'enquête (enquête préliminaire, de flagrant délit ou sur commission rogatoire), et imputables à une personne entrant dans le champ de la statistique des personnes mises en cause. »

Ainsi, on dit qu'un fait est « élucidé » quand la police parvient à identifier et à entendre au moins un suspect dans des conditions telles qu'elle puisse le mettre formellement en cause dans le procès-verbal adressé à la justice. Comme le précise Bruno Aubusson de Cavarlay, l'expression est peu satisfaisante et il vaudrait mieux parler de réussite policière. [Bruno Aubusson de Cavarlay, 1997]

Les ILS possèdent la particularité d'être une des catégories d'infractions dont le taux d'élucidation est de 100%. Une infraction constatée est considérée comme élucidée si la ou les personnes mises en cause ont été entendues par procès-verbal. *« En matière de toxicomanie, un fait constaté est en principe élucidé en même temps par le service interpellateur. Une service de police urbaine ou de gendarmerie comptabilisera donc 1 fait constaté, 1 fait élucidé par personne mise en cause ».*

Le taux d'élucidation peut éventuellement excéder les 100% car les faits enregistrés et les faits élucidés peuvent concerner des années différentes.

Les statistiques policières apportent aussi quelques informations relatives au sort des personnes mises en cause. Elles peuvent faire l'objet d'une garde à vue. Ensuite l'affaire est transmise à la justice puisqu'il y a procès-verbal.

L'enregistrement des gardes à vue suit des règles précisées dans le guide de méthodologie statistique:

«L'enregistrement statistique est indépendant et comprend : des mis en cause et des témoins. Il n'y a pas de correspondance entre les gardes à vues et les personnes en cause car les mis en cause peuvent ne pas être placés en garde à vue. De même sont exclues les rétentions de toute nature (ivresse, contrôle d'identité...).

C'est le registre des gardes à vue qui fournira le nombre devant figurer en statistique pour chaque fait pris en compte, exception faite des mesures de GAV prises à l'occasion de délits qui n'entrent pas dans les champs de la statistique des crimes et délits. »

La nomenclature de la statistique policière :

Le tableau croisé « Etat 4001 » comporte 107 rubriques correspondant à des catégories d'infractions adoptées par le ministère de l'Intérieur en 1972.

Cette liste a fait l'objet d'une importante révision en 1988 ce qui a conduit au regroupement de certaines catégories et à la distinction de catégories confondues entre 1972 et 1987.

La dernière mise à jour de la nomenclature date de 1995 pour faire suite à la promulgation du nouveau code pénal (cf. annexe I).

La liste des 107 rubriques de l'état de base ne fait pas uniquement référence aux qualifications d'infractions prévues par le code pénal. Un grand nombre de distinctions provient de qualifications « policières » tenant à des circonstances que le code pénal ignore. Cette qualification pourra être largement modifiée ensuite par le parquet. Nous reviendrons ultérieurement sur ce sujet pour le cas des infractions à la législation sur les stupéfiants.

Les 107 rubriques font l'objet de regroupements pour arriver à 98 postes après 1988 (50 postes avant la réforme de 1988).

Pour la dernière année disponible, les Infractions à la Législation sur les Stupéfiants font partie du quatrième poste, parmi les « *autres infractions (dont stupéfiants)* » et sont classées après les « *vols (y compris recel)* », les « *infractions économiques et financières* » et les « *crimes et délits contre les personnes* ».

Parmi les délits classés dans la catégorie des « *autres infractions* », en plus des ILS, on trouve les *délits à la police des étrangers*, les *destructions et dégradations de biens* et les *délits divers*.

« Index 55 à 58 - STUPEFIANTS »

Attention : les décès par « overdose » qui font généralement l'objet d' « enquêtes décès », ne sont pas compris dans la statistique de la criminalité.

Index	Champ d'application	« cet index comprend.... »	Unité de compte « compter un fait par... »	Instructions spécifiques
55	Trafic et revente sans usage de stupéfiants	Transport ou vente de stupéfiants dans un but financier, effectué par toute personne qui n'est pas elle-même usager	Procédure	L'unité de compte est la procédure <u>quel que soit</u> le nombre de trafiquants ou l'importance de la saisie.
56	Usage - Revente de stupéfiants	Infractions commises par les consommateurs qui se livrent aussi à la vente	Auteur	Pour une même personne, compter soit un fait d'usage-revente, soit un fait de consommation. Compter un fait uniquement par auteur <u>quel que soit</u> le nombre de doses saisies ou consommées.
57	Usage de stupéfiants			
58	Autres infractions à la législation sur les stupéfiants	Délits relatifs aux stupéfiants commis principalement par les personnes qui : - facilitent la toxicomanie - vantent l'usage de stupéfiants	Procédure	

La statistique de l'OCRTIS

Les bilans de l'OCRTIS ne fournissent pas beaucoup de renseignements sur les règles qui guident l'enregistrement de sa statistique. Nous devons donc nous renseigner directement auprès de cet office pour obtenir des précisions supplémentaires.

l'office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) est l'un des sept offices qui existent au sein de la Direction Centrale de la Police Judiciaire. Il a été créé sous sa forme actuelle par un décret interministériel daté du 3 août 1953⁴⁷². Ce texte institue « *un service de police chargé de centraliser tous les renseignements pouvant faciliter la recherche et la prévention du trafic illicite des toxiques stupéfiants et de coordonner toutes les opérations tendant à la répression du trafic* ». Il prescrit en outre à l'OCRTIS de rester en contact étroit avec l'ensemble des services répressifs français ainsi qu'avec les organismes similaires des autres pays.

La centralisation de l'information au plan national se traduit pour l'OCRTIS par le recueil statistique des infractions constatées et des saisies opérées par l'ensemble des services répressifs, par la constitution d'un fonds de documentation générale ainsi que par la mise en oeuvre d'une documentation opérationnelle.

Concernant les statistiques que nous exploiterons ici, l'OCRTIS puise ces données du fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (FNAILS). Cette banque de données, opérationnelle depuis 1990, est pourvue d'informations provenant des services de police français.

On repère les interpellations pour usage et/ou trafic illicite de stupéfiants dans l'année. Tout produit toxique illicite est concerné, que l'usage soit occasionnel ou régulier. Il s'agit de faits et non de personnes, certains usagers pouvant faire l'objet de plusieurs interpellations durant la même année, ce qui induit des double-comptes si l'on raisonne au niveau des individus.

Ce fichier enregistre les seules arrestations ayant fait l'objet d'un procès-verbal par les services de **Police**, **Gendarmerie** et **Douanes** (les statistiques de Police Judiciaire n'enregistrent pas l'activité des Douanes). Il ne tient pas compte des affaires pour lesquelles il y a simple mention en main courante.

⁴⁷² Faire référence au décret du 21 novembre 1993 instituant l'OCRTIS...

Annexe 2 : Code NATINF

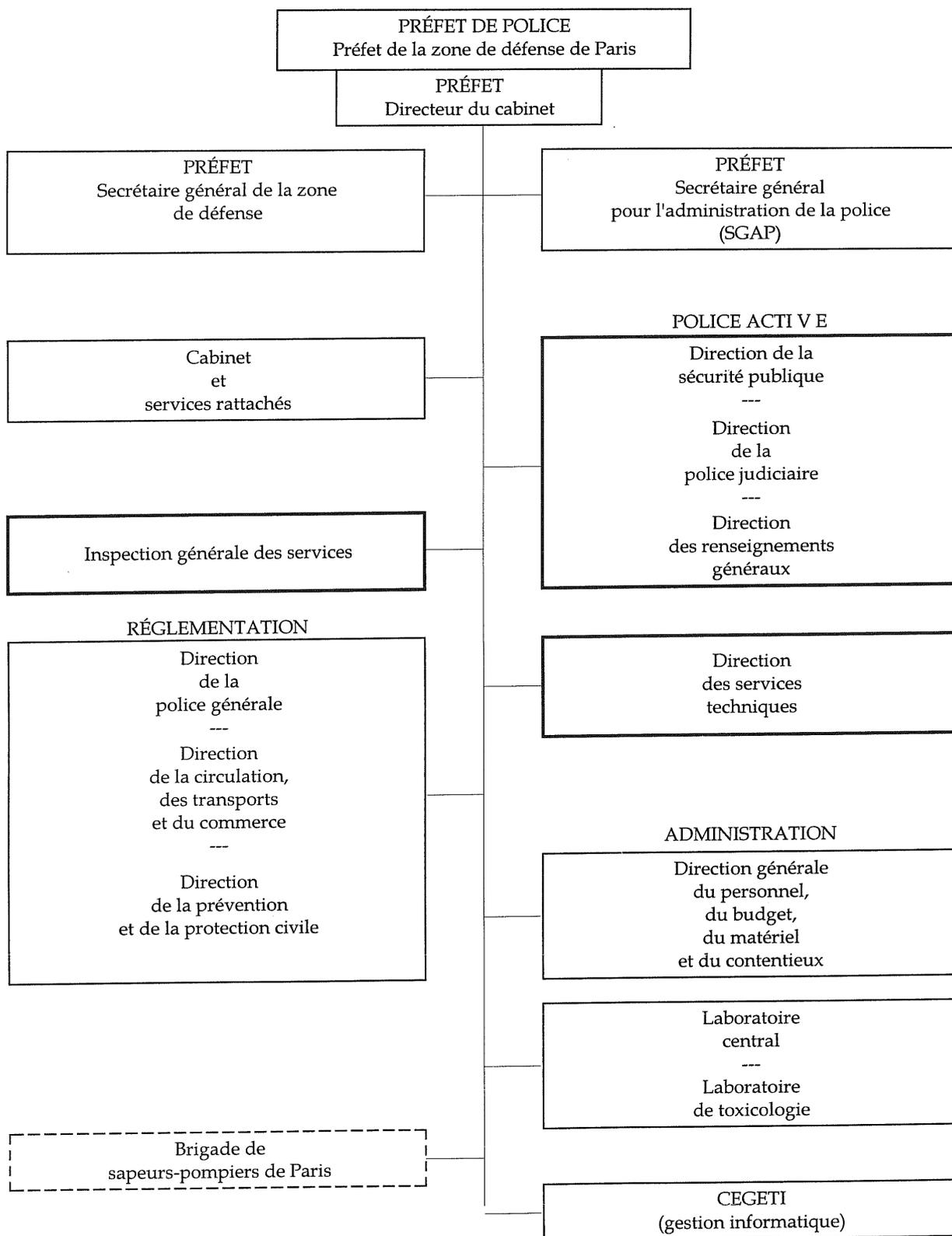
Au niveau de la Justice, les données relatives aux condamnations sont classées suivant une nomenclature différente de celle utilisée par les statistiques policières. La nomenclature est consignée dans le code NATINF (Ministère de la Justice, Direction des affaires criminelles et des grâces).

Les condamnations pour infractions à la législation sur les stupéfiants sont regroupées en 16 classes. Ce classement est appliqué depuis le 1^{er} mars 1994 :

- | |
|--|
| 180 - usage illicite de stupéfiants |
| 182 - provocation à l'usage de substances présentées comme douées d'effets stupéfiants |
| 183 - aide à l'usage par autrui de stupéfiants |
| 1388 - cession ou offre de stupéfiants à un mineur en vue de sa consommation personnelle |
| 1389 - cession ou offre de stupéfiants personne en vue de sa consommation personnelle dans centre éducatif |
| 2924 - cession ou offre de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle |
| 2926 - pénétration non autorisée d'étranger sur le territoire national après interdiction stupéfiants |
| 6977 - recel de somme venant de la cession de stupéfiants à autrui pour sa consommation personnelle |
| 7892 - production ou fabrication non autorisée de stupéfiants |
| 7990 - transport non autorisé de stupéfiants |
| 7991 - détention non autorisée de stupéfiants |
| 7992 - offre ou cession non autorisée de stupéfiants |
| 7993 - acquisition non autorisée de stupéfiants |
| 7994 - emploi non autorisé de stupéfiants |
| 7995 - importation non autorisée de stupéfiants - trafic |
| 7997 - exportation non autorisée de stupéfiants - trafic |

Pour chacune de ces infractions, le code NATINF indique les textes législatifs qui définissent l'infraction, ceux qui la répriment et les peines principales associées à cette infraction.

Annexe 3 : Organigramme de la Police Nationale



Légende : — Directions actives

Source : THUE Lionel et PORCHER Régine, Trois administrations en fiches : Police, Gendarmerie et Douanes, Les cahiers de la Sécurité Intérieure, n°2, Paris, 1990.

Annexe 4 : Les infractions à la législation sur les stupéfiants

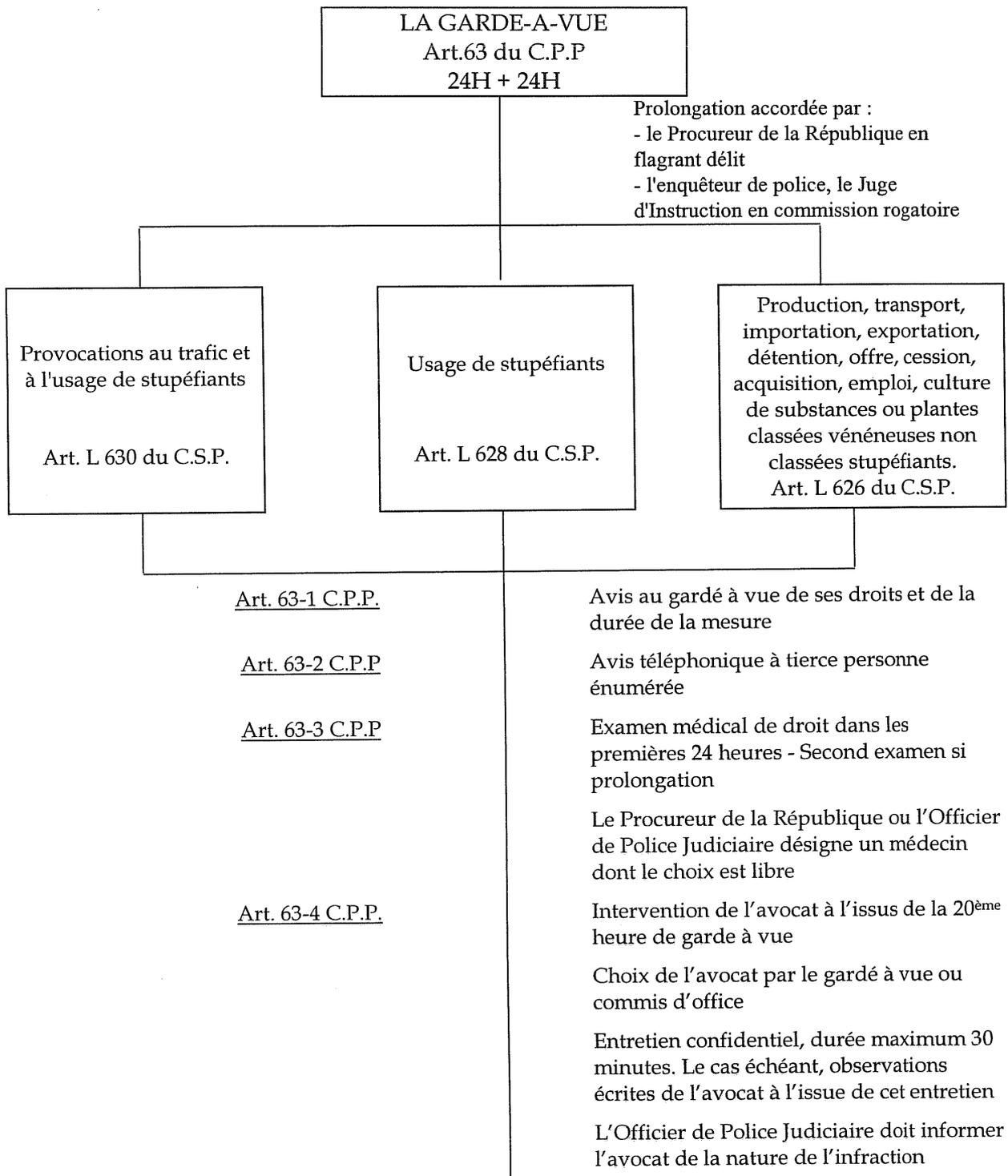
TEXTES - INCRIMINATIONS - SANCTIONS

	INCRIMINATIONS	TEXTES	SANCTIONS PRINCIPALES
Trafic et revente sans usage de stupéfiants :	Le fait de diriger ou d'organiser un groupement ayant pour objet la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites	Art. 222.34 du Code Pénal	- Réclusion criminelle à perpétuité et 50 000 000 Frs d'amende
	La production ou la fabrication illicites	Art. 222.35 du Code Pénal	- 20 ans de réclusion criminelle (30 ans si ces faits sont commis en bande organisée) et 50 000 000 Frs d'amende
	L'importation ou l'exportation illicites	Art. 222.36 du Code Pénal	- 10 ans de réclusion criminelle (30 ans si ces faits sont commis en bande organisée) et 50 000 000 Frs d'amende
	Transport, détention, offre, cession, acquisition ou emploi illicites	Art. 222.37 du Code Pénal	- 10 ans de réclusion criminelle et 50 000 000 Frs d'amende
Usage-revente de stupéfiants	Cession ou offre illicite en vue de consommation personnelle	Art. 222.39 du Code Pénal	- 5 ans de réclusion criminelle et 500 000 Frs d'amende (si cédé ou offert à des mineurs ou dans des centres d'enseignement ou d'éducation ou des locaux d'administration, la peine est portée à 10 ans d'emprisonnement).
Usage de stupéfiants	Répression de l'usage illicite de stupéfiants	Art. L 628 du C.S.P.	1 an d'emprisonnement et/ou 25 000 Frs d'amende.
	Dispositions thérapeutiques alternatives	Art. L 628.1 à L 628.6 du C.S.P.	En cas de non exécution de la cure prescrite : peine prévue en cas d'usage de stupéfiants

	INCRIMINATIONS	TEXTES	SANCTIONS PRINCIPALES
Autres ILS : Faciliter la toxicomanie par la fourniture de local ou de moyens Usage d'ordonnances de complaisance en vue d'obtenir des stupéfiants Délivrance d'ordonnances de complaisance (médecins) Délivrance de stupéfiants au vu d'ordonnances fictives ou de complaisance de cause (pharmaciens) Provocation à l'usage de stupéfiants	Faciliter l'usage par quelque moyen que ce soit	Art. 222.37 al.2 du Code Pénal	10 ans d'emprisonnement et 50 000 000 Frs d'amende
	Se faire délivrer par ordonnances fictives ou de complaisance	Art. 222.37 al.2 du Code Pénal	10 ans d'emprisonnement et 50 000 000 Frs d'amende
	Délivrer sur présentation d'ordonnances fictives ou de complaisance en connaissance de cause	Art. 222.37 al.2 du Code Pénal	
	Provoquer au délit prévu par l'article L 628 du C.S.P. ou à l'une des infractions prévues par les articles 222.34 à 222.39 du C.P. ; alors même que la provocation n'a pas été suivie d'effet	Art. L 630 du C.S.P.	5 ans d'emprisonnement et 500 000 Frs d'amende
	Présenter ces infractions sous un jour favorable	Art. L 630 du C.S.P.	5 ans d'emprisonnement et 500 000 Frs d'amende
	Provoquer (même non suivi d'effet) à l'usage des substances présentées comme ayant les mêmes effets stupéfiants (« Arnaque »)	Art. L 630 du C.S.P.	5 ans d'emprisonnement et 500 000 Frs d'amende
	Provoquer directement un mineur à faire un usage illicite	Art. 227.18 du Code Pénal	5 ans d'emprisonnement et 7 000 000 Frs d'amende (7 ans d'emprisonnement et 1 000 000 Frs d'amende si mineur de 15 ans).

Source : Ministère de l'Intérieur, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire, Sous direction des affaires criminelles, *Lutte contre l'usage et le trafic de drogue : l'arsenal juridique*, mars 1994.

Annexe 5 : la garde à vue en matière de stupéfiants

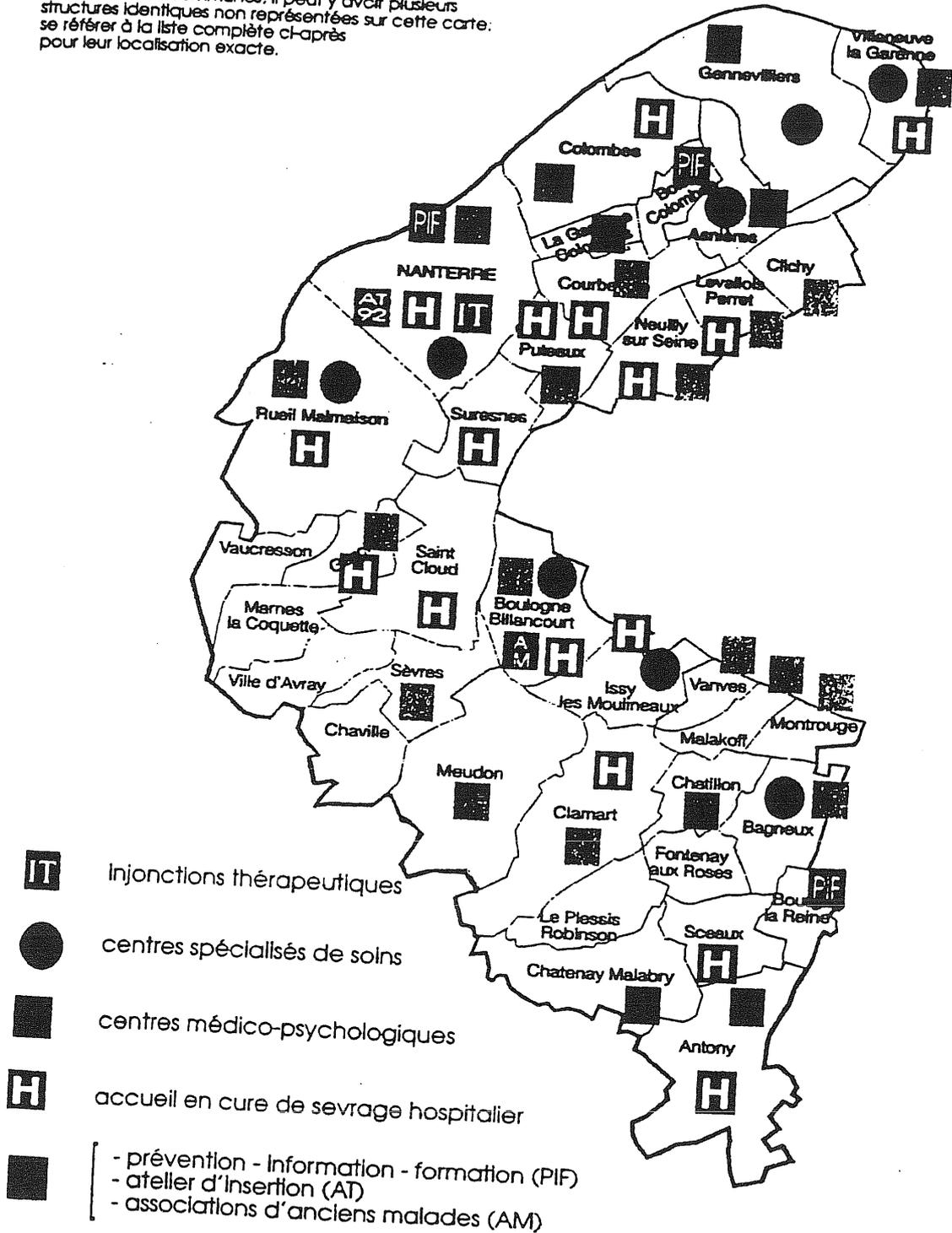


Légende : C.P.P. : Code de Procédure Pénale
C.S.P. : Code de Santé Publique

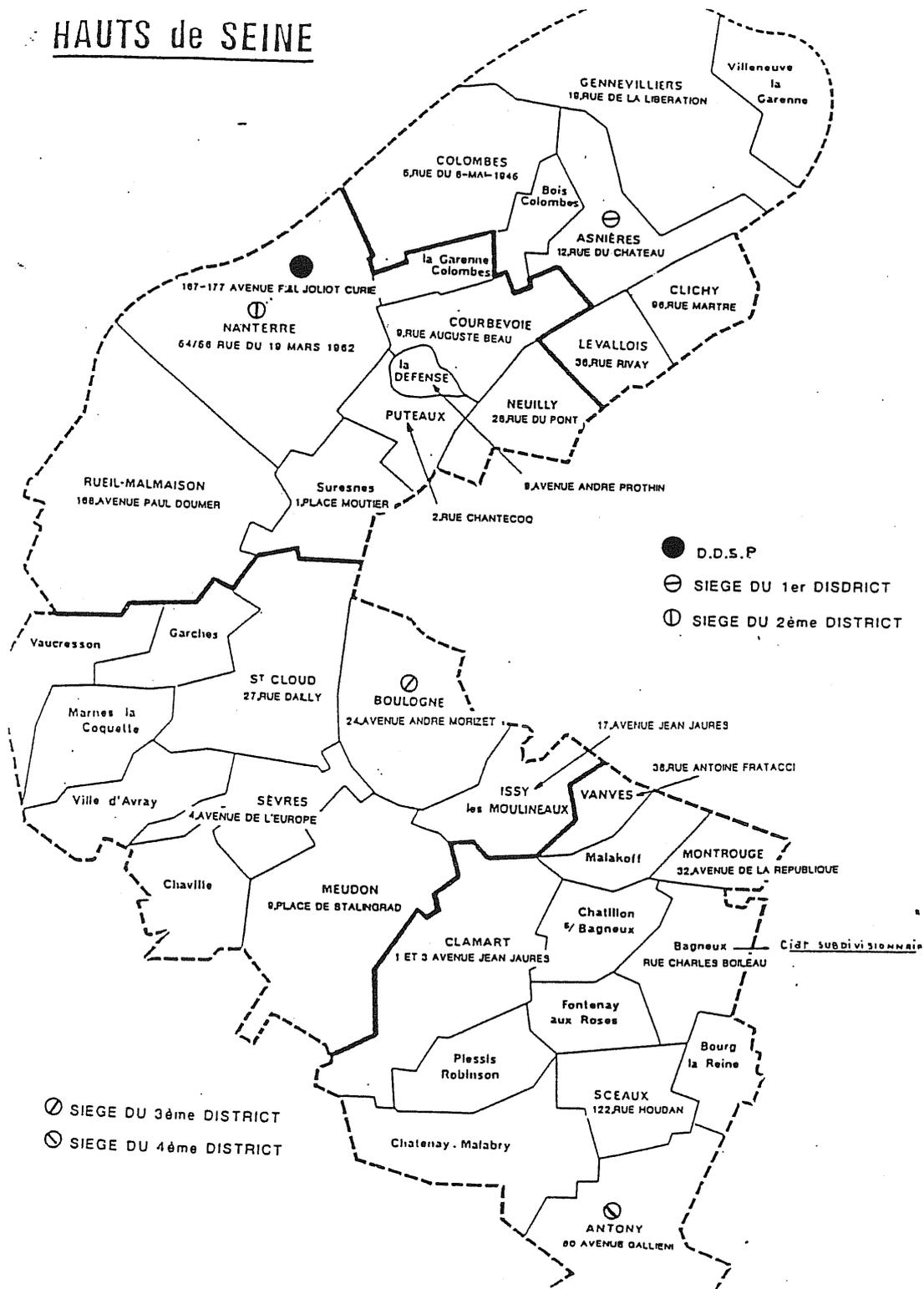
Source : Ministère de l'Intérieur, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire, Sous-direction des Affaires Criminelle, *Lutte contre l'usage et le trafic de drogue : l'arsenal juridique*, 1994.

Annexe 6 : Les structures sanitaires dans les Hauts-de-Seine

Dans certaines communes, il peut y avoir plusieurs structures identiques non représentées sur cette carte: se référer à la liste complète ci-après pour leur localisation exacte.



Annexe 7 : Les services de police dans les Hauts-de-Seine



Annexe 8 : Procédure d'injonction thérapeutique

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE NANTERRE (Hauts-de-Seine)
179-191 Avenue JOLIOT CURIE 92020 NANTERRE CEDEX Tél.40.97.13.20

PARQUET du PROCUREUR
de la REPUBLIQUE

2ème Section

STUPEFIANTS

- USAGE -

(ART. L 628 - 628-1 du Code de la Santé Publique)

PROCES VERBAL D'AUDITION

Ce jour mardi
s'est présenté au Parquet de Nanterre : à
Le ou la nommé(e) :
Né(e) le :
Domicilié(e) à :

INTERPELLATION

Vous faites l'objet d'une enquête de laquelle il résulte à votre rencontre des présomptions pour usage illicite de stupéfiants.

Nous vous faisons connaître que vous pouvez éviter des poursuites pénales pour ce délit si vous acceptez de vous soumettre à un contrôle médical et de recevoir les soins qui, éventuellement, pourraient être jugés nécessaires par l'Autorité Sanitaire.

DECLARATION

J'ai fait - Je n'ai pas fait (1) usage de stupéfiants.
J'accepte d'être soumis au contrôle de l'autorité sanitaire.
Dans ce but je prends l'engagement :

- de répondre à l'invitation qui m'est faite ce jour et dont copie m'est remise (1)
- de répondre à l'invitation qui me sera faite par le Parquet du lieu de mon domicile (1)

Je m'engage, en outre, à signaler à l'Autorité compétente tous mes changements d'adresse jusqu'à la fin du traitement médical auquel je serais éventuellement soumis.

DECISION

Avisons le comparant

- Qu'en raison de son engagement la procédure judiciaire est suspendue et sera classée sans suite s'il satisfait très exactement et sans interruption jusqu'à son terme au traitement médical qui lui serait prescrit. Nous attirons son attention sur l'importance de cette mesure prise dans son propre intérêt (1).
- Qu'en raison de son refus de prendre cet engagement nous requérons à son rencontre l'ouverture d'une information et disons qu'il sera conduit immédiatement devant le Magistrat Instructeur qui sera désigné (1).

Lecture faite, le comparant persiste et signe avec nous.

LE COMPARANT

LE PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE

Annexe 9 : Procès-verbal avant injonction thérapeutique

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE
DE NANTERRE

2^{ème} SECTION

179-191 avenue Joliot Curie
92020 NANTERRE CEDEX

TEL : 40.97.13.20

STATION RER: NANTERRE PREFECTURE.

PROCES VERBAL

USAGE ILLICITE DE STUPEFIANTS

INJONCTION THERAPEUTIQUE

AVIS DE PRESENTATION
A LA 2^{ème} SECTION DU
PARQUET DE NANTERRE -

4^{ème} EME ETAGE - BUREAU 438

POUR LE: 24 JENVIER 1995

A : 9 HEURES 45

M.
Né (e) le à
fils/fille de et
profession
demeurant :
Nationalité :

Interpellé (e) le 04 janvier 1995 à 16 heures 30

LIEU pour usage de produits stupéf.
en possession des produits stupéfiants suivants :
une dose d'héroïne
est avisé (e) qu'il (elle) doit se présenter :

le 24 janvier 1995 à 9 heures 45

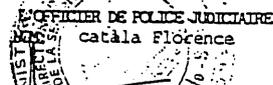
au secrétariat de la 2^{ème} section du Parquet de NANTERRE,
4^{ème} étage (bureau 438) muni d'une pièce d'identité pour être
entendu (e) par un Magistrat du parquet, à la suite de son
interpellation pour usage de produits stupéfiants à
le 04/01/95

afin d'éviter des poursuites pénales pour usage de stupéfiant
délit puni des peines correctionnelles (articles L.628, R 51
et R.5171 et suivants du Code de la Santé Publique).

A défaut de se présenter à la 2^{ème} Section le 24 janvier 1995
et de se conformer aux obligations qui lui seront notifiées
(notamment de se rendre à la DASS), il (elle) fera l'objet
d'une poursuite correctionnelle devant la 12^{ème} chambre
correctionnelle du Tribunal de Grande Instance de Nanterre
le : 13 AVRIL 1995 à 13 H 30.

Lecture faite, signe le présent.

AVIS A ETABLIR en 3 exemplaires/
pour la procédure
à remettre à l'interpellé



Annexe 10 : notification de l'injonction thérapeutique

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE NANTERRE (Hauts de Seine)
179-191, Avenue Joliot Curie - 92020 NANTERRE CEDEX -

PARQUET du PROCUREUR
de la REPUBLIQUE

2 ème Section
PROTECTION DES PERSONNES

NANTERRE LE :

STUPEFIANTS, usage illicite par :

M/

Application des articles L.628, L.628-1,
L.355-14 à 21 du Code de la Santé Publique,

NOTIFICATION tendant à inviter le susnommé à se soumettre à un examen médical et éventuellement à un traitement sous le contrôle de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale Hauts de Seine - Tour A - 10^e étage - Place de l'Hôtel de Ville à NANTERRE - Téléphone DASS : 40.97.97.97.

N.B.: L'attention du susnommé est attirée par l'importance de cette mesure prise dans son propre intérêt, car elle est de nature, s'il y consent, à lui éviter les poursuites pénales qu'il encourt devant le Tribunal Correctionnel en raison du délit qu'il a commis.

L'intéressé doit aussi s'engager à signaler à mon Parquet ou à l'autorité sanitaire ses changements d'adresses.

Je soussigné (nom et prénom)

DATE :

Né le

SIGNATURE:

à

Deumeurant à :

Reconnais avoir été avisé de la notification susmentionnée et m'engage à m'y conformer en me présentant sous huitaine au dispensaire du lieu de mon domicile :

Annexe 11 : Signalement à la DDASS

annexce 1

REPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA SECURITE SOCIALE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

USAGE DE STUPÉFIANTS

(Application de la loi n° 70-1320 du 31 Décembre 1970)

02519 A

Département :
Parquet du Procureur de la République près du Tribunal de
Grande instance de :

à Monsieur le Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale de :

J'ai l'honneur de vous informer que la personne désignée
ci-contre a fait l'objet d'un procès-verbal pour infraction à
l'article L. 628 du Code de la Santé Publique (usage illicite
de stupéfiants).

- J'ai décidé de ne donner aucune suite à cette affaire (1),
de citer directement l'intéressé devant le Tribunal correc-
tionnel (1)
- J'ai requis l'ouverture d'une information (1)
- J'ai saisi le Juge des enfants (1) (mineur pénal — assis-
tance éducative)
- J'ai enjoint à l'intéressé de subir une cure de désintoxica-
tion ou de se placer sous surveillance médicale (1). A cette
fin il devra se présenter à vos services dans un délai de :

à compter du :

Je vous prie de m'informer régulièrement du déroulement de
ce traitement.

 N° P.V.
 N° B.O.
 N° I.N.F.
 N° P.G.
 NOM :
 Prénoms :
 Fils de :
 et de :
 Sexe :
 Né le :
 A :
 Domicile :
 Nationalité :
 Profession :

RENSEIGNEMENTS :

a) Autres infractions à la législation sur les stupéfiants :

b) Affaire signalée par les services de :

c) Substance utilisée d'après déclaration :

d) Quantité et nature des substances saisies :

A

le

Le Procureur de la République

Cette fiche N° 3 doit être remplie et détachée par le Procureur de la République et adressée
ci-après à la DASS du département qualifié.

Annexe 12 : PV d'usage de stupéfiants

REF. POLICE FRANCAISE Direction Générale de la Police Nationale SERVICE B.S.P. Code INSEE: 75 056 171 Secteur :	COMPTE RENDU D'ENQUETE APRES IDENTIFICATION ----- USAGE DE STUPEFIANTS	Destinataires : AUTORITE JUDICIAIRE 95 - 026 - 8104		
		PARQUET DE PARIS 1ère Section IT Héroïne Dépôt (1)		
DATE (jour, mois, an, heure) 25/01/1995 19h00 (Département, Commune, Rue) LIEU d'INFRACTION : 75 PARIS 17 Rue de la jonquière Nature du lieu : V.P.				
MIS EN CAUSE : Nom, prénom : Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém.				
Date et lieu de naissance : 01/01/1964 à (Algérie) Catégorie pénale : <input checked="" type="checkbox"/> Majeur <input type="checkbox"/> Mineur				
Filiation : de Nationalité : algérienne				
Adresse : Garde à vue : <input type="checkbox"/> sans <input type="checkbox"/> - 24 h <input type="checkbox"/> + 24 h				
Surnom, alias : Antécédents stupe : <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Déjà connu				
PRODUITS	Quantité	Unité de mesure	Conditionnement	Mode d'utilisation
HEROINE	1/4	gr.	plastique blanc	injectée

N° 364/95

Affaire contre :

COPIES ET TRANSMIS
 2 feuillets
 à Monsieur le
 Procureur de la République
 Parquet de Paris
 26/01/1995

Chief de Service
 M. BUCCHET M. C.D.

PROCES - VERBAL

L'An mil neuf cent quatre vingt quinze
 le vingt cinq janvier à vingt et un heures quarante
 NOUS, Inspecteur de Police
 Officier de Police Judiciaire en résidence à Paris

Constatons que nous est présenté(e) le (la) nommé(e)
 interpellé(e) le 25/01/1995 à 19 heures CC
 par la G.P.

dans les circonstances énoncées dans le rapport le procès-verbal joint
 et qu'il nous est remis : 1/4 gr. héroïne -test merck positif-

l'Officier de Police judiciaire

Annexons au présent :

- Notification de garde à vue et des droits
 Notification de fin et déroulement de la garde à vue
 Réquisition(s) à médecin à interprète
 Certificat(s) médical(aux)

l'Officier de Police judiciaire

Annexe 13 : PV de convocation en justice

PROCÈS-VERBAL DE CONVOCATION EN JUSTICE
INFRACTIONS A LA LÉGISLATION SUR LES STUPEFIANTS

Le seize mai mil neuf cent quatre vingt quinze

A comparu

19 MAI 1995

3 PEINES

NOM - Prénoms :

Date et lieu de naissance : 26 août 1966 à Bagneux (92220)

Domicile : Chez ses parents,

Devant Nous

Inspecteur principal

Officier ou Agent de Police Judiciaire

qui lui avons déclaré ce qui suit :

En application de l'article 390-1 du code de procédure pénale, sur instructions de Monsieur le Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance de NANTERRE, je vous notifie que vous êtes convoqué(e) à l'audience du Tribunal Correctionnel de NANTERRE, 12^e chambre, Palais de Justice, 179-191, avenue Joliot Curie, 92000 NANTERRE.

LE mercredi 20 septembre 1995

A neuf heures trente

pour y être jugé(e) en tant que prévenu(e) d'

USAGE ILLICITE DE STUPEFIANTS (NATINF : 180)D'avoir à BAGNEUX le courant 1995 jusqu'au 15 mai
en tous cas sur le territoire national, depuis temps non couvert par la prescription,

fait usage illicite de Héroïne

, produit classé comme stupéfiant.

Faits prévus et réprimés par les articles L 628, R 5149 et R 5171 du code de la santé publique.

DÉTENTION (NATINF : 7991), CESSION OFFRE (NATINF : 7992), ACQUISITION (NATINF : 7993) DE STUPEFIANTSD'avoir à le
en tous cas sur le territoire national, depuis temps non couvert par la prescription,

transporté, détenu, offert, cédé, acquis de

, produit classé comme stupéfiant.

Faits prévus et réprimés par les articles 222-37 et 222-41 du code pénal.

FACILITATION DE JUSTIFICATION MENSONGÈRE (NATINF : 6977)D'avoir à le
en tous cas sur le territoire national, depuis temps non couvert par la prescription,

facilité, par tout moyen frauduleux, la justification mensongère de l'origine des ressources ou des biens de l'auteur de l'une des infractions mentionnées aux articles 222-34 à 222-37 du code pénal.

Faits prévus et réprimés par les articles 222-36 et 222-41 du code pénal.

CESSION OU OFFRE DE STUPEFIANTS EN VUE DE CONSOMMATION PERSONNELLE (NATINF : 2924)D'avoir à le
en tous cas sur le territoire national, depuis temps non couvert par la prescription, cédé ou offert des stupéfiants, en l'espèce de

à

en vue de sa consommation personnelle,

avec cette circonstance que l'offre ou la cession a été faite à des mineurs (NATINF : 1388) dans un centre d'enseignement ou d'éducation ou dans un local de l'administration (NATINF : 1389).

Faits prévus et réprimés par les articles 222-39 et 222-41 du code pénal.

Je vous précise que vous pouvez vous faire assister d'un avocat,
Je vous délivre copie du présent procès-verbal de convocation.

Signature de l'Officier ou de l'Agent
de Police Judiciaire

Signature du prévenu

Annexe 14 : lettre de rappel de la DDASS

REPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE
DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DES HAUTS-DE-SEINE

Bureau :
Tél :
Affaire suivie par : Nanterre, le

LE MEDECIN INSPECTEUR DE LA SANTE

A

Si vous souhaitez (avant ou après vous être présenté dans le centre indiqué) obtenir des explications supplémentaires, vous pouvez m'appeler au pour prendre un rendez-vous qui vous aidera peut-être à clarifier votre situation actuelle.

salutations. Je vous prie de recevoir mes meilleures

OBJET : Injonction thérapeutique

Monsieur,

J'ai constaté que, malgré l'obligation de soins qui vous avait été signifiée par le Parquet de le soumis à aucun contrôle médical, vous ne vous êtes

J'attire votre attention sur les conséquences de ce choix : vous vous êtes engagé chez Madame le Procureur de la République à vous présenter dans le centre de soins de

Cela a suspendu provisoirement les poursuites judiciaires, mais elles vont systématiquement reprendre si vous persistez à négliger l'obligation de soins. Cela signifie clairement que la peine de prison encourue à la suite de votre infraction (usage de stupéfiants) sera prononcée par le Tribunal et que vous aurez à la subir.

J'insiste encore sur le fait que l'injonction thérapeutique dont vous avez fait l'objet est une alternative à l'incarcération. C'est donc à vous seul de vous comprendre clairement les conséquences de votre refus de soins et d'en envisager les conséquences futures.

... / ...

P/ LE MEDECIN INSPECTEUR DE LA SANTE

Toute correspondance doit être adressée à Monsieur le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales

Annexe 15 : loi du 31 décembre 1970

**LOI N° 70.1320 DU 31 DECEMBRE 1970 RELATIVE AUX MESURES
SANITAIRES DE LUTTE CONTRE UN TOXICOMANIE ET A LA REPRESSION
DU TRAFIC ET DE L'USAGE ILLICITE DES SUBSTANCES VENENEUSES (1)**

- L'Assemblée Nationale et le Sénat ont adopté
- Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article premier

Le Livre III du Code de la Santé publique est complété ainsi qu'il suit :

**"TITRE VI"
"LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE"**

"Art. L.355-14 - Toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire.

"CHAPITRE PREMIER"

**"Dispositions particulières aux personnes signalées
par le procureur de la République"**

"Art. L.355-15 - Chaque fois que le procureur de la République par application de l'article L.628-1, aura-enjoint à une personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants, de suivre une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale, il en informera l'autorité sanitaire compétente. Celle-ci fait procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé.

"Art. L.355-16 :

- 1) Si, après examen médical, il apparaît que la personne est intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint de se présenter dans un établissement agréé choisi par l'intéressé, ou à défaut, désigné d'office, pour suivre une cure de désintoxication.
- 2) Lorsque la personne a commencé la cure à laquelle elle a été invitée, elle fait parvenir à l'autorité sanitaire un certificat médical indiquant la date du début des soins, la durée probable du traitement, et l'établissement dans lequel ou sous la surveillance duquel aura lieu l'hospitalisation ou le traitement ambulatoire.
- 3) L'autorité sanitaire contrôle le déroulement du traitement et informe régulièrement le parquet de la situation médicale et sociale de la personne.
- 4) En cas d'interruption du traitement, le directeur de l'établissement ou le médecin responsable du traitement en informe immédiatement l'autorité sanitaire qui prévient le parquet.

(1) J.O. 3 Janvier 1971. n° 74.

"Art. L 355-17 :

1) Si, après examen médical, il apparaît à l'autorité sanitaire que l'état de la personne ne nécessite pas une cure de désintoxication, cette autorité lui enjoindra de se placer, tout le temps nécessaire, sous surveillance médicale, soit d'un médecin choisi par elle, soit d'un dispensaire d'hygiène sociale ou d'un établissement sanitaire agréé, public ou privé.

2) Lorsque la personne s'est soumise à la surveillance médicale à laquelle elle a été invitée, elle fait parvenir à l'autorité sanitaire un certificat médical indiquant la date du début de cette surveillance et sa durée probable.

3) L'autorité sanitaire contrôle le déroulement du traitement et informe régulièrement le parquet de la situation médicale et sociale de la personne.

4) En cas d'interruption de la surveillance médicale, le médecin responsable du traitement en informe immédiatement l'autorité sanitaire qui prévient le parquet.

CHAPITRE II**"Dispositions particulières aux personnes signalées
par les services médicaux et sociaux"**

"Art. L.355-18 - L'autorité sanitaire peut être saisie du cas d'une personne usant d'une façon illicite de stupéfiants soit par le certificat d'un médecin, soit par le rapport d'une assistante sociale. Elle fait alors procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé

"Art. L.355-19 - Si après examen médical, il apparaît que la personne est intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint d'avoir à se présenter dans un établissement agréé, choisi par l'intéressé, ou à défaut désigné d'office, pour suivre une cure de désintoxication et d'en apporter la preuve.

"Art. L.355-20 - Si, après examen médical, il apparaît que l'état de la personne ne nécessite pas une cure de désintoxication, l'autorité sanitaire lui enjoindra de se placer tout le temps nécessaire, sous surveillance médicale, soit du médecin choisi par elle, soit d'un dispensaire d'hygiène sociale ou d'un établissement agréé, public ou privé.

"CHAPITRE III"**"Dispositions particulières aux personnes se présentant spontanément
aux services de prévention ou de cure".**

"Art. L.355-21 - Les toxicomanes qui se présenteront spontanément dans un dispensaire ou dans un établissement hospitalier, afin d'y être traités, ne seront pas soumis aux dispositions indiquées ci dessus. Ils pourront s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne pourra être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.

"Les personnes ayant bénéficié d'un traitement dans les conditions prévues à l'alinéa précédent, pourront demander au médecin qui les aura traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement".

Article 2.

Le chapitre premier du Titre III du Livre V du Code de la Santé publique est rédigé comme suit :

"CHAPITRE PREMIER"**"Substances vénéneuses"**

"Art. L.626 - Seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2.000 F à 10.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions des règlements d'administration publique concernant la production, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi des substances ou plantes ou la culture des plantes classées comme vénéneuses par voie réglementaire, ainsi que tout acte se rapportant à ces opérations.

"Les règlements visés ci-dessus pourront également prohiber toutes les opérations relatives à ces plantes et substances.

"Dans tous les cas prévus au présent article, les tribunaux pourront, en outre, ordonner la confiscation des substances ou des plantes saisies.

"Art. L.627 - Seront punis d'un emprisonnement de deux ans à dix ans et d'une amende de 5.000 F à 50 millions de francs, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions des règlements d'administration publique prévus à l'article précédent et concernant les substances ou plantes vénéneuses classées comme stupéfiants par voie réglementaire. Lorsque le délit aura consisté dans l'importation, la production, la fabrication, ou l'exportation illicites des dites substances ou plantes, la peine d'emprisonnement sera de dix à vingt ans.

"La tentative d'une des infractions réprimées par l'alinéa précédent sera punie comme le délit consommé. Il en sera de même de l'association ou de l'entente en vue de commettre ces infractions.

"Les peines prévues aux deux alinéas précédents pourront être prononcées alors même que les divers actes qui constituent les éléments de l'infraction auront été accomplis dans des pays différents.

"Seront également punis d'un emprisonnement de deux à dix ans et d'une amende de 5.000 francs à 50 millions de francs ou de l'une de ces deux peines seulement :

- 1) Ceux qui auront facilité à autrui l'usage des dites substances ou plantes, à titre onéreux ou à titre gratuit, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen.
- 2) Ceux qui, au moyen d'ordonnances fictives ou d'ordonnances de complaisance, se seront fait délivrer ou auront tenté de se faire délivrer lesdites substances ou plantes.
- 3) Ceux qui, connaissant le caractère fictif ou de complaisance de ces ordonnances, auront, sur la présentation qui leur en aura été faite, délivré lesdites substances ou plantes.

"Lorsque l'usage des dites substances ou plantes aura été facilité à un ou des mineurs de moins de vingt-et-un ans ou lorsque ces substances ou plantes leur auront été délivrées dans les conditions prévues au 3) ci-dessus, la peine d'emprisonnement sera de cinq à dix ans.

"Les tribunaux pourront, en outre, dans tous les cas prévus aux alinéas précédents, prononcer la peine de l'interdiction des droits civiques pendant une durée de cinq à dix ans.

"Ils pourront prononcer l'interdiction de séjour pendant une durée de deux ans au moins et de cinq ans au plus, contre tout individu condamné en vertu du présent article. Ils pourront également prononcer le retrait du passeport ainsi que, pour une durée de trois ans au plus, la suspension du permis de conduire.

"Les dispositions de l'article 59 (alinéa 2) du Code de procédure pénale sont applicables aux locaux où l'on usera en société de stupéfiants et à ceux où seront fabriquées, transformées ou entreposées illicitement lesdites substances ou plantes.

"Les visites, perquisitions et saisies ne pourront se faire que pour la recherche et la constatation des délits prévus au présent article. Elles devront être précédées d'une autorisation écrite du procureur de la République lorsqu'il s'agira de les effectuer dans une maison d'habitation ou un appartement, à moins qu'elles ne soient ordonnées par le Juge d'instruction. Tout procès-verbal dressé pour un autre objet sera frappé de nullité.

"Art. L.627-1 - Dans les hypothèses prévues à l'article L. 627, le délai de garde à vue est celui prévu aux premier et second alinéas de l'article 63 du Code de procédure pénale.

"Toutefois, le procureur de la République, dans les cas visés aux articles 63 et 77 du Code de procédure pénale, et le Juge d'instruction, dans le cas prévu à l'article 154 du même code, peuvent, par une autorisation écrite, la prolonger pour une durée de quarante-huit heures.

"Une deuxième prolongation peut être accordée dans les mêmes conditions pour une durée supplémentaire de vingt-quatre heures.

"Dès le début de la garde à vue, le procureur de la République doit désigner un médecin expert qui examinera toutes les vingt-quatre heures la personne gardée à vue et délivrera après chaque examen un certificat médical motivé qui sera versé au dossier.

"D'autres examens médicaux pourront être demandés par la personne retenue. Ces examens médicaux seront de droit.

"Art. L. 628 - Seront punis d'un emprisonnement de deux mois à un an et d'une amende de 500 F à 5.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants.

Art. L.628-1 - 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 L.355-15 à L.355-17.

"L'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui se seront conformées au traitement médical qui leur aura été prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme.

"L'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants lorsqu'il sera établi qu'elles se sont soumises, depuis les faits qui leur sont reprochés, à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale, dans les conditions prévues par les articles L.355-18 à L.355-21.

"Dans tous les cas prévus au présent article, la confiscation des plantes et substances saisies sera prononcée, s'il y a lieu, par ordonnance du président du tribunal de grande instance sur la réquisition du procureur de la République.

"Les dispositions prévues aux alinéas 2 et 3 ci-dessus ne sont applicables que lors de la première infraction constatée. En cas de réitération de l'infraction, le procureur appréciera s'il convient ou non d'exercer l'action publique, le cas échéant dans les conditions du premier alinéa.

"Art. L.628-2 - Les personnes inculpées du délit prévu par l'article L.628, lorsqu'il aura été établi qu'elles relèvent d'un traitement médical, pourront être astreintes, par ordonnance du Juge d'instruction ou du Juge des enfants, à subir une cure de désintoxication accompagnée de toutes les mesures de surveillance médicale et de réadaptation appropriées à leur état.

"L'exécution de l'ordonnance prescrivant cette cure se poursuivra, s'il y a lieu, après la clôture de l'information, les règles fixées par l'article 148-1 (alinéas 2 à 4) du Code de procédure pénale étant, le cas échéant, applicables.

"Art. L. 628-3 - La Jurisdiction de Jugement pourra, de même, astreindre les personnes désignées à l'article précédent à subir une cure de désintoxication, notamment en confirmant l'ordonnance visée à l'article précédent ou en prolongeant les effets. Dans ces deux derniers cas, cette mesure sera déclarée exécutoire par provision à titre de mesure de protection. Dans les autres cas, elle pourra, au même titre, être déclarée exécutoire par provision.

"Lorsqu'il aura été fait application des dispositions prévues à l'article L.628-2 et au premier alinéa du présent article, la Juridiction saisie pourra ne pas prononcer les peines prévues par l'article L.628.

"**Art. L.628-4** - Ceux qui se soustrairont à l'exécution d'une décision ayant ordonné la cure de désintoxication seront punis des peines prévues à l'article L.628, sans préjudice, le cas échéant, d'une nouvelle application des dispositions des articles L.628-2 et L.628-3.

"Toutefois, ces sanctions ne seront pas applicables lorsque la cure de désintoxication constituera une obligation particulière imposée à une personne qui avait été condamnée à une peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve.

"**Art. L.628-5** - La cure de désintoxication prévue par les articles L.628-2 et L.628-3 sera subie soit dans un établissement spécialisé, soit sous surveillance médicale. L'autorité Judiciaire sera informée de son déroulement et de ses résultats par le médecin responsable. Un règlement d'administration publique fixera les conditions dans lesquelles la cure sera exécutée.

"Les dépenses d'aménagement des établissements de cure, ainsi que les frais d'hospitalisation, de cure et de surveillance médicale entraînés par l'application des articles L.628-1 à L.628-3, seront pris en charge par l'Etat. Le règlement visé ci-dessus fixera les modalités d'application de cette disposition.

"**Art. L.628-6** - Lorsque le Juge d'instruction ou la Juridiction saisie aura ordonné à un inculpé de se placer sous surveillance médicale ou l'aura astreint à une cure de désintoxication, l'exécution de ces mesures sera soumise aux dispositions des articles L.628-2 à L.628-5 ci-dessus, lesquelles font exception aux articles 138 (alinéa 2-10°) et suivants du Code de procédure pénale en ce qu'ils concernent la désintoxication.

"**Art. L.629** - Dans tous les cas prévus par les articles L.627 et L.628, les tribunaux devront ordonner la confiscation des substances ou plantes saisies. Cette confiscation ne pourra toutefois être prononcée lorsque le délit aura été constaté dans une officine pharmaceutique si le délinquant n'est que le gérant responsable, à moins que le propriétaire de l'officine n'ait fait acte de complicité ou que la détention de ces substances ou plantes ne soit illicite.

"Dans les cas prévus au premier alinéa et au 3) du quatrième alinéa de l'article L.627, les tribunaux pourront interdire au condamné l'exercice de la profession à l'occasion de laquelle le délit aura été commis pendant un délai qui ne pourra excéder cinq ans.

"Dans les cas prévus au premier alinéa de l'article L.627, la confiscation des matériels et installations ayant servi à la fabrication et au transport des substances ou plantes devra être ordonnée.

"Dans les cas prévus au 1) du quatrième alinéa de l'article L.627, les tribunaux pourront ordonner la confiscation des ustensiles, matériels et meubles, dont les lieux seront garnis et décorés, ainsi que l'interdiction pour le délinquant, pendant un délai qui ne pourra excéder cinq ans, d'exercer la profession sous le couvert de laquelle le délit aura été perpétré.

"Quiconque contreviendra à l'interdiction de l'exercice de sa profession prononcée en vertu des alinéas 2 et 4 du présent article sera puni d'un emprisonnement de six mois au moins et de deux ans au plus, et d'une amende de 3.600 F au moins et de 36.000 F au plus, ou de l'une de ces deux peines seulement.

"**Art. L.629-1** - En cas de poursuites exercées pour l'un des délits prévus aux articles L.627 et L.628, le Juge d'instruction pourra ordonner à titre provisoire, pour une durée de trois mois au plus, la fermeture de tout hôtel, maison meublée, pension, débit de boissons, restaurant, club, cercle, dancing, lieu de spectacle, ou leurs annexes, ou lieu quelconque ouvert au public, ou utilisé par le public, où ont été commis ces délits par l'exploitant ou avec sa complicité.

"Cette fermeture pourra, qu'elle qu'en ait été la durée, faire l'objet de renouvellement dans les mêmes formes pour une durée de trois mois au plus chacun.

"Les décisions prévues aux alinéas précédents et celles statuant sur les demandes de mainlevée peuvent faire l'objet d'un recours devant la Chambre d'accusation dans les vingt-quatre heures de leur exécution ou de la notification faite aux parties intéressées.

"Lorsqu'une Juridiction de Jugement est saisie, la mainlevée de la mesure de fermeture en cours, ou son renouvellement pour une durée de trois mois au plus chaque fois, est prononcée selon les règles fixées par l'article 148-1, alinéas 2 à 4, du Code de procédure pénale.

"Sans préjudice de l'application des dispositions du Titre III du Code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, le tribunal pourra, dans tous les cas visés à l'alinéa premier, ordonner la fermeture de l'établissement pour une durée de trois mois à cinq ans et prononcer, le cas échéant, le retrait de la licence de débit de boissons ou de restaurant.

"Art. L.630 - Sans préjudice des dispositions de l'article 60 du Code pénal, seront punis d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 5.000 F à 500.000 F, ou de l'une ou de ces deux peines seulement, ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué à l'un des délits prévus et réprimés par les articles L.627 et L.628 alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet, ou qui les auront présentés sous un Jour favorable.

"Seront punis des mêmes peines ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué, alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet, à l'usage de substances présentées comme ayant les effets de substances ou plantes stupéfiantes.

"En cas de provocation au moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger, pourvu qu'elles aient été perçues en France, les poursuites prévues aux alinéas précédents seront exercées contre les personnes énumérées à l'article 285 du Code pénal, dans les conditions fixées par cet article, si le délit a été commis par la voie de la presse, et contre les personnes reconnues responsables de l'émission, ou, à leur défaut, les chefs d'établissements, directeurs ou gérants des entreprises ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit, si le délit a été commis par toute autre voie.

"Art. L.630-1 - Sans préjudice de l'application des articles 23 et suivants de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945, les tribunaux pourront prononcer l'interdiction du territoire français pour une durée de deux à cinq ans contre tout étranger condamné pour les délits prévus par les articles L.626, L. 628, L.628-4 et L.630. Ils pourront prononcer l'interdiction définitive du territoire français contre tout étranger condamné pour les délits prévus à l'article L.627.

"Le condamné sera dans tous les cas soumis aux dispositions des articles 27 et 28 de l'ordonnance précitée.

"Art. L.630-2 - Les peines prévues au présent chapitre seront portées au double en cas de récidive, dans les conditions de l'article 58 du Code pénal".

Article 3

Les dépenses de prévention résultant de l'application de l'article premier ainsi que les dépenses d'hospitalisation et de soins des personnes visées au chapitre III du dit article sont réparties entre l'Etat et les départements selon les dispositions de l'article L.190 du Code de la famille et de l'aide sociale.

Article 4

Les dispositions de l'article 2 de la présente loi sont applicables aux territoires d'outre-mer.

Toutefois, dans les territoires des Comores, des Iles Wallis et Futuna, de la Nouvelle-Calédonie et dépendances, de la Polynésie Française, et dans le territoire français des Afars et des Issas, les conditions dans lesquelles les personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants subiront la cure de désintoxication prévue par les articles L.628-1, L.628-2, L.628-3 et L.628-5, seront fixées par des délibérations des Assemblées locales.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris le 31 Décembre 1970

Par le Président de la République :

GEORGES POMPIDOU

**L e Premier Ministre,
JACQUES CHABAN-DELMAS**

**Le Garde des Sceaux, ministre de la Justice,
RENE PLEVEN**

**Le Ministre de l'Intérieur,
RAYMOND MARCELLIN**

**Le Ministre de l'Economie et des Finances,
VALERY GISCARD D'ESTAING**

**Le Ministre délégué auprès du Premier Ministre,
chargé des départements et territoires d'Outre-Mer,
HENRY REY**

**Le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité Sociale,
ROBERT BOULIN**

Annexe 16 : grille de recueil SME

LES OBLIGATIONS DE SOINS

° Fiche : _____ n° CPAL : _____

Interpellation

Date du jugement : _____ BOP : _____
 Durée sursis : _____ mois Durée SME : _____ mois
 Obligations de soins : R.38-4 R. 132-45-3
 Circonstances atténuantes retenues : non oui : _____

Statut civil

Date de naissance : ____ / ____ / 19____ Sexe : masculin
 Féminin
 Nationalité : _____
 Commune de domicile : 92____ ou en clair : _____
 Situation matrimoniale : célibataire marié concubinage séparé
 Nombre d'enfants : _____ Enceinte
 Profession : _____
 Niveau scolaire : _____ Diplôme : _____

Interpellation

Date des faits : ____ / ____ / ____
 Service : police urbaine gendarmerie SRPJ Brigade Stup
 Commune service : 92____ Paris Banlieue autre Région
 Commune interpellation : _____
 Lieu (décrire) : _____
 Circonstances : _____
 Produit : _____
 Description produit saisi : _____
 autre matériel saisi : _____
 autre infraction : non oui : _____
 Remarques : _____

Casier judiciaire :

Néant : autre :

Date	Natif	Faits abrégés	peine

Date	Natif	Faits abrégés	peine

Injonction thérapeutique antérieure : Date : / /

SUIVI PAR LE DELEGUE

Date 1ère visite : ___ / ___ / ___
 Date dernière visite : ___ / ___ / ___
 Nombre de rendez-vous pris : ___
 dont présence effective : ___
 nbre contacts tél. : ___

ANTECEDENTS SANITAIRES

Cures antérieures : non
 oui combien : ___
 Suivi en cours : non
 oui depuis : ___
 Suivis antérieurs : non
 oui hôpital
 médecin de ville
 association
 SST
 Produit de substitution :
 méthadone
 subutex
 autre : ___
 Médicaments associés :
 non oui
 Alcool : non oui
 Abstinence actuelle : non oui

SUIVI SANITAIRE 1

Orientation 1 vers :

médecin ville
 association
 psychiatre
 hôpital

Nom structure ou médecin :

Commune : _____

Date 1er rendez-vous : ___ / ___ / ___

Nombre de visites : _____

Certificat médical

Durée du suivi : _____

Fin du suivi : _____

Cause de cette fin :

Médicaments : non _____

Substitution : _____

Remarques :

SUIVI SANITAIRE 2

Orientation 1 vers :

médecin ville
 association
 psychiatre
 hôpital

Nom structure ou médecin :

Commune : _____

Date 1er rendez-vous : ___ / ___ / ___

Nombre de visites : _____

Certificat médical

Durée du suivi : _____

Fin du suivi : _____

Cause de cette fin :

Médicaments : non _____

Substitution : _____

Remarques :

**PARCOURS
PROFESSIONNEL**

Situation de départ :

Profession : _____
- CDI
- CDD ou intérim
- précaire
- stage
- RMI
- autre : _____

Certificat de travail :

non
oui, tous les mois
oui, quelques uns

Entreprise : _____

Date d'embauche : _____

Durée si départ : _____

Cause départ : _____

Salaire net : _____

**Changements
professionnels 2**

Situation 2 :

Profession : _____
- CDI
- CDD ou intérim
- précaire
- stage
- RMI
- autre : _____

Certificat de travail :

non
oui, tous les mois
oui, quelques uns

Entreprise : _____

Date d'embauche : _____

Durée si départ : _____

Cause départ : _____

Salaire net : _____

**Changements
professionnels 3**

Situation 3 :

Profession : _____
- CDI
- CDD ou intérim
- précaire
- stage
- RMI
- autre : _____

Certificat de travail :

non
oui, tous les mois
oui, quelques uns

Entreprise : _____

Date d'embauche : _____

Durée si départ : _____

Cause départ : _____

Salaire net : _____

**Changements
professionnels 4**

Situation 4 :

Profession : _____
- CDI
- CDD ou intérim
- précaire
- stage
- RMI
- autre : _____

Certificat de travail :

non
oui, tous les mois
oui, quelques uns

Entreprise : _____

Date d'embauche : _____

Durée si départ : _____

Cause départ : _____

Salaire net : _____

Annexe 17 : les sources de données de la jurisprudence

Plusieurs sources de données sont disponibles pour étudier la pratique des juridictions françaises en matière d'usage de stupéfiants :

- Les recueils d'arrêts et les revues juridiques

Nous avons dépouillé les recueils d'arrêts suivants :

Bulletin des arrêts de la chambre criminelle de la Cour de Cassation
 Bulletin des arrêts des chambres civiles de la Cour de Cassation
 Recueil Lebon (bulletin des arrêts du Conseil d'Etat et des Cours administratives d'appel)

comme leur nom l'indique, ces recueils contiennent uniquement les décisions rendues par les plus hautes juridictions de l'ordre judiciaire et de l'ordre administratif.

Ces décisions sont quelquefois publiées plus ou moins intégralement et commentées dans les revues juridiques ou les « Recueil Dalloz » :

Droit administratif
 Droit pénal
 La gazette du palais
 La semaine juridique
 Le quotidien juridique
 Revue des affaires sociales
 Revue de droit sanitaire et social
 Revue de droit public
 Revue de science criminelle

Nous avons dépouillé les recueils d'arrêts et les revues juridiques de 1971 à juin-juillet 1997 sauf Droit pénal car cette revue a été créée en 1989 seulement.

- Les bases de données juridiques

- Lexilaser Conseil d'Etat et Cour de Cassation

La base de données Lexilaser Conseil d'Etat est constituée des arrêts rendus par la section du contentieux de cette juridiction depuis 1980, et des arrêts rendus par les cinq cours administratives d'appel depuis 1989.

La base de données Lexilaser Cour de Cassation comprend les arrêts des chambres civiles, sociale, commerciale et criminelle ainsi que ceux de l'assemblée plénière publiés depuis 1986.

Ces deux bases de données contiennent tous les arrêts rendus par les juridictions suprêmes. Elles font état de la jurisprudence publiée dans le Recueil Lebon et dans le Bulletin de la Cour de Cassation puisque sont mentionnées les décisions objet d'une reproduction dans ces recueils d'arrêts.

Ces bases de données ne nous permettent pas, excepté pour le contentieux administratif, de connaître les décisions des Cours d'Appel.

Nous avons sélectionné la jurisprudence à partir de plusieurs mots-clés dont ceux-ci : toxicomanie, stupéfiants, usage de stupéfiants, usage illicite de stupéfiants, usage et trafic de stupéfiants, substances vénéneuses, drogue, organismes de sécurité sociale, cure de désintoxication, art. L. 628 CSP, loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970. Seuls les critères toxicomanie, usage de stupéfiants et usage illicite de stupéfiants ont donné des résultats intéressant notre propos.

Juris-Data

Existant depuis 1991 seulement, cette base de données payante s'est révélée une source fructueuse de jurisprudence puisqu'elle rend compte des arrêts rendus par les Cours d'Appel, et, quelquefois par les tribunaux.

Juris-Data ne fait état que des abstracts et du résumé des arrêts, ce qui ne permet pas toujours, notamment lorsque la jurisprudence diverge sur un point précis, de bien restituer le sens d'une décision.

- Les codes et la littérature

- Les codes

Plusieurs codes traitent des infractions à la législation sur les stupéfiants.

Le code de la santé publique incrimine l'usage illicite de stupéfiants (art. L 628). Jusqu'en 1992, année d'adoption du nouveau code pénal, le code de la santé publique incriminait aussi les actes de trafic (art. L 627). Depuis cette date, les infractions de trafic sont insérées dans le nouveau code pénal (art. 222-34 suiv.).

Le code des douanes réprime aussi notamment l'importation ou l'exportation sans déclaration de marchandises (art. 423, 424, 427 et 428), la contrebande et les délits assimilés (art. 417, 418 et 419).

Ces codes citent quelques arrêts.

- La littérature

Nous nous sommes appuyée sur le précis Dalloz de Droit de la drogue qu'a publié F. Caballero en 1989. Ce précis contient quelques références de jurisprudence.

Nous avons aussi recherché des références jurisprudentielles dans les juris-classeurs et dans les encyclopédies Dalloz ainsi qu'à travers des travaux consacrés à la toxicomanie⁴⁷³ les rapports officiels⁴⁷⁴ et articles de doctrine⁴⁷⁵. Ces références, fort peu nombreuses en particulier dans les juris-classeurs et encyclopédies Dalloz, sont dans l'ensemble, relatives aux actes de trafic de drogue.

Enfin, nous avons consulté les documents de travail d'un étudiant qui, fin 1996, a effectué une recherche doctrinale et jurisprudentielle sur l'usage de stupéfiants⁴⁷⁶.

⁴⁷³Barré (M.D.), 1994 ; Bernat de Célis (J.), 1996 ; Gortais (J.), Pérez-Diaz (C.), 1983

⁴⁷⁴Par exemple, Rapport Pelletier, 1978 ; Rapport Henrion, 1995.

⁴⁷⁵Notamment, Bisiou (Y.), 1991 ; Borricand (J.), 1989 ; Doll, 1971 ; Florio (M.), 1973 ; "La loi n° 70-1320 sur la lutte contre la toxicomanie", 1971 ; Vaubailon (M.), 1997.

⁴⁷⁶Flasaquier (A.), 1996.

Etudes & Données Pénales

- 1 - Robert (Ph.), *Vagabondage et mendicité, schéma de base*, Paris, SEPC, 1968, épuisé.
- 2 - Robert (Ph.), Saudinos (D.), *La médecine légale en France*, Paris, SEPC, 1968, épuisé.
- 3 - Robert (Ph.), *La réforme de la justice criminelle*, Paris, SEPC, 1969, épuisé.
- 4 - Robert (Ph.), *L'emprisonnement dans le système français de justice pénale*, Paris, SEPC, 1972, épuisé.
- 5 - Robert (Ph.), *Recherche criminologique et réforme du code pénal*, Note n° 1, Paris, SEPC, 1972, épuisé.
- 6 - Robert (Ph.), Gabet-Sabatier (C.), *Le statut des jeunes adultes délinquants*, Paris, SEPC, 1972, épuisé.
- 7 - Robert (Ph.), Faugeron (C.), Kellens (G.), *Les attitudes des juges à propos des prises de décision*, (pré-recherche exploratoire), Paris, SEPC, 1972, épuisé.
- 8 - Robert (Ph.), *L'avenir en milieu ouvert*, Paris, SEPC, 1972, épuisé.
- 9 - Faugeron (C.), *Recherche criminologique et casier judiciaire*, Paris, SEPC, 1973, épuisé.
- 10 - Lascoumes (P.), *Langage et justice*, Paris, SEPC, 1973, épuisé.
- 11 - Faugeron (C.), *Note sur la diversification des sentences*, Paris, SEPC, 1973, épuisé.
- 12 - Robert (Ph.), *Note de politique criminelle*, Paris, SEPC, 1973, épuisé.
- 13 - Lambert (Th.), Aubusson de Cavarlay (B.), Robert (Ph.), *La justice pénale et sa "clientèle", quelques données statistiques succinctes*, Paris, SEPC, 1974, épuisé.
- 14 - Robert (Ph.), Lascoumes (P.), *La crise de la justice pénale et sa réforme*, Paris, SEPC, 1974, épuisé.
- 15 - Aubusson de Cavarlay (B.), *La prévision de l'évolution des condamnations à partir des différences géographiques*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 16 - Godefroy (Th.), *Le coût du crime en France*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 17 - Godefroy (Th.), *Alcoolisme et coût du crime*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 18 - Weinberger (J.C.), *La perception de la gravité relative à des infractions dans la population française*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.

- 19 - Faugeron (C.), *L'image de la justice pénale dans la société*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 20 - Robert (Ph.), Moreau (G.), *La presse française et la justice pénale*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 21 - Faugeron (C.), *Les femmes, les infractions, la justice pénale : une analyse d'attitudes*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 22 - Lascoumes (P.), Moreau (G.), *L'image de la justice pénale dans la presse*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 23 - Godefroy (Th.), *Une analyse programmatique du système de justice pénale dans un arrondissement judiciaire*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 24 - Aubusson de Cavarlay (B.), Lambert (Th.), *Condamnations, âges et catégories socio-professionnelles, analyse et prévision*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 25 - Weinberger (J.C.), *La perception de la gravité des infractions. Une étude des divergences dans la population française*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 26 - Huré (M.S.), Aubusson de Cavarlay (B.), *Evolution des condamnations par nationalités et par professions*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 27 - Godefroy (Th.), *Le coût du crime en France en 1972 et 1973*, Paris, SEPC, 1976, épuisé.
- 28 - Weinberger (J.C.), *La perception de la gravité des infractions. Une étude du consensus dans la population française*, Paris, SEPC, 1976, épuisé.
- 29 - Lambert (Th.), *Sélection et orientation des affaires pénales*, Paris, SEPC, 1977, épuisé.
- 30 - Godefroy (Th.), *Le coût du crime en France en 1974 et 1975*, Paris, SEPC, 1977, épuisé.
- 31 - Laffargue (B.), *L'image de la justice criminelle dans la société. Le système pénal vu par ses "clients"*, Paris, SEPC, 1977, épuisé.
- 32 - Robert (Ph.), *Mémoire présenté à la Commission de révision du code pénal (document réservé)*, Paris, SEPC, 1977, épuisé.
- 33 - Robert (Ph.), *Mémoire sur l'état de la justice pénale (document destiné et réservé au Comité national de prévention)*, Paris, SEPC, 1978, épuisé.
- 34 - Robert (Ph.), *Les tendances lourdes du système pénal (document destiné et réservé à la Commission de pré-planification Justice-VIIIe Plan)*, Paris, SEPC, 1978, épuisé.

- 35 - Aubusson de Cavarlay (B.), *Note sur les condamnations par défaut*, Paris, SEPC, 1979, non publié.
- 36 - Godefroy (Th.), Laffargue (B.), *Le coût du crime en France en 1976-1977*, Paris, SEPC, 1980, épuisé.
- 37 - Laffargue (B.), *La détention provisoire et le contrôle judiciaire au cours de ces dix dernières années*, Paris, SEPC, 1980, non publié.
- 38 - Lascoumes (P.), Moreau-Capdevielle (G.), *Délinquance d'affaires et justice pénale*, Paris, SEPC, 1980, épuisé.
- 39 - Godefroy (Th.), Huré (M.S.), Laffargue (B.), *Statistiques sur les morts violentes*, Paris, SEPC, 1981, épuisé.
- 40 - Godefroy (Th.), Laffargue (B.), *Le droit de grâce et la justice pénale*, Paris, SEPC, 1981.
- 41 - Faugeron (C.), *Femmes victimes, femmes délinquantes. Etat des données*, Paris, SEPC, 1981.
- 42 - Lévy (R.), Zauberman (R.), *La pratique du sursis en France depuis 1960. Données juridiques et approche statistique*, Paris, SEPC, 1982, épuisé.
- 43 - Gortais (J.), Pérez-Diaz (C.), *Stupéfiants et justice pénale ; enquête pour l'année 1981*, Paris, SEPC, 1983.
- 44 - Gortais (J.), *La médecine légale en France*, Paris, SEPC, 1983.
- 45 - Lombard (F.), *Les systèmes d'indemnisation des victimes d'actes de violence*, Paris, SEPC, 1983.
- 46 - Tournier (P.), *La population carcérale. Dimension, structure et mouvements*, Paris, CESDIP, 1984, épuisé.
- 47 - Godefroy (Th.), Laffargue (B.), *Les coûts du crime en France. Données 1980, 1981 et 1982*, Paris, CESDIP, 1984.
- 48 - Lévy (R.), *Du flagrant délit à la comparution immédiate : la procédure d'urgence d'après les statistiques judiciaires (1977-1984)*, Paris, CESDIP, 1985.
- 49 - Tournier (P.), Leconte (B.), Meurs (D.), *L'érosion des peines : analyse de la cohorte des condamnés à une peine de trois ans et plus, libérés en 1982*, Paris, CESDIP, 1985.
- 50 - Barré (M.D.), Tournier (P.), Coll. Leconte (B.), *Le travail d'intérêt général. Analyse statistique des pratiques*, Paris, CESDIP, 1986, épuisé.

- 51 - Lévy (R.), Pérez-Díaz (C.), Robert (Ph.), Zauberman (R.), *Profils sociaux de victimes d'infractions ; premiers résultats d'une enquête nationale*, Paris, CESDIP, 1986, épuisé.
- 52 - Hertrich (V.), Faugeron (C.), *Les élèves-surveillants de 1969 à 1985, données statistiques*, Paris, CESDIP, 1987.
- 53 - Godefroy (Th.), Laffargue (B.), *Justice pénale et contentieux du travail*, Paris, CESDIP, 1987.
- 54 - Ocqueteau (F.), Pérez-Díaz (C.), *L'évolution des attitudes des Français sur la justice pénale (rapport intérimaire)*, Paris, CESDIP, 1988.
- 55 - Barré (M.D.), *Fréquence du recours à des peines privatives de liberté dans les pays du Conseil de l'Europe*, Paris, CESDIP, 1988, épuisé.
- 56 - Tournier (P.), *Réflexion méthodologique sur l'évaluation de la récidive*, Paris, CESDIP, 1988, épuisé.
- 57 - Faugeron (C.), Le Boulaire (J.M.), *La création du service social des prisons et l'évolution de la réforme pénitentiaire en France de 1945 à 1958*, Paris, CESDIP, 1988.
- 58 - Chevalier (G.), *Consensus et clientèles : les politiques socio-préventives locales en 1985 et 1986*, Paris, CESDIP, 1989.
- 59 - Godefroy (Th.), Laffargue (B.), *Les coûts du crime en France. Données 1984, 1985, 1986, 1987*, Paris, CESDIP, 1989.
- 60 - Seyler (M.), *L'isolement en prison. L'un et le multiple*, Paris, CESDIP, 1990.
- 61 - Faugeron (C.), Le Boulaire (J.M.), *Prisons et peines de prison : éléments de construction d'une théorie*, Paris, CESDIP, 1991.
- 62 - Tournier (P.), *La détention des mineurs : observation suivie d'une cohorte d'entrants*, Paris, CESDIP, 1991, épuisé.
- 63 - Macioszek (J.), Tournier (P.), *Base de données « SEPT », représentations graphiques*, Paris, CESDIP, 1991, épuisé.
- 64 - Tournier (P.), *Démographie des prisons françaises ; toujours plus ?*, Paris, CESDIP, 1992, épuisé.
- 65 - Faugeron (C.), Le Boulaire (J.M.), *Quelques remarques à propos de la récidive*, Paris, CESDIP, 1992.
- 66 - Godefroy (Th.) et Laffargue (B.), *Les coûts du crime en France, les dépenses de sécurité. Données pour 1988 à 1991*, Paris, CESDIP, 1993.

67 - Tournier (P.), *Jeunes en prison. Données statistiques sur la détention des moins de 21 ans, en France métropolitaine*, Paris, CESDIP, 1993, épuisé.

68 - Lombard (F.), Godefroy (Th.), Laffargue (B.), *Les « coûts du crime », prévention et répression, une approche locale*, Paris, CESDIP, 1993.

69 - Kensey (A.), Tournier (P.), *Libération sans retour ? Devenir judiciaire d'une cohorte de sortants de prisons condamnés à une peine à temps de 3 ans ou plus*, Paris, CESDIP, 1994.

70 - Barré (M.D.), coll. Froment (B.) et Aubusson de Cavarlay (B.), *Toxicomanie et délinquance, du bon usage de l'usager de produit illicite*, Paris, CESDIP, 1994.

71 - Godefroy (Th.), Laffargue (B.), *Les coûts du crime en France. Estimation monétaire des criminalités données pour 1988 à 1991*, Paris, CESDIP, 1995.

72 - Aubusson de Cavarlay (B.), Huré (M.S.), avec la collaboration de Aillet (V.), Barré (M.D.), *Arrestations, classements, défèrements, jugements, suivi d'une cohorte d'affaires pénales de la police à la justice*, Guyancourt, CESDIP, 1995.

73 - Allain (E.), *Le référé-liberté, genèse et mise en oeuvre de la loi du 24 août 1993*, Guyancourt, CESDIP, 1996.

74 - Secondi-Nix (M.), *Lutte contre le racisme et justice pénale. Rôle des associations*, Guyancourt, CESDIP, 1996.

75 - Mary (F-L.), *Femmes, délinquances et contrôle pénal, Analyse socio-démographique des statistiques administratives françaises*, Guyancourt, CESDIP, 1996.

76 - Tournier (P.), Mary (F.L.), Portas (C.), *Au delà de la libération, observation suivie d'une cohorte d'entrants en prison*, Guyancourt, CESDIP, 1997.

Dépôt légal

mars 1998

N° ISBN 2 -907370-40-5

