

LES OBLIGATIONS DE SOINS AUX TOXICOMANES

Laurence Simmat-Durand, Maître de Conférences de démographie à l'Université de Tours et chercheur au CESDIP, résume ici les principaux résultats d'une recherche effectuée dans le cadre d'une convention avec l'INSERM, Programme Santé et Société.

La recherche qui se termine propose différentes approches de la mise en œuvre de la loi de 1970 vis-à-vis des usagers de stupéfiants. Un résumé de trois aspects de ce travail est proposé ici.

I - Les dispositions sanitaires et pénales

1°) *Le dispositif initial*

La loi de 1970¹ distingue trois moments du processus pénal où l'usager de stupéfiants peut faire l'objet d'une obligation de soins :

- ◆ au début de la procédure judiciaire, elle peut être proposée par le parquet, en alternative aux poursuites pénales (art. L. 628-1 CSP²) ;
- ◆ en cours de procédure judiciaire, le juge d'instruction ou le juge des enfants peut imposer la surveillance médicale (art. L. 628-2 CSP) ;
- ◆ lors du jugement, le tribunal peut prononcer une mesure de soins (art. L.628-3 CSP), soit parce que l'usager l'a refusée auparavant, soit au contraire pour la prolonger si elle a démarré au titre de l'article précédent.

L'évolution des pratiques montre un recentrage sur la première d'entre elles et la quasi-disparition des deux autres au profit de dispositions de droit commun.

2°) *Le dispositif actuel*

Le dispositif actuel est mal connu, ne serait-ce que par l'absence de relevé statistique des mesures ordonnées au niveau national.

L'injonction thérapeutique

La première obligation de soins, issue de l'article L. 628-1 a subi de multiples adaptations ; elle est communément désignée sous l'appellation d'injonction thérapeutique, depuis une circulaire du ministre de la Justice de 1984 employant ce terme³. Après les difficiles débuts de sa mise en œuvre, elle paraît devoir être définitivement abandonnée au cours des années 1980. Sa relance en 1987, largement relayée par les médias, et l'octroi de crédits spécifiques la font redécouvrir. Cette disposition sera ensuite englobée dans les conventions d'objectifs signées en 1993 entre l'Etat et les collectivités locales ; différentes circulaires incitent à sa généralisation à l'ensemble du territoire national.

Les autres obligations de soins

Les deux autres obligations de soins prévues initialement ne sont plus appliquées par les magistrats, mais ont été remplacées par des mesures de droit commun prévoyant une surveillance médicale et applicables quel que soit le délit. En effet, le dispositif initial ne vise que les infractions à l'article L. 628, c'est-à-dire exclusivement l'usage illicite, donc ni les autres infractions à la législation sur les stupéfiants, ni les délits associés (vols par exemple).

La première de ces obligations s'inscrit dans le cadre du contrôle judiciaire. Celui-ci peut être prononcé lors des poursuites directes devant le tribunal correctionnel ou lors d'une mise à l'instruction ; il comporte différentes obligations auxquelles le prévenu doit se soumettre dont éventuellement celle concernant des soins.

La seconde est prononcée par la juridiction de jugement dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve. La peine d'emprisonnement avec sursis total ou partiel comporte un certain nombre d'obligations. En cas de manquement, le Juge de l'Application des Peines (JAP) peut demander la révocation du sursis. Actuellement, cette mesure est prévue par l'article 132-45 alinéa 3 du nouveau code pénal⁴. Ces mesures ne sont pas spécifiques aux seuls toxicomanes mais leur sont applicables.

Le nouveau code pénal prévoit un ajournement avec mise à l'épreuve⁵, où le prononcé de la peine est suspendu à l'exécution d'obligations particulières, dont des obligations de soins.

Enfin, une quatrième obligation de soins peut être décidée par le Juge de l'Application des Peines dans le cadre d'une libération conditionnelle, dont peut bénéficier une personne condamnée après exécution de la moitié de sa peine d'emprisonnement⁶.

II - Les statistiques nationales

Le recueil organisé par le ministère de la Justice dans une "Fiche de renseignements statistiques sur l'application de la loi du 31 décembre 1970" a été abandonné en 1981.

A cette date, et pour deux années, le recueil du nombre d'injonctions thérapeutiques est repris dans "Les cadres du parquet", avant d'en être supprimé. Il y sera de nouveau inséré à partir de l'année 1992.

Pour les autres obligations de soins, le recueil des données, d'abord intégré dans la "Fiche Statistique" a été définitivement abandonné en 1981⁷.

De son côté, le ministère de la Santé (DGS) organise par l'intermédiaire des DDASS un recensement des mesures prononcées par les parquets et suivies par les services sanitaires. Les données ne sont pas régulièrement publiées.

A partir de ces différentes sources, nous avons pu reconstituer une série à peu près complète depuis 1971 :

Tableau n° 1 - Nombre d'injonctions thérapeutiques

Années	Effectifs	Années	Effectifs
1971	352	1984	
1972	532	1985	
1973	598	1986	2108
1974	732	1987	2617
1975	815	1988	3803
1976	847	1989	

prononcées par les parquets au niveau national

Source : 1971-1981, fiche de renseignements statistiques ; 1982-1983, cadres du parquet (non publiés) ; 1986-1990, enquêtes DGS ; 1992-1996, cadres du parquet.

L'enquête du SESI⁸ estime le nombre de toxicomanes accueillis par les structures spécialisées sur une demande d'origine judiciaire, mais sans distinguer les injonctions thérapeutiques des autres obligations de soins. Pour les

dernières années, 10 % environ des toxicomanes accueillis au mois de novembre étaient dans ce cas.

III - Les résultats d'une enquête locale

Une enquête de terrain a été menée à l'échelon d'un département de la région parisienne afin de disposer de données sur les personnes soumises à de telles obligations de soins, en l'absence de données nationales. Deux cohortes ont pu être constituées, portant toutes deux sur l'année 1995 : la première concerne des injonctions thérapeutiques, la seconde des obligations de soins dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve.

1°) Les injonctions thérapeutiques

Le parquet étudié a prononcé 333 mesures d'injonction thérapeutique pour l'année 1995. Ce traitement pénal, conformément aux circulaires en la matière, est réservé quasiment exclusivement à des usagers d'héroïne (79 %) ou de cocaïne (11 %) ; seuls 6 % consommaient du cannabis. Cependant, au niveau national, il est avéré que de nombreux parquets utilisent davantage cette mesure pour des usagers de cannabis⁹.

Les caractéristiques des personnes

Les injonctions thérapeutiques concernaient surtout des hommes (près de 87 %), de nationalité française (88 %), dont l'âge moyen et médian était très proche de 28,5 ans. Ces caractéristiques générales cadrent bien avec celles obtenues dans des enquêtes antérieures sur la même juridiction comme avec les données sanitaires fournies par l'enquête de novembre du SESI.

Sur les 333 personnes ayant fait l'objet d'une mesure, 182 se sont présentées au rendez-vous judiciaire au parquet et ont été orientées sur le service de la DDASS, qui disposait d'une permanence dans les locaux mêmes de la juridiction.

Pour ces personnes reçues par le délégué de la DDASS, la précision des données recueillies nous permet d'approfondir cette notion d'âge : les usagers observés ont un âge moyen élevé, associé à des durées de consommation longues : leur âge au début de la consommation d'un produit illicite se situe en fin d'adolescence.

Pour les seuls usagers actuels d'héroïne, le premier produit illicite consommé a été dans près de la moitié des cas le cannabis (avec un âge de début entre 16 et 20 ans) : l'autre moitié a débuté directement par l'héroïne, souvent à l'âge adulte. Le graphique n° 1 illustre la superposition de ces deux parcours.

Graphique n° 1 - Répartition des usagers d'héroïne selon l'âge au début de la consommation et le produit initial

Effectifs

Age de début

Ainsi, sur la totalité des personnes soumises à l'injonction thérapeutique, seules 38 % n'avaient aucun antécédent judiciaire. Pour les autres, on constate que leur présence ou leur absence à l'injonction thérapeutique dépend de leurs antécédents : les personnes ayant un grand nombre d'antécédents (plus de 11) se présentent bien plus souvent. Ce résultat est conforme aux représentations des acteurs du champ sanitaire selon lesquels les personnes ayant eu de multiples contacts avec le système judiciaire savent mieux l'utiliser, y compris pour échapper aux poursuites pénales.

Le suivi sanitaire

Une négociation entre le parquet et les services de la DDASS a abouti à un accord stipulant que le suivi sanitaire sera considéré comme positif dès lors que l'usager de stupéfiants se sera présenté à trois consultations. Cette dernière notion est à prendre au sens large puisqu'il peut s'agir aussi bien d'une visite médicale que d'un rendez-vous auprès d'une association.

Au niveau sanitaire, la durée moyenne des suivis a été d'environ quatre mois. Les orientations choisies sont le plus souvent un centre spécialisé ou un hôpital (53 %), un médecin généraliste dans le cadre d'un réseau ville-hôpital (23 %), plus rarement le service de la DDASS lui-même, le médecin traitant ou une autre structure, type CMS ou CMPP¹⁰. Par comparaison avec les orientations effectuées par d'autres services comparables, la forte dotation du département en structures spécialisées explique en grande partie le résultat observé.

Sur les 182 personnes orientées par la DDASS, 163 sont soumises à l'obligation de soins et leur suivi a été positif.

Quand on s'intéresse aux seuls antécédents d'usage de stupéfiants et au résultat du suivi sanitaire, on note par contre que le suivi est plus souvent considéré comme négatif (par les services de la DDASS) lorsque la personne a plus de deux antécédents d'usage de stupéfiants et plus souvent positif quand la personne n'avait aucun antécédent de ce type.

Les décisions judiciaires

Sur les 333 injonctions thérapeutiques prononcées, 190 ont abouti à un classement sans suite et 119 à une audience du tribunal correctionnel. Les condamnations ont été sévères puisque 45 % ont consisté en un sursis avec mise à l'épreuve et 38 % en une peine d'emprisonnement ferme. Seule une affaire s'est terminée par une peine d'amende. Il est important de souligner qu'une convocation étant remise par l'OPJ¹¹ pour l'audience, tous ces jugements sont réputés contradictoires.

La décision prise par le parquet est directement liée au résultat du suivi par la DDASS puisque 86 % des classements sans suite ont lieu après un suivi positif.

2°) Les obligations de soins suivies au CPAL¹²

La deuxième cohorte observée concerne des obligations de soins dans le cadre d'une peine d'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve. A la différence de la cohorte des injonctions thérapeutiques qui ne concerne que des faits d'usage illicite de stupéfiants, celle-ci comprend d'autres infractions à la législation sur les stupéfiants : 39 % pour l'offre-cession ou le transport et 3 % pour des affaires de trafic.

Le produit dominant reste l'héroïne (à 80 %), suivi par la cocaïne, seule ou en association (11 %).

Les trois quarts des personnes ont été jugées dans le cadre d'une procédure de poursuite directe¹³, mais un quart a fait l'objet d'une instruction. Un quart de la cohorte a été condamné à une peine comportant une part d'emprisonnement ferme.

Sur les 139 personnes que comporte la cohorte, 83 % ont été effectivement suivies par le CPAL, les autres ont fait l'objet d'un dessaisissement sur une autre juridiction ou de recherches nationales infructueuses.

Les caractéristiques des personnes

L'âge moyen observé était là aussi de 28 ans. 86 % étaient des hommes ; 77 % étaient de nationalité française et 14 %

de nationalités algérienne, marocaine ou tunisienne.

Les personnes soumises à cette obligation étaient dans une situation précaire : 27 % vivaient ainsi avec le RMI ou l'allocation adulte handicapé. Près de 30 % étaient au chômage, le plus souvent de longue durée (plus d'un an dans deux tiers des cas).

Les personnes observées avaient là aussi un passé judiciaire ~~et sanitaire lourd~~ : ~~seules un quart d'entre elles avaient un~~ casier judiciaire vierge et les deux tiers un suivi sanitaire déjà en cours. Sur la centaine de personnes pour lesquelles nous disposons de renseignements médicaux, 30 étaient contaminées par le sida ou les hépatites et 7 avaient une dépendance alcoolique ou médicamenteuse.

La durée du suivi a été en moyenne de 26 mois. Sur cette période, les personnes ont eu en moyenne recours à 1,67 structures sanitaires. Dans 44 % des cas, ce suivi a eu lieu dans un centre spécialisé, dans 41 % des cas à l'hôpital et en médecine de ville pour les 15 % restants.

* * *

L'analyse présentée ici succinctement, permet de mettre à jour différentes caractéristiques des deux obligations de soins.

Ces deux mesures ont des portées juridiques différentes. Rappelons que l'injonction thérapeutique n'est applicable que pour l'usage illicite alors que l'autre obligation de soins l'est quel que soit le délit. L'injonction thérapeutique prend place dans le cadre de l'abandon des poursuites et à ce titre reste

VIENT DE PARAÎTRE

MUCCHIELLI (L.), *La découverte du social. Naissance de la sociologie en France (1870-1914)*, Paris, La Découverte, 1998.

MUCCHIELLI (L.), *Le cas Spencer. Religion, science et politique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998 (en collaboration avec D. BECQUEMONT).

ROBERT (Ph.), POTTIER (M.-L.), Sur l'insécurité et la délinquance, *Revue française de science politique*, 1997, 47, 5, pp. 630-644.

ROBERT (Ph.), POTTIER (M.-L.), "On ne se sent plus en sécurité". Délinquance et insécurité. Une enquête sur deux décennies, *Revue française de science politique*, 1997, 47, 6, pp. 707-740.

ZAUBERMAN (R.), Le traitement des vols et cambriolages par la Gendarmerie Nationale en France, *Déviance et Société*, 1997, vol. 21, n° 4, pp. 323-363.

ZAUBERMAN (R.), La répression des infractions routières : le gendarme comme juge, *Sociologie du travail*, 1998, XL, 1, pp. 43-64.