



Pratiqu(e)s

# santé >< justice

Les soins obligés en addictologie



Depuis 2011, la F3A (Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie) et l'Anitea (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie) ont fusionné pour devenir la **Fédération Addiction**.

Ce guide santé-justice sur les soins obligés paru en 2009 est le résultat d'une réflexion collective et participative des professionnels issus de l'alcoologie rejoints par des professionnels issus de la toxicomanie. Il est l'un des premiers projets menés en commun par les deux réseaux.

Compte tenu du succès de ce guide, nous le rééditons dans la collection Pratique(s) de la Fédération Addiction.

La réflexion Santé justice se poursuit au sein de la Fédération Addiction tant sur le milieu ouvert que sur le milieu carcéral pour contribuer à l'évolution des pratiques et à l'amélioration de l'articulation des professionnels des deux champs.



Ce guide sur les soins obligés a été réédité grâce au soutien de la Direction Générale de la Santé



# Éditorial

*Des enjeux majeurs pour les personnes présentant des conduites addictives problématiques se jouent à l'intersection des missions des institutions du soin et des services de la justice. Or les relations entre ces deux systèmes, obligés de coopérer, sont marquées du sceau de la complexité. Les cultures sont aux antipodes l'une de l'autre, certains des objectifs poursuivis semblent très proches, d'autres radicalement différents. La place du Sujet n'est pas la même. Il en résulte des malentendus qu'il est important de lever.*

*La Commission santé justice de la F3A, rejointe aujourd'hui par l'Anitea poursuit cet objectif depuis plusieurs années, après qu'elle a eu repris les missions de l'APECAPP. La réflexion qu'elle poursuit rencontre donc un élément de complexité supplémentaire avec la prise en compte des spécificités du traitement judiciaire des drogues illicites.*

*La plupart des fiches, réalisées par un binôme santé justice, ont vocation à apporter des éléments d'information utiles à l'action. Ce guide ne se veut pas figé : le paysage addictologique et judiciaire change, tous les sujets n'ont pas été traités, des erreurs ont pu se glisser, peut-être des positions peuvent-elles faire débat ... une prochaine édition réactualisée devrait voir le jour. C'est dire que vos remarques, encouragements, critiques, demande d'approfondissement seront les bienvenus.*

*Au moment d'éditer ce guide, nos remerciements vont à celles et ceux qui en ont rendu sa réalisation possible : la MILDT qui a contribué financièrement, les membres de la Commission et tous les rédacteurs sollicités, aux relecteurs et aux membres du Comité scientifique et bien sûr à Emma Tarlevé. Sous sa houlette, chacun a pu écrire, corriger, mettre en forme cette contribution à ce que les interrelations santé justice gagnent en harmonie et en efficacité, pour le plus grand bien des personnes dont nous avons un temps la charge.*

Jean-Pierre Couteron  
Président de l'Anitea



Patrick Fouilland  
Président de la F3A





# Sommaire

## **6**      **introduction**

## **7**      **cadre de l'intervention**

- 8**      - Les drogues en France :  
            Lois, réglementation, organisation des dispositifs
- 14**     - Secret médical et secret professionnel
- 17**     - Articulation entre un SPIP et un CSAPA
- 22**     - Spécificités des usages et des usagers de stupéfiants
- 26**     - Loi et loi

## **29**     **application de la loi**

- 30**     - La procédure pénale pour la personne majeure
- 32**     - Définition des mesures judiciaires pour la personne majeure
- 36**     - Définition des mesures judiciaires pour la personne mineure
- 39**     - Les soins obligés en addictologie

## **45**     **l'accès aux soins**

- 46**     - Les soins en addictologie :  
            principes et conceptions
- 48**     - Les lieux de soins
- 52**     - Les comportements de consommation d'alcool et de drogues :  
            Évaluation et modalités de prise en charge
- 60**     - Les moyens thérapeutiques
- 64**     - Le sevrage de l'alcool

## **69**     **articulation santé-justice**

- 70**     - Protocole en milieu fermé :  
            Pour une meilleure articulation santé-justice
- 73**     - Protocole en milieu ouvert sur les obligations de soins :  
            Exemple de Dax
- 75**     - Protocole pour les orientations sanitaires et sociales :  
            Exemple de l'APLEAT – Orléans
- 77**     - Regard sur nos habitudes professionnelles :  
            Approche humaniste

## **81**     **annexes**

- 82**     - Annexes
- 86**     - Bibliographie et textes de références

# Introduction

Amenés à coopérer dans le cadre des soins obligés, les professionnels de la santé et de la justice s'inscrivent cependant dans des logiques d'interventions différentes. Les objectifs, les pratiques, les contraintes et obligations respectives peuvent paraître éloignés voire contradictoires. Ces éléments constituent souvent un frein à une collaboration optimale pourtant essentielle pour accompagner les personnes placées sous main de justice. Alors, comment faire coïncider la logique judiciaire dont la mission est de protéger la société, garantir le vivre-ensemble, lutter contre la récidive avec la logique du soin basée sur l'intervention à partir du volontariat, l'adaptation au rythme de l'utilisateur ? Comment saisir l'opportunité de la «rencontre obligée» et permettre à l'utilisateur de s'approprier la démarche, de trouver un réel intérêt au suivi qui lui est proposé et de dépasser la pression de la contrainte ?

Depuis 2006, la commission santé-justice de la Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie mène une réflexion sur la question des soins obligés et s'attache à promouvoir une meilleure articulation entre les professionnels des deux champs. À la suite de la tenue d'un premier colloque en 2007 sur le thème «Peut-on soigner sous contrainte ?», les membres de la commission ont fait le constat d'un besoin réciproque des professionnels de la santé et de la justice de mieux se connaître pour mieux se reconnaître et travailler ensemble. La F3A rejoint par l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie (Anitea) a souhaité s'engager dans la réalisation d'un guide des soins obligés. Rédigé par des professionnels du soin et par leurs partenaires justice, ce guide a pour but d'améliorer la qualité de vie professionnelle des acteurs de la santé et de la justice opérant dans le domaine des addictions.

À l'heure où le dispositif pénal et judiciaire évolue (avec l'extension de l'injonction thérapeutique, l'instauration d'une interface par le médecin-relais, la création des «stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants») et dans un contexte où l'accompagnement et la prise en charge des addictions se réorganise (avec notamment la mise en place des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie regroupant sous une même entité juridique les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie et les Centres de Spécialisés de Soins aux Toxicomanes), il semble opportun de tenter de définir les cadres d'intervention des uns et des autres. Ainsi, en explicitant ce cadre juridique et institutionnel où la personne sous main de justice et les partenaires se situent, en décrivant les différents modes d'accompagnement et de prise en charge, ce guide sur les soins obligés se veut être un outil pratique, facilitant les coopérations entre les acteurs.

Attention, ce guide n'est pas exhaustif. Son contenu est principalement axé sur le parcours d'une personne majeure dont l'accompagnement et la prise en charge relèvent des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation et des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. Le parcours de la personne mineure n'est que très peu abordé et doit faire l'objet d'un approfondissement en soi.

Attention, ce guide n'est pas immuable. Il est amené à se modifier en fonction des évolutions législatives mais aussi des pratiques professionnelles. Enfin, s'il y a une volonté de s'ancrer dans une culture addictologique, il est essentiellement le résultat de réflexions menées à partir d'expériences en alcoologie où la participation de l'Anitea a permis d'apporter des éclairages sur les spécificités liées aux usages et usagers de produits stupéfiants.

# cadre de l'intervention

Les drogues en France :  
Lois, réglementation, organisation des dispositifs

Secret médical et secret professionnel

Articulation entre un SPIP et un CSAPA

Spécificités des usages et des usagers de stupéfiants

Loi et loi

# Les drogues en France

## lois, réglementation, organisation des dispositifs

Les statuts juridiques des substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments psychotropes, stupéfiants) ont été définis en fonction d'impératifs économiques, sociétaux et de santé publique. En France, l'alcool, le tabac et certains médicaments psychotropes relèvent d'un régime d'autorisation réglementée et sont qualifiés de «drogues licites». Les substances classées comme stupéfiants, en référence aux conventions internationales relèvent d'un régime d'interdiction stricte et sont qualifiées de «drogues illicites».

Cette différence de statut juridique a longuement contribué, depuis le début du XXème siècle, au développement des représentations sociales et à la stigmatisation des usagers (alcooliques, toxicomanes...), ainsi qu'au cloisonnement des structures qui les prennent en charge et au clivage entre les professionnels du soin et de la répression.

La politique publique des 20 dernières années s'est traduite d'un côté par un renforcement des mesures réglementaires et une diversification des réponses pénales et d'un autre côté par une profonde évolution des modalités de prise en charge, basée sur une approche globale de l'utilisateur, de nouvelles thérapies et des collaborations intersectorielles.

Dans leur ensemble, les mesures visent à réduire l'accessibilité aux produits jugés toxiques, en agissant sur la production et la distribution, à favoriser la fiscalisation, à protéger les jeunes, à prévenir les risques sanitaires et sociaux, à organiser les soins et à réprimer les infractions et délits.

## *Les points clés de la législation*

### **Cadre légal en matière d'alcool**

Si la réglementation de la production et du commerce est ancienne, la lutte contre l'abus d'alcool n'est devenue une préoccupation de santé publique qu'à la fin du XIXème siècle. En 1954, la France élabore le **code des débits de boissons** (CDB), code actuellement intégré au code de santé publique (CSP).

- La vente et la consommation de boissons alcoolisées dans les débits de boissons sont soumises à **autorisation** (licences) en fonction des groupes de boissons proposées.

- **La vente d'alcool est interdite aux mineurs.** Jusqu'en 2009, les mineurs de 16-17ans pouvaient acheter et consommer dans les bars des boissons fermentées (vins, bières, cidre) mais la loi Hôpital – Patients – Santé – Territoires (HPST), loi dite «Loi Bachelot» promulguée en juillet 2009, simplifie la réglementation en interdisant toute vente d'alcool aux moins de 18 ans. La protection des jeunes se traduit aussi par l'interdiction d'installer des débits de boissons sur les périmètres protégés : autour des établissements scolaires, des stades, des piscines, des terrains de sports ...) et par toute consommation à l'intérieur des établissements scolaires.

- **L'interdiction de publicité** pour l'alcool, telle que définie par la loi dite «loi Evin» du 10 janvier 1991, a fait l'objet d'assouplissements successifs. Interdite dans les médias accessibles aux jeunes (télévision, radio, presse jeune), elle reste autorisée avec restrictions, par voie d'affichage et sur les documents publicitaires sous réserve de mention «l'abus d'alcool est dangereux pour la santé».

- **L'ivresse sur la voie publique** est une infraction, passible d'une contravention de deuxième classe, la récidive pouvant être qualifiée de délit (Code pénal).

- L'état d'ivresse est également interdit sur les **lieux de travail**. Le règlement intérieur des entreprises doit préciser les restrictions et interdictions de consommation pour les «**postes à risque**».

# Les drogues en France

- En matière de **Sécurité routière**, le seuil légal d'alcoolémie tolérée se situe en-dessous de 0,5 g/l de sang (Décret du 29 août 1995).

Entre 0,5 et 0,8 g/l, le conducteur est passible d'un retrait de 6 points de permis ou de suspension, de confiscation du véhicule et d'une amende.

Au-delà de 0,8g/l, la conduite est délictueuse et passible d'une peine pouvant aller jusqu'à 2 ans de prison, d'une amende de 4500 euros et de retraits de points ou du permis. Le fait d'avoir provoqué un accident est un facteur aggravant (peine jusqu'à 10 ans de prison).

**L'abus d'alcool est reconnu comme une pathologie**, prise en charge par la Sécurité sociale (Loi du 15 avril 1954). Un traitement peut être imposé par un tribunal aux auteurs d'infractions ou de délits liés à l'alcool (**Obligations de soin**).

*L'abus d'alcool est reconnu comme une pathologie, prise en charge par la Sécurité sociale*

## Cadre légal concernant le tabac

Le monopole exercé par l'Etat français sur la production et la vente de tabac explique l'apparition tardive des lois de Santé Publique visant à protéger les non fumeurs et à inciter les fumeurs à l'arrêt de leur consommation.

La Loi Veil, du 9 juillet 1976, visait à restreindre la publicité mais a été rapidement contournée par les industriels.

La Loi de référence est la loi du 10 Janvier 1991, dite Loi Evin, qui comporte quatre axes :

- Interdiction de toute **publicité** pour les produits du tabac en dehors des débits de tabac
- **Action forte sur les prix** avec de nombreuses augmentations successives
- Obligation de **messages sanitaires** sur les emballages
- **Protection des non-fumeurs** par une interdiction de fumer dans les espaces collectifs et les moyens de transports.

Si elle a largement contribué à renverser l'image positive du fumeur, la Loi Evin n'avait pas atteint ses objectifs de prévention et s'avérait mal respectée dans les espaces collectifs. Dans le contexte européen de lutte globale contre le risque tabagique, la France adopte alors, le 31 juillet 2003, une autre loi :

- Interdiction de vendre du tabac aux mineurs de moins de 16 ans (Décret de septembre 2004)
- Obligation de mener des actions de sensibilisation en milieu scolaire.

Le 15 novembre 2006, un décret vient renforcer ces dispositions législatives :

- **Interdiction totale** de fumer dans tous les lieux collectifs, y compris les lieux de convivialité (bars, restaurants, boîtes de nuit).

Le non respect des dispositions législatives et réglementaires régissant le tabac expose à des amendes.

**Enfin, la loi du 21 juillet 2009 étend l'interdiction de vendre des produits du tabac aux mineurs de moins de 18 ans.**

## Cadre légal en matière de drogues illicites

- La loi de référence, **loi du 31 décembre 1970**, réprime la production, la vente, la consommation de toute substance classée comme stupéfiant et est inscrite au code pénal (CP) et au code de santé publique (CSP). En 1970, dans un contexte d'extension des usages de drogues illicites, plus spécifiquement d'héroïne, cette loi permet aux parquets de considérer l'utilisateur comme un malade et de lui proposer une mesure alternative aux poursuites, **l'injonction thérapeutique** ou une mesure complémentaire d'**obligation de soin**, en garantissant l'anonymat et la gratuité des prises en charge.

- Malgré la diversification des produits consommés, l'amélioration des connaissances sur la dangerosité des drogues et plusieurs tentatives de réforme, la Loi de 1970 n'a pas été modifiée et reste une des plus dures d'Europe en matière de **pénalisation de l'usage**, qualifié de délit passible, au maximum, d'un an de prison et d'une amende de 3750 euros.

# Les drogues en France

passible, au maximum, d'un an de prison et d'une amende de 3750 euros.

- Dans les faits, une succession de circulaires pénales a orienté la **politique des tribunaux**, en incitant les parquets à diversifier les réponses judiciaires, privilégiant les mesures d'orientation vers le soin, d'injonction ou d'obligation de soin selon le degré de dépendance et le produit consommé, l'usager occasionnel se voyant souvent notifier un simple **rappel à la loi**. (Circulaires de 1995 et 1999).

- **La production et le trafic** de stupéfiants sont sévèrement réprimés, cette répression s'étant accentuée en France dès la fin des années 1980. Les peines pour délit d'offre et de cession pour consommation personnelle (petit trafic) peuvent atteindre 5 ans de prison, 10 ans si les victimes sont des mineurs.

- **Le transport, l'offre et la cession** de drogues illicites, l'importation et l'exportation sont également, passibles d'une peine de 10 ans de prison et d'une amende de 7 500 000 euros.

- Les précurseurs chimiques entrant dans la fabrication et la transformation des drogues sont contrôlés par la loi du 19 juin 1996.

- Les opérations de production, de **trafic en bande organisée** qualifiées de crimes ainsi que le blanchiment des produits du crime, sont assorties de peines allant de 20 ans de prison à la perpétuité.

## Cadre légal en matière de médicaments psychotropes

- Les médicaments psychotropes et certains stupéfiants utilisés à visée thérapeutique, relèvent de la réglementation des **substances vénéneuses** et doivent être prescrits par un médecin et délivrés par un pharmacien.

- Ils appartiennent soit à la liste 1 (médicaments délivrés sur ordonnance non renouvelable) soit à la liste 2 (médicaments délivrés sur ordonnance renouvelable).

- Les médicaments de substitution (**Méthadone**, classée stupéfiant et **Buprénorphine Haut Dosage**), utilisés pour le traitement de la dépendance aux opiacés, doivent être prescrits sur ordonnance sécurisée, mentionnant le nom du prescripteur et le nom du pharmacien assurant la délivrance (Arrêté du 1 avril 2008).

- La primo prescription de méthadone ne peut se faire que dans un service hospitalier ou un Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), le médecin de ville prenant le relais.

- Des sanctions pénales répriment le non-respect de ces protocoles et l'abus de prescription ou de délivrance. Le trafic de méthadone est une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS).

## Évolutions récentes des législations

La loi de mars 2007 relative à la **prévention de la délinquance** introduit de nouvelles mesures visant à :

- Alourdir les sanctions concernant les infractions sous emprise de produit

- **Débanaliser** la consommation.

La **circulaire pénale du 9 mai 2008** énonce ainsi l'aggravation des peines encourues pour provocation à l'usage (plus spécifiquement dans le cadre d'une mission de service public), pour mise en danger de la vie d'autrui (transports, lieux de travail), pour violence sous emprise de produits.

La loi de mars 2007 instaure également une nouvelle mesure prononcée directement par les parquets en direction des usagers simples : «**le stage de sensibilisation aux dangers des usages de stupéfiants**», obligatoire et payant, à visée sanitaire et pédagogique. Ce stage, alternative aux poursuites ou peine complémentaire, s'adresse aux mineurs et aux majeurs.

Pour les usagers dépendants un classement avec orientation vers les structures de soin reste préconisé.

La loi de 2007 vise aussi à renforcer l'efficacité des mesures d'injonction thérapeutique en créant les médecins-relais en charge de la mise en œuvre de l'IT. (Décret du 16 avril 2008)

## *La coordination de la politique publique*

La coordination de la politique publique en matière de lutte contre la drogue relève de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) rattachée au Premier Ministre. Les priorités d'action sur les axes **prévention, prise en charge, application de la loi et lutte contre le trafic** sont définies dans un **plan gouvernemental**.

L'actuel plan en vigueur pour les années 2008-2011 a pour objectif de faire baisser le nombre de consommateurs de drogues illicites et les alcoolisations excessives en :

- Renforçant les mesures de prévention
- Intensifiant largement la lutte contre le trafic de stupéfiants au niveau national et international
- Poursuivant les actions innovantes en matière de prise en charge, en cohérence avec la réorganisation des dispositifs de soin.

**L'accent est mis sur la prévention** et la nécessité de :

- Mobiliser les adultes dans leur rôle éducatif auprès des jeunes
- Poursuivre les actions en milieu scolaire et périscolaire en impliquant différents acteurs (santé, police, justice, gendarmerie)
- Mener des actions spécifiques pour diminuer le risque professionnel des usages de stupéfiants et d'alcool.

L'application de la loi cible principalement :

- La **réduction de l'offre** (renforcement de la réglementation de la vente d'alcool)
- La mise en place de **nouvelles sanctions éducatives** (stages de sensibilisation)
- La lutte contre l'autoproduction de cannabis
- La cybercriminalité
- Le trafic de précurseurs.

En matière de soin, le plan 2008-2011 vise à :

- Améliorer la prise en charge des jeunes consommateurs
- Développer des réponses spécifiques en direction des populations fragiles : femmes enceintes, usagers incarcérés, usagers de cocaïne
- Réduire les risques de contamination par le VHC
- Favoriser les bonnes pratiques de substitution
- Améliorer l'insertion ou la réinsertion des usagers et étendre les capacités d'hébergement.

L'organisation du dispositif sanitaire relève du Ministère de la santé, le plan MILDT s'inscrit en cohérence avec le plan «Addictions» (cf paragraphe suivant). La formation des professionnels et la recherche, tant clinique que sociologique ou fondamentale, font partie des axes transversaux, la MILDT ayant un rôle incitateur au développement de projets innovants.

## *Dispositifs et modalités de prise en charge*

Historiquement, la prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues illicites et d'alcool, en France, était largement assurée par des structures spécialisées, médico-sociales, conventionnées avec l'Etat (les Centres de Spécialisés de Soins aux Toxicomanes - CSST et les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoolologie - CCAA) et par un petit nombre de services hospitaliers (psychiatriques et généraux). L'apparition du VIH avait conduit le législateur à des décisions pragmatiques

# Les drogues en France

comme la **libéralisation de la vente des seringues** en 1987 (Décret du 13 mai 1987), mais le grand tournant de la politique de santé publique a été pris en 1995, avec l'autorisation de mise sur le marché de médicaments destinés au traitement de la dépendance aux opiacés : **Méthadone** en 1995 et **Buprénorphine Haut Dosage** en février 1996.

***Forte des éclairages scientifiques des rapports Parquet (1997), Roques (1998) et Reynaud-Parquet (1999), la réévaluation politique des années 1999-2003, prenant en compte le produit, le type d'usage, la population concernée et la gravité des dommages induits, a largement fait évoluer les concepts, les dispositifs et les pratiques. Le rapprochement des secteurs de l'alcoologie, de la tabacologie et de la toxicomanie était en marche, l'addictologie était née.***

La loi de santé publique d'août 2004 vise à réduire la prévalence du tabagisme et de l'usage nocif d'alcool et reconnaît la **politique de réduction des risques** comme une mission d'Etat, ce qui aboutit à la structuration d'un dispositif nouveau de Centres d'Accueil, d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues, les **CAARUD** (circulaire DGS/DGAS du 2 janvier 2006), structures médico-sociales financées par l'Assurance Maladie.

## **La prise en charge et la prévention des addictions, plan 2007-2011**

Le cadrage actuel de la **politique sanitaire** fait l'objet d'une planification orchestrée par le Ministère de la santé, qui, face à la complexité de la réponse aux problèmes d'addiction, redéfinit **le rôle et le niveau d'intervention des hôpitaux**, annonce la **restructuration du dispositif médico-social** et prévoit l'articulation de ces deux secteurs avec la médecine de ville. Une «**Commission Addictions**» a été créée (arrêté du 26 octobre 2006), instance consultative chargée du suivi de la mise en œuvre du plan. Des commissions régionales rassemblant les institutions compétentes, des acteurs de terrain et des usagers ont également été mises en place depuis 2008.

### **Le dispositif hospitalier de prise en charge des addictions**

Le plan vise ainsi une structuration de l'offre de soins hospitalière territorialisée, et à trois niveaux. Il concerne aussi bien les hôpitaux généraux que les hôpitaux psychiatriques et s'articule avec le plan concernant la santé mentale.

1. Tous les centres hospitaliers dotés de services d'urgence doivent mettre en place des **consultations spécialisées** en addictologie et des **équipes de liaison** pour le repérage des patients en difficulté.
2. Les services d'addictologie de recours, s'adressant aux usagers nécessitant une hospitalisation, comporteront un **hôpital de jour** et la possibilité d'effectuer des **sevrages** simples ou complexes.
3. Les centres hospitaliers universitaires, porteurs de **pôles en addictologie**, assureront les services de niveaux 2, la recherche et la formation.

L'articulation de chaque volet de ces filières hospitalières est précisée dans la circulaire DHOS du 26 septembre 2008, qui définit les référentiels d'organisation des soins.

### **Les structures médico-sociales ou «CSAPA»**

La loi de modernisation sociale du 2 janvier 2002 avait annoncé un statut unique pour les CSST et les CCAA. Les «**Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie**» ou CSAPA, avec ou sans hébergement, doivent être en capacité de prendre en charge toutes les addictions (Circulaire DGS du 28 Février 2008). Situés au plus près des usagers par un maillage territorial défini par le **Schéma régional médico-social**, ils assureront une prise en charge psycho-médico-sociale, le suivi des patients dans le parcours de soin, des missions de réduction des risques et des missions facultatives : consultations jeunes consommateurs (ex con-

sultations cannabis), prise en charge des addictions sans substance, interventions en direction de détenus, formation, ...

Concernant l'offre de traitement en séjour résidentiel, il est prévu de relancer les **communautés thérapeutiques** et de renforcer le nombre de place en **appartements de coordination thérapeutique** pour usagers de drogues. La mise en place des CSAPA sera effective début 2010.

### ***La médecine de ville et les réseaux de soins***

Le médecin généraliste est souvent le premier recours pour un usager de drogue ou le premier à repérer un usage problématique chez un patient. La mise en place des traitements de substitution en a fait des acteurs majeurs du dispositif addictologique, en lien étroit avec les pharmaciens d'officine, les CSAPA et les centres hospitaliers ou au sein des réseaux de santé. Le plan addiction préconise le développement des réseaux ville-hôpital dans la logique du maillage territorial.

Dans un contexte de réformes multiples de l'État et de ses institutions, il apparaissait plus que jamais intéressant de proposer une vue d'ensemble des dispositifs juridiques et des dispositifs sanitaires qui apporte à chacun des éléments de compréhension, permettant de contribuer au décloisonnement et à la qualité des articulations entre la «santé» et la «justice», au bénéfice des usagers de drogues.

### *Rédacteurs :*

**Elisabeth Fellingner** – Directrice - Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances (CIRDD) Alsace – Strasbourg (67)

**Docteur Jean-Philippe Lang** – Directeur de pôle - Centre hospitalier - Erstein (67)

# Secret médical et secret professionnel

Le secret médical est presque aussi ancien que la médecine elle-même. On le retrouve notamment dans le serment d'Hippocrate au Vème siècle avant Jésus-Christ. D'emblée, il a été instauré pour garantir le respect de la vie privée de tout un chacun et pour favoriser l'instauration d'une relation de confiance durable entre le thérapeute et le patient. Au fil du temps, il a évolué et s'est étendu ; l'ensemble des professionnels de la santé et de l'action sociale sont concernés. Dans le cadre de l'articulation du travail entre les professionnels de la santé et de la justice, la possibilité d'un secret partagé n'a pas de fondement juridique. Pour une personne soumise à l'obligation de soin, il s'agit de favoriser l'émergence d'une réelle demande de soin alors qu'il existe une contrainte.

## *Ce que prévoient les textes*

### **Le Droit des patients**

Le respect de la vie privée et du secret des informations concernant les usagers du système de santé est prévu dans l'article L.1110-4 du code de la santé publique :

«Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre **l'ensemble des informations concernant la personne** venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. **Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.** Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.»

### **Le secret professionnel**

L'article R.4127.4 du code de la santé publique qui correspond au code de déontologie médicale définit le **cadre du secret professionnel** :

«Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement **ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.**»

Selon l'article 226-13 du code pénal, **l'atteinte au secret professionnel est réprimée** :

«La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.»

## Personnes dépositaires du secret professionnel

**Le secret professionnel recouvre une réalité complexe qui résulte à la fois de la diversité des professions concernées et de leur spécificité déontologique.**

Le nouveau Code Pénal ne donne aucune liste des professions tenues au secret, posant le principe de l'interdiction de divulguer un secret à «**toute personne qui en est dépositaire soit par état, soit par profession, soit en raison d'une fonction ou mission temporaire**» (art. 226-13). Ce texte vise sans limitation, toutes les professions qui accèdent aux secrets de la vie privée.

- **Par état** : les médecins, les ministres du culte (prêtres ...).

- **Par profession** : les professionnels dont l'action est encadrée par un texte législatif ou réglementaire qui spécifie l'obligation du secret. Il s'agit de tous les professionnels de santé, les assistants de service social, les personnels de la fonction publique, les avocats, les officiers ministériels (notaires, huissiers), les magistrats, les banquiers, les officiers de police judiciaire. Les psychologues et éducateurs soumis à une obligation de discrétion n'entrent pas dans cette catégorie sauf en raison de la mission à laquelle ils participent (voir ci-dessous).

- **Par mission** : ceux qui sont amenés à collaborer à un service et à connaître des informations à caractère secret : par exemple les inspecteurs, les psychologues, les éducateurs, les secrétaires, les bénévoles, notamment les personnels participants aux missions de l'Aide Sociale à l'Enfance.

- **Par fonction** : les personnes ou professionnels ayant accès à des informations à caractère secret dans le cadre d'une charge, d'une tâche ou d'un travail, par exemple les maires, les présidents de commissions, les professionnels participant à l'attribution de l'aide sociale, de la compensation du handicap, etc ...

Les codes de déontologie explicitent la notion de secret professionnel au sein de chaque profession. Ils ont force disciplinaire pour la profession de médecin. La situation devrait changer pour les infirmiers avec la création de l'ordre infirmier.

### Les personnels de justice

Les conseillers d'insertion et de probation sont eux aussi soumis au secret professionnel même s'ils doivent établir un rapport attestant du respect de l'obligation de soin à destination du juge d'application des peines (art. D. 162 du code de procédure pénale).

## Les dérogations au secret professionnel

Les dérogations au secret professionnel sont prévues par la loi et la jurisprudence. Il s'agit des circonstances dans lequel le législateur a pu être amené à considérer que la préservation de l'ordre public devait être prioritaire sur les intérêts individuels du patient. Les déclarations obligatoires et la jurisprudence ne concernent que les médecins.

### Dérogations légales

#### Déclarations obligatoires

- Naissances
- Décès
- Maladies contagieuses
- Maladies vénériennes
- Hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'office
- Alcooliques présumés dangereux
- Incapables majeurs
- Accidents du travail et maladies professionnelles
- Pension militaire d'invalidité
- Pension civile et militaire de retraite
- Indemnisation de personnes contaminées par le VIH par transfusion sanguine
- Risques pour la santé humaine

#### Déclarations facultatives

- Mauvais traitements infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne incapable de se protéger
- Sévices permettant de présumer de violences sexuelles
- Recherches dans le domaine de la santé
- Évaluation d'activité dans les établissements de santé
- Dangerosité d'un patient détenteur d'une arme à feu

### Jurisprudence

- Rente viagère
- Testament
- Assurance-vie
- Réquisition
- Expertise

# Secret médical et secret professionnel

Il faut ajouter que les professionnels de santé sont tenus comme l'ensemble des citoyens à porter assistance à une personne en péril ou à provoquer les secours quand l'intégrité corporelle de celle-ci est en jeu (Article 223-6 du code pénal).

## Le secret partagé

*Cette notion ne repose pas sur un concept juridique. Le secret partagé entre les professionnels de la justice et de la santé ne peut être invoqué. Les habitudes professionnelles auxquelles il fait référence méritent d'être interrogées en permanence au regard de la confidentialité.*

## Le rôle de chacun

### SYSTÈME JUDICIAIRE

- Convocation du probationnaire
- Contrôle du respect des différentes obligations signifiées par le juge d'application des peines
- Présentation du cadre légal de l'obligation de soin
- Garantie du secret professionnel en dehors du rapport fait au juge
- Orientation dans le système de santé
- Présentation de l'offre de soin (libre choix de la personne)

### SYSTÈME DE SOIN

- Accueil de l'utilisateur
- Présentation des missions et obligations des CSAPA
- Présentation du partenariat avec la justice
- Garantie du secret professionnel et médical
- Remise à l'utilisateur des documents le concernant (attestations de présence, résultats d'examens ...) ou transmission dans le cadre strict de ses droits

## Préconisations

- Les personnels de la santé et de la justice sont invités à communiquer sur le cadre formel de l'accueil des personnes en obligation de soin et à se réunir pour échanger sur les moyens mis en place (dispositifs de soin) et les difficultés rencontrées.
- Ils ne communiquent pas les informations confidentielles et n'organisent pas de réunions de synthèse concernant les probationnaires, en leur présence ou non.
- La personne en obligation de soin fait elle-même le relais entre les lieux de soin et la justice si elle le souhaite. Pour des raisons pratiques, elle peut solliciter le soignant pour transmettre certaines informations. La voie épistolaire est indiquée et le contenu des courriers sera soumis à l'approbation des personnes concernées.
- Les professionnels de santé remettent une attestation de présence à l'utilisateur en main propre. Elle est signée et mentionne l'identité du professionnel, l'identité du probationnaire et la date du rendez-vous honoré.

Rédacteurs :

**Annie Curie** – Assistante de service social au sein de l'administration pénitentiaire – SPIP - Metz (57)

**Olivier Linden** – Infirmier – CCAA - Metz (57)

# Articulation entre un SPIP et un CSAPA

*L'intervention du soignant est centrée sur l'intérêt d'une personne alors que l'intervention de la justice est centrée sur l'intérêt général de la société.*

Les personnes sous main de justice liés à une addiction ont un double suivi à la fois judiciaire, et social au Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) et médico-psycho-social en Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Ces personnes sont donc en lien avec deux équipes qui n'ont pas le même fonctionnement ni la même finalité. Le représentant de la justice s'intéresse plus aux conséquences de l'usage d'un produit psycho-actif qu'au produit lui-même. **L'intervention du soignant est centrée sur l'intérêt d'une personne alors que l'intervention de la justice est centrée sur l'intérêt général de la société** (prévention de la récidive). La justice et la santé ont des pratiques professionnelles différentes. Le SPIP accueille les personnes en soins obligés sous mandat judiciaire alors que les CSAPA les reçoivent par le biais du volontariat (système de la demande et de l'offre de soins). Le temps pénal ne se calcule pas sur le temps médical. Dès lors, se pose la question de la communication entre ces deux équipes. Le secret professionnel complique encore le système : il faut trouver le juste milieu entre le secret professionnel et un minimum d'informations. Les différences de langage utilisé et de représentations peuvent amener aussi des difficultés de compréhension.

**Comment articuler ces deux pratiques professionnelles dans l'intérêt de la personne ? Quel type de communication peut-il être établi ? Quelle articulation trouver quand les objectifs poursuivis sont différents ? Mais surtout, quelle place occupe la personne en soin obligé dans ce système ? Comment définir cette place entre les interventions des SPIP et des CSAPA, pour ne pas risquer l'instrumentalisation de l'action de chaque service ? Une meilleure connaissance réciproque peut y aider.**

## Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP)

### Cadre de l'intervention

Le SPIP est un service de l'administration pénitentiaire à compétence départementale. Il compte un siège et une ou plusieurs antennes auprès des établissements pénitentiaires et des juridictions.

**Le SPIP est le maître d'œuvre de l'exécution des peines** et joue un rôle essentiel en matière d'aide à la décision judiciaire du pré-sentenciel au post-sentenciel. Il est le garant de la cohérence de la prise en charge et du suivi des personnes placées sous main de justice. Le SPIP s'appuie également sur le savoir-faire des institutions locales, telles que des associations en matière d'accès aux soins, d'hébergement, de formation, d'emploi, afin de donner aux Personnes Placées Sous Main de Justice (PPSMJ) toutes les opportunités d'insertion.

### Missions et compétences : «Prévenir la récidive par un accompagnement social»

**Les missions des SPIP sont définies par le code de la procédure pénal :**

- Favoriser la réinsertion des personnes majeures placées sous main de justice, incarcérées ou non
- Veiller au respect des obligations qui sont imposées par les magistrats aux personnes condamnées
- Réaliser des enquêtes sociales préalable à la comparution devant une juridiction
- Assurer le suivi des contrôles judiciaires

# Articulation entre un SPIP et un CSAPA

- Informer les autorités judiciaires du déroulement des mesures
- Aider à la prise de décision de justice, notamment en communiquant à l'autorité judiciaire toutes les informations nécessaires à une meilleure individualisation de la peine adaptée à la situation de la personne
- Proposer au magistrat des aménagements de peine
- Prévenir les effets désocialisant de l'incarcération
- Maintenir les liens sociaux et familiaux de la personne détenue
- Aider les sortants de prison après avoir préparé leur retour à la vie libre.

## **En milieu carcéral :**

- Facilite l'accès aux personnes incarcérées aux dispositifs sociaux, de soin, de formation ou d'emploi
- Apporte l'aide utile au maintien des liens familiaux
- Porte une attention particulière aux problèmes d'indigence, d'illettrisme et de toxicomanie
- Prépare la personne détenue et à sa sortie et à sa réinsertion grâce aux mesures d'aménagement de peines.

## **En milieu ouvert** (intervention sous mandat judiciaire) :

- S'assure du respect des obligations imposées aux personnes condamnées à des peines restrictives de liberté (sursis avec mise à l'épreuve, contrôle judiciaire, travail d'intérêt général, libération conditionnelle...) ou bénéficiant d'aménagement de peines
- Aide la personne placée sous main de justice à comprendre la peine et impulse une dynamique de resocialisation.

Pour mener à bien ces différentes missions, le SPIP s'appuie sur un réseau de partenaires institutionnels et associatifs, que sont les CSAPA par exemple en matière de soins.

## *Le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)*

### **Cadre de l'intervention**

Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie sont des établissements médico-sociaux qui remplacent les CSST (Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie) et les CCAA (Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie). Ils ont un statut juridique commun mais ont la possibilité de conserver une spécialisation à savoir alcool ou produits illicites. Les CSAPA accueillent les personnes en difficulté avec leurs consommations de substances psychoactives ainsi que les addictions sans substances. Ils reçoivent également l'entourage.

Les CSAPA se caractérisent par :

- **La proximité** (création d'antennes) : Aller au-devant des personnes dans les lieux où elles se trouvent
- **La transdisciplinarité** : équipes constituées de personnels médical, paramédical, psychologique, social et éducatif pour une prise en charge globale
- **Un accompagnement dans la durée** : suivi du patient et de l'entourage tout au long de son parcours de soin avec une prise en compte des étapes nécessaires pour engager un processus de changement
- **Un suivi en ambulatoire et/ou en hébergement** (appartements thérapeutiques résidentiels, familles d'accueil, ...)
- **L'anonymat**, la gratuité de la prise en charge.

## Missions et compétences : «Contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes dans leur environnement»

Les missions des CSAPA sont définies par le décret n°2007-877 du 14 mai 2007 explicité par la Circulaire d'application N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 :

### Les missions obligatoires :

- Accueil dont l'entourage
- Information
- Évaluation médicale, psychologique et sociale
- Orientation

**Accueillir**  
**Inform**  
**Évaluer**  
**Orienter**

### Les missions obligatoires pouvant faire l'objet d'une spécialisation :

- La prise en charge du patient (médicale, psychologique, sociale et éducative)
- La réduction des risques : limiter les risques sanitaires et sociaux, contribuer au processus de soins, au maintien et à la restauration du lien social, mettre à disposition pour les usagers des outils de réduction des risques (matériel stérile d'injection, préservatifs, documentation ...).

### Les missions facultatives :

- Les consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs
- Les activités de prévention, de formation et de recherche : actions de prévention collectives en milieu scolaire, professionnel
- La prise en charge des addictions sans substances : notamment le jeu pathologique
- L'intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison : aussi bien pendant l'incarcération qu'à la sortie (travail à faire en lien avec la psychiatrie générale, la psychiatrie en milieu pénitentiaire et l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires)

L'intention des CSAPA est la recherche du bien-être physique, psychique, social et moral du patient.

## Rôle de chacun concernant les soins obligés

SPIP

CSAPA

### enjeux

- Amener le probationnaire à constater le dysfonctionnement de son comportement et la nécessité de le modifier pour ainsi qu'il fasse sienne ces obligations.
- Responsabiliser, «rendre citoyen» le probationnaire en montrant à la personne qu'elle est responsable de ses actes.
- **Amener le probationnaire vers le soin** : Pour cela, le travailleur social se donne du temps en respectant le rythme et l'évolution du probationnaire.
- Parvenir à trouver un autre intérêt pour le probationnaire que le respect de l'obligation judiciaire dans la poursuite des soins au-delà de la mesure.

Les soignants doivent souvent faire face au manque de motivation de la part des personnes venant sous contrainte, au déni et au problème de non-adhésion à la démarche (les personnes n'honorent pas toujours leurs rendez-vous, certaines viennent juste chercher une attestation de suivi).

Quelle possibilité pour le soignant de se dégager de la pression judiciaire? Une personne en obligation de soins peut-elle être dans le soin? Comment se défaire de cette notion de contrainte ?

#### **Quand le soin obligé devient une opportunité :**

- Faire que le patient s'approprie le cadre, l'espace, la démarche et faire émerger une prise de conscience sur sa problématique addictive
- Provoquer un changement chez une personne qui ne demande aucune aide

# Articulation entre un SPIP et un CSAPA

## SPIP

## CSAPA

### préalables

Le travailleur social du SPIP vérifie que :

- Le probationnaire ait un soignant.
- Les soins soient réels : des soins s'entendent comme suivi régulier et d'une fréquence des rendez-vous appropriée.
- Le probationnaire soit assidu : **le travailleur social le vérifiera au moyen de certificats remis par le patient.**

Le soignant doit être vigilant sur différents points :

- **Question de la non demande** : recevoir quelqu'un en obligation de soins c'est recevoir quelqu'un qui vient sous la contrainte et qui n'a pas de demande. Il faut être vigilant pour éviter que la contrainte tombe sur l'équipe soignante. Plus la demande vient de l'extérieur, plus la prise en charge thérapeutique est difficile sans pour autant qu'elle soit impossible. La demande n'est pas une condition absolue. Pour faire émerger une demande il faut proposer un certain nombre d'entretiens. Cette démarche est difficile, les entretiens semblent souvent vides.
- **une obligation de moyens et non de résultat** : le soignant est parfois placé dans une obligation de résultat alors qu'il a une obligation de moyens. Le soignant doit apprendre à gérer ses différentes casquettes : soignant, expert, agent de contrôle social, prédiction des risques, reddition de compte aux autorités publiques.
- **Le difficile détachement du judiciaire pour le soignant** : il est nécessaire de prendre en compte une dimension nouvelle dans la relation soignant/soigné, celle du rapport à la loi et à la transgression par une personne pour laquelle une indication de soins interviendra secondairement.
- **Le soin comme valeur de transaction** : certains soignants regrettent que l'aménagement de peine proposé par l'obligation de soins enlève du sens au soin. Le soin devient alors un objet d'échange et de marchandage dont il faudra sortir.
- **Adaptation de l'offre de soins au contexte** : alléger l'espace et les règles à savoir fréquence et longueur des séances, possibilité pour patient de venir ou non aux rendez-vous, ne pas centrer son intervention sur le symptôme alcool ou drogue mais travailler dans l'ici et maintenant et utiliser des techniques plus actives, accueillir et organiser la rencontre, garantir au patient un cadre thérapeutique.

### Modalités d'actions

#### - **Présentation et explication des obligations et de leur mise en œuvre**

- Délimitation du cadre d'intervention : fonction, champ d'action, présentation de la structure et définition du vocabulaire utilisé
- Préparation du premier entretien entre le probationnaire et le soignant : la qualité de la relation soignant/soigné dépend de la manière dont le travailleur social a au préalable, présenté les choses

#### - **Délimitation du cadre d'intervention** : fonction, champ d'action, présentation de la structure, accord sur le langage utilisé

- **Explication des principes d'intervention** : différenciation entre le domaine du soin et de la justice, existence du secret professionnel
- Délivrance d'informations sur **l'attestation de suivi**, le suivi en lui-même (durée, périodicité et contenu des entretiens)

Ces étapes permettent de faciliter la relation de confiance. Il faut s'accorder sur ce que l'on peut faire dans ce cadre précis :

#### - **Information, prévention, réflexion autour de la conduite addictive**

Ceci implique une relation thérapeutique stable.

## SPIP

## CSAPA

### Pratiques et outils

- Mandat judiciaire
- **Convocations régulières des personnes condamnées en vue d'entretiens individuels durant toute la peine**
- Évaluation socio professionnelle de la personne condamnée
- Orientation vers des partenaires et des dispositifs de droit commun
- Mise en œuvre de programmes d'insertion
- Participation des personnes condamnées à des programmes de prévention de la récidive, animés sous forme de groupe par les SPIP
- Supervision d'équipe
- Travail pluridisciplinaire

- Entretiens individuels
- **Évaluation de la consommation de produit psycho-actifs**
- Groupes de parole et thérapeutique
- Travail transdisciplinaire
- Supervisions, réunions d'équipe avec étude de cas cliniques
- Travail en partenariat, réseau
- Formations professionnelles

### Préconisations

- Développer les relations santé/justice et communiquer sur les pratiques professionnelles afin de mieux se connaître et partager des valeurs professionnelles communes au-delà du secteur d'activité.
- Mettre en place des protocoles de fonctionnement entre équipe SPIP et CSAPA
- Rechercher la concordance des objectifs de sécurité publique et de santé sans confondre les interventions sanitaires, sociales ou répressives. Chaque secteur doit garder son indépendance afin de conserver une lisibilité et une efficacité.
- Adapter l'offre de soins au contexte : certains aménagements sont à prévoir en terme de pratique professionnelle. Il faut travailler avec le consentement.
- Favoriser le travail en équipe transdisciplinaire : un soutien clinique est indispensable.
- Développer les formations professionnelles à l'égard des acteurs de la santé et de la justice.
- Développer les passerelles entre milieu ouvert et fermé (détention).
- Ne pas rester centré sur les problèmes relationnels entre la justice et la santé mais se concentrer sur le probationnaire ou le patient afin de lui redonner toute sa place dans le système des soins obligés et rendre l'individu plus acteur du système.

Rédacteurs :

**Hélène Ollier** – Assistante sociale - CCAA – Association Les Apsyades - Nantes (44)

**Marianne Vidal** – Chef de service - SPIP – Nantes (44)

# Spécificités des usages et des usagers de stupéfiants

## Dans les champs d'intervention d'un SPIP et d'un CSAPA

L'addictologie implique une approche commune quelque soit la conduite addictive et donc pour les consommateurs de psycho-actifs quelque soit le produit. Par extension, des pratiques communes pourraient s'entendre, voire des pratiques normées. De même le rapport à la loi et les mesures de justice pourraient être considérées comme semblables ou devant le devenir. Cependant l'incompréhension de la particularité des liens santé-justice pour les consommateurs de stupéfiants pourrait être à l'origine d'impasses dans leur mise en œuvre s'il n'est tenu compte du rapport étroit entre produit illicite et gratuité des soins, de l'accompagnement ou de la prévention. L'approche des professionnels de la justice et de la santé sur cette question de l'argent pourrait apporter une meilleure compréhension des mesures efficaces auprès des usagers de stupéfiants, selon leur niveau d'usage, et comment les uns et les autres peuvent s'assurer des conditions nécessaires à leurs objectifs communs et aux spécificités pratiques requises.

## *La loi de 70 : L'usager «malade-délinquant»*

La politique française en matière de drogues illicites repose sur la loi n° 070-1320 du 31 décembre 1970 (parue au JO du 03 janvier 1971) relative à la répression du trafic et de l'usage de substances stupéfiantes ainsi qu'aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie.

Cette loi poursuit **deux objectifs** :

- Elle réprime **toutes les infractions à la Législation des Stupéfiants (ILS)**, de la simple consommation à la production, sans distinction entre les produits. L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est sanctionné, tout en proposant une alternative thérapeutique à la pénalisation.

Ce qui légitime l'intervention publique : freiner la progression de l'usage de drogues, protéger l'usager de drogues, réduire les conséquences négatives individuelles et sociales de la consommation. La loi de 1970 tente ainsi de **concilier les logiques sanitaires et répressives**, en considérant l'usager de drogues illicites, à la fois sur le volet sanitaire, comme «un malade qu'il convient de soigner», une personne à aider, un «sujet en péril qui a besoin de protection» et sur le volet répressif comme «un délinquant qu'il y a lieu de punir».

***La question de l'argent est un élément important dans la compréhension et l'approche des toxicomanes***

- Elle prévoit **la gratuité et l'anonymat des soins** dans le cadre d'une prise en charge sanitaire et sociale conventionnée par l'État. L'anonymat, parce qu' hors la loi, l'usager doit pouvoir venir se faire soigner sans risque social (police, justice). Et la gratuité pour faciliter l'accès au soin et le dégager des effets de trafic généré par le statut illégal des produits.

Le statut propre au consommateur de stupéfiant, hors la loi dès l'usage simple du produit prohibé, a participé aux fondements du soin aux toxicomanes et des rapports entre les usagers et les soignants. L'usage implique l'achat, la vente ou la revente, toute situation relevant du trafic, et donc de l'argent «sale». Le trafic peut devenir un apport de revenus sans comparaison avec une situation sociale de droit commun mais il implique aussi de vivre dans un réseau où les risques sont réels.

# Spécificités des usages et des usagers de stupéfiants

La Loi devrait être compréhensible par tous ce qui en faciliterait l'acceptation et donc l'application. Or un des problèmes de la Loi de 70 est son **application** qui ne se révèle pas homogène.

Le cadre légal pour avoir du sens, doit tout à la fois :

- Protéger la santé publique
- Situer les droits et devoirs entre liberté individuelle et responsabilité collective
- Encadrer et orienter pour éviter les dérives...

## Dispositif pénal

- Les peines prévues pour les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) concernent le trafic, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, et se trouvent dans le Code pénal. L'infraction pour usage, est quant à elle intégrée au Code de santé publique.

- De la loi de 70 est née une procédure spécifique : **l'injonction thérapeutique**.

Elle est complétée par la possibilité de soumettre l'usager de stupéfiant à une obligation de soins à tous les stades de la procédure pénale. Libre, le condamné doit, pour autant, respecter certaines obligations, notamment celle de se soigner.

## Rôle de chacun

- Les interventions relatives aux stupéfiants, sur le plan de la Justice (incrimination de tous les usages, sans distinction entre les produits) et sur le plan de la Santé (évaluation, interventions adaptées) sont coordonnées par la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie).

- Le Juge de l'Application des Peines décisionnaire, dans le cadre de ces mesures, saisit le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation. Les Conseillers d'Insertion et de Probation doivent veiller au contrôle des obligations et faciliter l'insertion socio professionnelle via les dispositifs de droit commun.

- Le SPIP, dans cette prise en charge pénale, a alors, une fonction de « sas », qui à partir d'entretiens, favorise la compréhension des faits et le sens des obligations.

- Le cadre judiciaire provoque, pour les intervenants en toxicomanie, la rencontre avec les usagers, notamment un public jeune, qui sans cela ne serait peut-être jamais venu.

### JUSTICE

### SANTÉ

un double mouvement au niveau de l'évolution de la loi

Le cadre législatif est de plus en plus étendu et précis en ce qui concerne la répression.

Le judiciaire amène pour le SPIP une prise en charge du condamné, inscrite dans une dynamique d'orientation de la personne. Cette orientation prend en compte :

- La problématique initiale en lien avec la condamnation
- L'environnement social.

Objectif :

- Mettre en lien toutes dynamiques luttant contre la récidive.

Les circulaires précisent la teneur du volet sanitaire :

- évaluation : de la notion de «maladie» jusqu'à la prise en considération du phénomène comportemental aux causes multiples (d'où une complexification)

- Réponses / axe médical : «cure de désintoxication», injonction thérapeutique

- Réponses / axe pluridisciplinaire : prise en compte des types de produits et d'usages.

# Spécificités des usages et des usagers de stupéfiants

## Cadre des interventions d'un SPIP et d'un CSAPA

- Toute réflexion sur le phénomène des drogues et des dépendances doit se situer dans une perspective large des **personnes** dans leur globalité et agissant dans leur **environnement**. Les interventions auprès des personnes concernées, l'organisation des réponses apportées doivent être faites dans le respect de leur intégrité. L'addiction est un phénomène **multidimensionnel**. Si l'on s'attache à sa complexité, cela implique que plusieurs facteurs peuvent contribuer à sa survenue et son maintien : **biologiques, psychologiques et sociaux**.
- La contrainte judiciaire peut parasiter les échanges, entraîner une difficulté à prendre la parole et à être «authentique» par crainte ou méfiance, et ce malgré les règles de confidentialité qui sont énoncées aux consultants et qui relève du cadre légal de nos établissements (établissement médicosocial, art 312-1 du CASF, loi 2002-2 portant sur le droit des usagers). Ce phénomène peut donc gêner une verbalisation nécessaire pour évaluer la situation et ainsi cibler nos interventions.
- Susciter une démarche que s'approprierait l'utilisateur suppose une évaluation : partir de là où il en est pour situer l'intervention et l'ajuster individuellement.
- La survenue et le maintien de la consommation de stupéfiants peuvent être différents d'une personne à l'autre. Cette variabilité interpersonnelle montre l'importance de l'**évaluation** de chacune de ces dimensions, leurs interrelations.
- Les **effets des substances** elles-mêmes sont également à évaluer : d'un point de vue pharmacologique et médical, mais également sur le plan de leur place, rôle et fonction dans la vie de la personne et des **types d'usage**. Ainsi avant de pouvoir comprendre le «pourquoi» de la survenue de la consommation, il s'agit souvent de s'intéresser au «comment» des premières consommations, de leur maintien et aux conséquences de celles-ci.
- S'intéresser aux méfaits liés à la consommation, d'intensité variable selon les situations, c'est également le moyen d'établir la **base relationnelle**, l'alliance qui contribuera à l'amorce d'autres changements ... «En attendant», cela permet également que les situations ne se dégradent pas ...

*Être efficace, c'est adapter les réponses et services offerts aux besoins et demandes*

## Principes d'action

**L'objectif des interventions dans ce cadre est de réduire l'impact des effets de la consommation.**

Être efficace c'est adapter les réponses et services offerts aux besoins et demandes. Cette adaptation doit tenir compte de plusieurs éléments :

- Le **profil des personnes** selon leur situation est à évaluer. Il est variable en termes de stabilité sur le plan de la santé mentale, du contexte familial, du réseau social, de l'insertion. Améliorer la situation dans ces domaines a un impact sur les interventions visant les objectifs de soin en addictologie.
- Les mêmes interventions **ne sont pas applicables à tous** et ne sont pas uniformes. La nature et la durée de celles-ci diffèrent selon les difficultés et les ressources présentes des personnes. Les formes et contenus des interventions doivent être les plus adaptés pour telle personne ou tel groupe. Une évaluation permet de préciser des **indications**, c'est-à-dire identifier des **cibles d'intervention** (toute caractéristique importante).
- La **qualité de la relation** établie est une dimension à privilégier dans la mesure où c'est un facteur de changement important.
- Le travail sur la **motivation** est également à privilégier, dans la mesure où c'est un facteur intervenant dans le processus même de l'intervention. Il s'agit de considérer le niveau d'**engagement** dans la démarche, de l'encourager et de le faire évoluer positivement, de cibler des objectifs propres à chaque stade.

## Préconisations

Le travail commun Santé / Justice devrait pouvoir s'articuler autour de plusieurs questions, pour lever les ambiguïtés :

### La Fonction «diagnostique»

- Adapter le type de sanctions selon le type d'usage, les produits, les personnes/contextes (prévention, intervention précoce, soin)
- Considérer que l'usage de stupéfiants est un phénomène multifactoriel et complexe
- Identifier si l'usage de produits stupéfiants est la problématique principale de l'usager ou une difficulté associées à d'autres problématiques (conséquences ou facteurs de vulnérabilité à la consommation)

### L'Homogénéité dans l'application et les pratiques

- Faire converger par exemple les rapports à la durée de la mesure de chacun : attestations d'observance des rendez-vous, de levée de la mesure au niveau du soin, voire de guérison
- Tenir compte du fait que les interventions s'effectuent selon des rationalités différentes : judiciaires (jugement des individus à travers leurs actes) ou sanitaires et sociales (tenir compte de ce que sont les usagers : dépendants, insérés, accessibles à un traitement ou non...), objectifs collectifs / individuels

### Pour ce faire :

- Nécessité d'ajustages réguliers des deux secteurs : informations, nouvelles dispositions et orientations, évolution des contraintes et des pratiques
- Nécessité de coordination par rapport aux objectifs (selon ressources et freins des personnes) individuels et sociaux : échanges éclairés et non pas position d'expertise

### Rédacteurs :

**Christine Tellier** – Directrice – APLEAT – Orléans (45)

**Laetitia Beignon** – Psychologue – APLEAT - Orléans (45)

**Claire Botte** – Directrice - SPIP du Loiret – Orléans (45)

**Fabrice Baudon** – Conseiller d'Insertion et de Probation – SPIP du Loiret – Orléans (45)

# Loi et loi

## JUSTICE

Représentante de la loi  
(les Codes)

## SANTÉ

Référence sur la Loi symbolique :  
Sur-moi constitué par l'intériorisation des exigences et interdits parentaux

### Objet Fondamental

Référence à la loi qui est «l'expression de la volonté générale». Elle est votée au nom du peuple. Les intervenants en tant que citoyens sont soumis, comme les justiciables, à la loi que nous participons à élaborer par le choix démocratique de nos élus. On met ainsi en avant la notion de citoyenneté.

Référence à la Loi symbolique immuable et universelle, Loi du nom du père dans une dimension individuelle.

### Finalité

- Prévenir la récidive.
- Organiser la société, participer, réparer dans le sens de l'amendement du fautif, comme si la sanction était sensée réparer la faute commise.
- La personne se réduit-elle à son acte ? (problème de rétention en post-sentenciel).
- Donner un cadre contenant pour permettre à la personne de se structurer et de s'inscrire dans un processus de maturation.

- Restaurer la Loi symbolique.
- Soulager la souffrance, soigner la pathologie individuelle.
- Restaurer des limites.

### Attente par rapport à l'autre

- Idée qu'aller mieux psychiquement peut éviter le passage à l'acte, ce qui serait la spécialité des «psy»\*.
- Mieux se connaître, se comprendre et comprendre le passage à l'acte.
- Attente que les soignants convainquent de l'intérêt des soins.

*\*psychologues, psychiatres (médecins spécialistes), psychanalystes, psychothérapeutes.*

- Travailler avec une demande potentielle même si elle n'est pas appropriée.
- Attente que la justice explique la qualification des faits sous le regard social.
- Attente que les personnels de justice expliquent eux-mêmes le contenu de la loi.
- Attente que la mise en garde (exemple : menace de révocation de sursis, ...) soit faite expressément par les représentants de la justice.

## JUSTICE

## SANTÉ

### Réalité

- Groupe de parole et d'information.
- Contrôle du respect des obligations et travail sur l'adhésion aux obligations de soins.
- Travail sur le passage à l'acte.
- Évaluation, diagnostic des situations sociales pour orienter, favoriser l'insertion.
- P.P.R. : Programme Prévention de la Récidive, groupe de parole et d'information inspiré des Thérapies Comportementales et Cognitives.
- Mieux se connaître – mieux se contrôler – comportement pro social.

- Travail sur la difficulté à «intérioriser la Loi» quand il y a défaillance de sa mise en place.
- Rédaction de certificats divers destinés à répondre aux obligations.

### Limite

- Contraintes liées au cadre des interventions.
- Mesures sous mandat judiciaire avec échéances précises (fin de mesure, dépôts des enquêtes).
- Obligations déterminées au préalable difficilement modifiables.

- Pression de la justice vis-à-vis des patients qui ne souhaitent pas de soins.
- Risque de retournement de la contrainte : comme si l'obligation de soins devait contraindre les soignants.

### Dangerosité

- Criminologie : phénomène psychosocial caractérisé par la forte probabilité de récidive.

- Psychiatrie : risque de passage à l'acte lié à des troubles mentaux.

### Malentendu

- Illusion du traitement possible des personnalités, tempéraments, caractères en dehors de mesures socio et / ou psycho-éducatives.

- Méconnaissance de ce que fait l'autre.

## Conclusions et préconisations

- Importance d'une réflexion sur le sens de nos pratiques
- Prévoir des interfaces d'échanges avec les différents professionnels éventuellement formalisés

Rédacteurs :

**Hélène Neuvialle** – Conseillère d'Insertion et de Probation – SPIP - La Rochelle (17)

**Docteur Patrick Fasseur** – Psychiatre – Centre Hospitalier - La Rochelle (17)



# Application de la loi

La procédure pénale pour la personne majeure

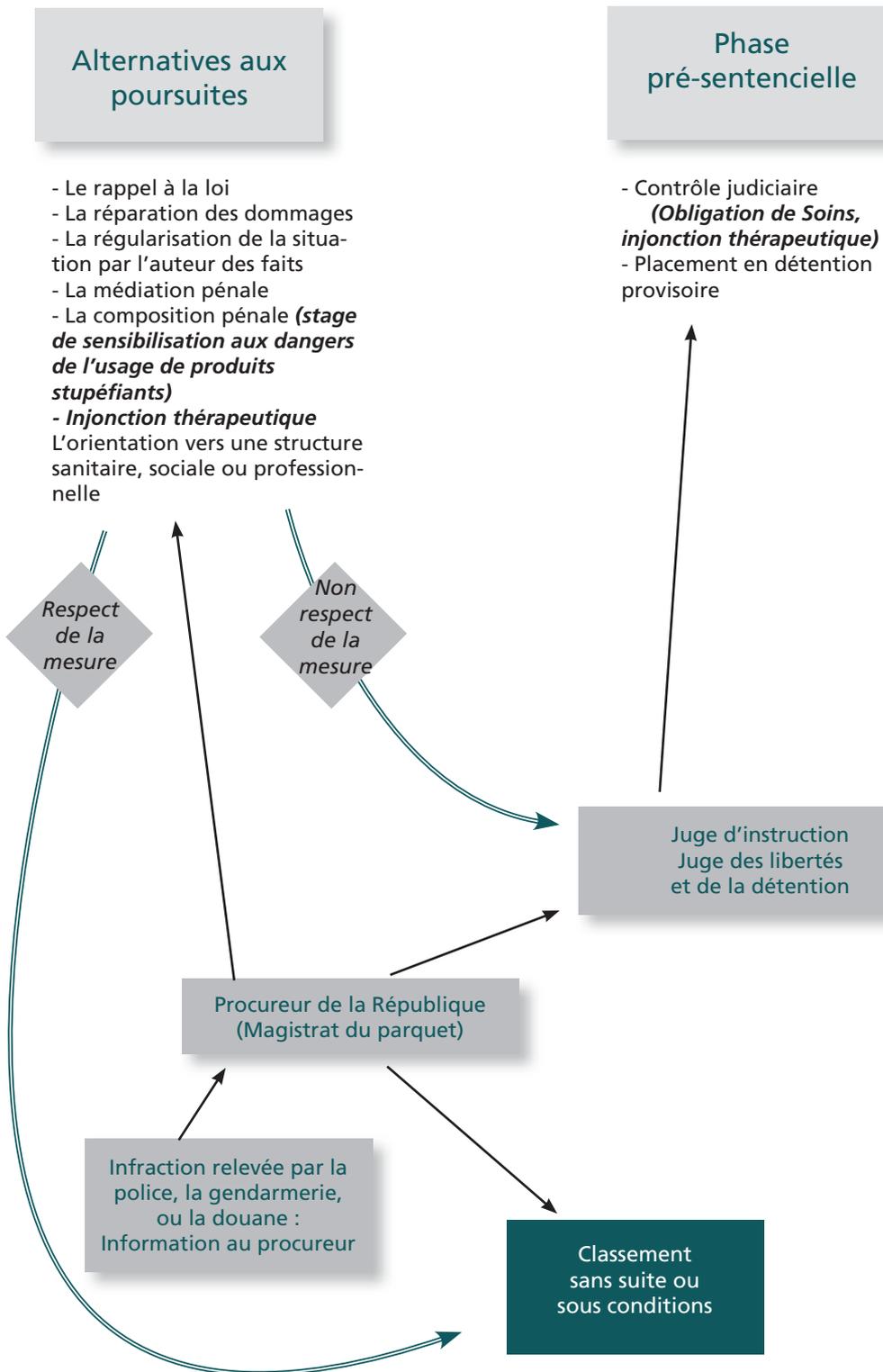
Définition des mesures judiciaires pour la personne majeure

Définition des mesures judiciaires pour la personne mineure

Les soins obligés en addictologie

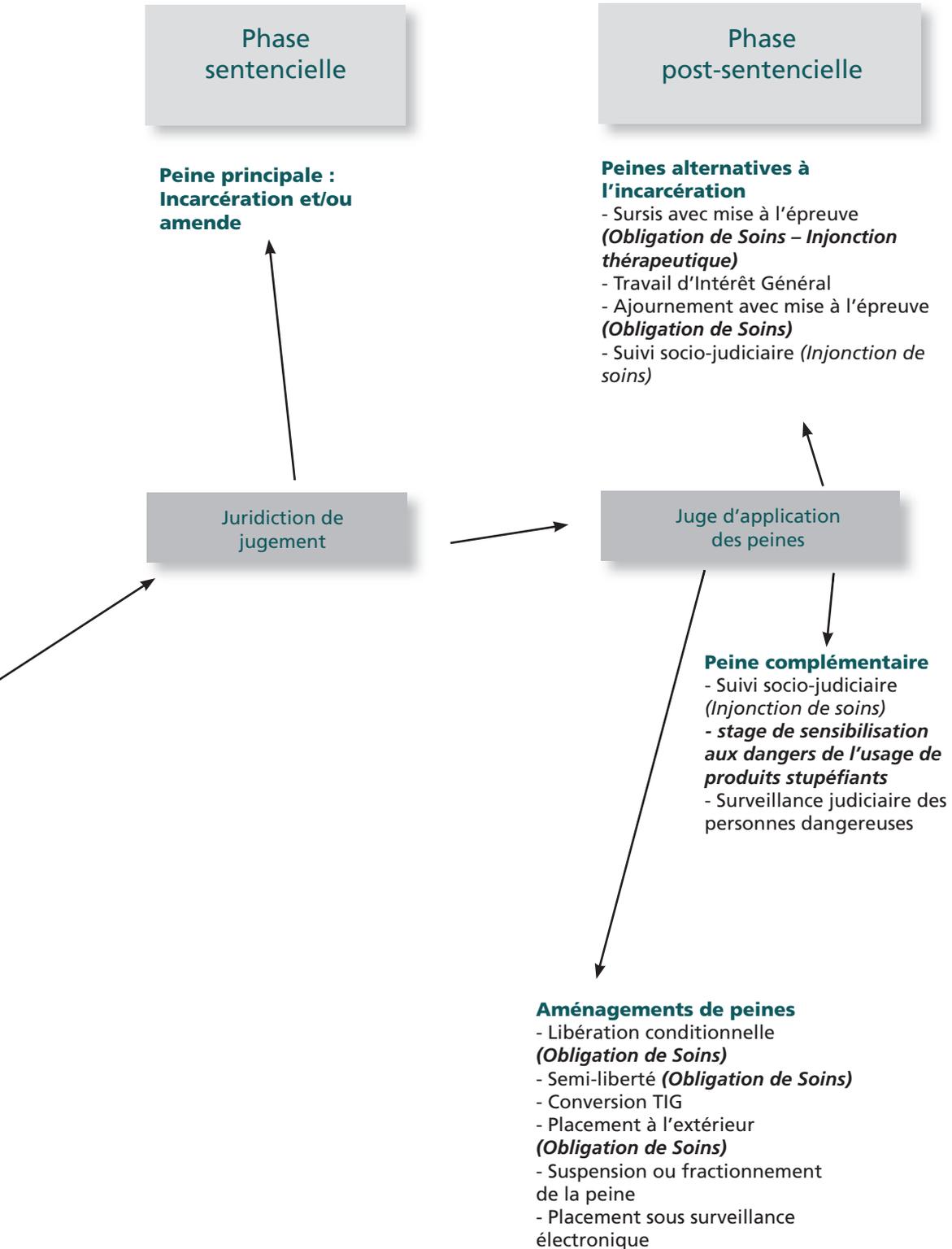
# Procédure pénale

## pour la personne majeure



Rédactrice :

**Emma Tarlevé** – Chargée de missions - F3A



# Définitions des mesures judiciaires

## pour la personne majeure

Pour les soignants, les travailleurs sociaux, et autres intervenants en addictologie, la Justice avec un grand J peut apparaître complexe. Qui fait quoi ? Comment ? Pourquoi ? Le vocabulaire spécifique employé peut être difficile à comprendre. Cette fiche a pour objet de définir les mesures dont peuvent relever les usagers.

### **Phases de la procédure liées à la consommation de produits**

Quand la police ou la gendarmerie ont relevé une infraction, ils informent le procureur qui a l'opportunité des poursuites :

- Classement sans suite : notamment quand l'auteur est irresponsable (démence, légitime défense ...)
- Mesures alternatives aux poursuites : qu'il peut mettre en œuvre en préalable à sa décision de déclencher l'action publique (rappel à la loi, composition pénale, mesure de réparation des dommages orientation vers une structure sanitaire, sociale ou professionnelle...)
- Poursuites et passage devant la juridiction (tribunal de police, tribunal correctionnel, tribunal pour enfant, juge d'instruction).

### *Mesures alternatives aux poursuites*

De toutes les mesures alternatives aux poursuites, seule la composition pénale entraîne une inscription au casier judiciaire.

#### **- Le rappel à la loi**

Il s'agit de faire prendre conscience à l'auteur de l'infraction qu'il a commis un acte illégal et lui faire connaître les risques qu'il encoure en cas de récidive. Cette mesure concerne les procédures où il n'y a pas de victime.

#### **- La régularisation d'une situation constitutive d'une infraction**

Elle tend à faire disparaître, effectivement et rapidement, une infraction issue de la violation de dispositions législatives ou réglementaires.

#### **- La réparation du dommage résultant des faits**

Elle recherche le désintéressement effectif de la victime, soit par la restitution de l'objet frauduleusement soustrait, soit par le dédommagement de nature pécuniaire.

#### **- La composition pénale**

Pour certaines infractions, le procureur peut proposer à l'auteur d'exécuter une ou plusieurs obligations, telles le versement d'une amende dite «de composition», la remise du permis de conduire, l'obligation de se soumettre à des soins (Injonction thérapeutique). L'exécution des obligations peut mettre fin aux poursuites pénales.

#### **- La médiation pénale**

Elle est proposée pour traiter les infractions liées au contentieux de la famille, du voisinage ou du travail. Elle requiert un tiers, sans pouvoir, neutre, indépendant. Ce dernier tente d'établir ou de rétablir une communication entre les partenaires d'un conflit.

# Définition des mesures judiciaires pour la personne majeure

## - L'orientation vers une structure sanitaire, sociale ou professionnelle

Elle consiste à demander à l'auteur des faits de prendre contact avec un type de structure désignée. S'il ne peut exister, en matière d'orientation sanitaire, une quelconque obligation de résultat ou même de suivi régulier, il est en revanche exigé de l'auteur des faits qu'il produise une preuve concrète de l'accomplissement de cette démarche. En ce sens, cette mesure se distingue clairement de l'injonction thérapeutique et de l'obligation de soins inscrite dans un contrôle judiciaire.

## Poursuites et passage devant la juridiction

Une Personne Placée Sous Main de Justice (PPSMJ) peut se voir imposer une obligation de soins par un juge. Elle peut-être en relation avec une addiction à un produit psychotrope tel l'alcool ou les stupéfiants ou avec une difficulté d'ordre psychologique dans le cadre d'actes de délinquance sexuelle ou criminelle.

Pour les majeurs, à l'exception du contrôle judiciaire et des permanences d'orientation pénale (qui peuvent être confiés à une association habilitée), toutes les mesures citées ci-dessous sont suivies et contrôlées par le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).

### AVANT JUGEMENT

## Mesures pré-sentencielles

### - Le contrôle judiciaire

Le prévenu laissé libre est astreint à une ou plusieurs obligations (dont se soumettre à des mesures de traitement ou de soins) dont il devra répondre devant le juge d'instruction, soit directement devant ce dernier, soit par l'intermédiaire d'un contrôleur désigné par lui (association d'aide aux victimes, autorités de police ou de gendarmerie, SPIP...).

### APRÈS JUGEMENT

## Mesures post sentencielles en milieu ouvert

### - Le sursis avec mise à l'épreuve (SME)

Le sursis avec mise à l'épreuve est une peine restrictive de liberté concernant les peines d'emprisonnement inférieures à 5 ans. La personne condamnée est astreinte à des obligations générales (répondre aux convocations du magistrat et du travailleur social, prévenir de tout changement d'adresse ou de situation, prévenir de tout déplacement de plus de 15 jours sur le territoire français, demander l'autorisation au magistrat pour toute sortie du territoire français) et d'autres particulières (soins, travail ou formation, réparer les dommages causés par l'infraction, indemniser la victime...). Elle doit justifier du respect de ces obligations devant le SPIP.

### - Le travail d'intérêt général (TIG) et sursis TIG

Le TIG consiste pour le condamné à effectuer un travail bénévole au profit de la société (collectivités, associations, établissements publics, toutes ces structures devant être habilitées ...).

### - L'ajournement avec mise à l'épreuve

Si le prévenu est présent à l'audience et remplit trois conditions cumulatives (insertion en cours, dommage causé en cours de réparation, trouble résultant de l'infraction ayant cessé), la juridiction de jugement peut différer le prononcé de la peine à une date ultérieure et placer l'intéressé sous le régime de la mise à l'épreuve.

# Définition des mesures judiciaires pour la personne majeure

## - Le suivi socio-judiciaire

Le suivi socio-judiciaire est réservé aux seuls auteurs d'infraction sexuelle, le suivi socio-judiciaire soumet le condamné à des mesures de surveillance et d'assistance. La personne peut être soumise à une injonction de soins différente de l'obligation de soins car le choix du praticien n'est pas laissé à la libre appréciation du condamné.

## - La surveillance judiciaire des personnes dangereuses

Il concerne les personnes condamnées à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à 10 ans pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru. La surveillance judiciaire oblige la personne libérée à des mesures de contrôle pendant le temps correspondant aux réductions de peines (Réduction Supplémentaire de Peine et Crédit de Réduction de Peine).

## Mesures post sentencielles en milieu fermé

Quel que soit son statut, toute personne privée de liberté est conduite au greffe de l'établissement pénitentiaire, où elle est soumise aux formalités de la mise sous écrou (vérification de son identité, empreintes digitales, photo, acte d'écrou et attribution d'un numéro d'écrou).

Le Directeur de l'établissement, ou sous son autorité le fonctionnaire chargé du greffe, tient le registre d'écrou et veille à la légalité de la détention des individus incarcérés ainsi qu'à l'élargissement des libérables.

## Les aménagements de peine

Sauf pour la libération conditionnelle et la conversion TIG, l'individu reste sous écrou pour tous les aménagements de peine.

### - La libération Conditionnelle (LC)

Elle permet à un condamné d'être libéré avant la fin de sa peine et sous certaines conditions.

### - La semi-liberté

Elle Permet à une personne condamnée à une peine privative de liberté d'exercer une activité professionnelle, de suivre un enseignement, une formation ou encore de participer à la vie familiale ou bien de subir un traitement médical hors de l'établissement pénitentiaire et sans surveillance. La personne, en dehors de ses horaires d'activité, réintègre l'établissement pénitentiaire.

### - La conversion TIG

Une peine privative de liberté peut être convertie en travail d'intérêt général sous certaines conditions.

### - Le placement à l'extérieur

Il permet à un condamné d'exercer soit sous la surveillance pénitentiaire un travail à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire puis de réintégrer ce même établissement une fois sa tâche accomplie (corvée extérieure, chantier extérieur), soit sans surveillance pénitentiaire une activité à l'extérieur de l'établissement au sein d'un organisme agréé qui mettra en place un suivi social adapté. Dans ce dernier cas la personne ne réintègre pas l'établissement pénitentiaire.

### - La suspension ou fractionnement de peine

Elle permet d'effectuer une peine privative de liberté en plusieurs périodes pour des motifs graves d'ordre médical, familial, professionnel ou social.

# Définition des mesures judiciaires pour la personne majeure

## - Le placement sous Surveillance Electronique (PSE)

Il permet à un condamné d'effectuer une peine privative de liberté à son domicile sous certaines conditions : d'exercer une activité (professionnelle, formation ...), de participer activement à la vie familiale, de suivre un traitement médical. La peine est effectuée sous contrôle d'un bracelet électronique. Les allées et venues de la personne condamnée sont alors surveillées à distance par l'Administration Pénitentiaire. Le bracelet permet de s'assurer de la présence effective du condamné à son domicile lors des horaires d'assignation.

## - Le placement sous surveillance électronique mobile (PSEM)

Il permet à une personne condamnée de bénéficier d'une mesure de libération conditionnelle, d'un suivi socio-judiciaire ou encore d'une surveillance judiciaire assorti du PSEM qui n'aurait pu lui être accordée sans ce dispositif au regard de sa dangerosité. Le PSEM, à la différence du PSE classique, permet de localiser 7 jours sur 7 et 24h sur 24 le condamné. Certaines zones géographiques lui sont interdites et il doit se soumettre à des mesures de contrôle.

## Les remises de peine

### - Le Crédit de réduction de peine (CRP)

Toute personne condamnée à une peine privative de liberté obtient, dès que sa condamnation est définitive (le délai d'appel étant terminé) et que sa peine d'emprisonnement est commencée (incarcération ou aménagement de peine), un crédit de réduction de peine équivalent à 3 mois par an ou 7 jours par mois, le crédit est alors décompté du quantum de la peine. Si la personne a été condamnée en récidive, le CRP sera inférieur, soit 2 mois par an ou 5 jours par mois. Ce crédit est acquis sauf incident disciplinaire en cours d'exécution de la peine qui donnerait lieu à un retrait de CRP décidé par le Juge d'Application des Peines.

### - La Réduction supplémentaire de peine (RSP)

Elle s'obtient au regard des efforts de réinsertion engagés par le condamné (travail, soins, préparation à la sortie, indemnisation des victimes, école ...).

#### *Rédacteurs :*

**Nathalie Pastoureau** – Conseillère d'Insertion et de Probation - SPIP – Saint Malo (35)

**Annie Boisvyon** – Infirmière – CSAPA - Centre Hospitalier – Saint Malo (35)

# Définitions des mesures judiciaires

## pour la personne mineure

Les mineurs disposent de juridictions spécialisées et leur suivi est confié aux services de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ).

Les sanctions selon l'âge du mineur :

- Moins de 10 ans, aucune mesure ne peut être appliquée
- Entre 10 et 13 ans ne peut faire l'objet que de mesures éducatives
- Plus de 13 ans des mesures éducatives peuvent être ordonnées, ainsi qu'une peine pénale selon les circonstances et la personnalité du mineur.

### *Les mesures d'investigation*

Elles ont pour objet d'aider le magistrat dans sa prise de décision en l'aidant à cerner la personnalité, le parcours et l'environnement du jeune. Ce sont les services de la DPJJ qui sont chargés de les mettre en œuvre.

#### **- Le recueil de renseignements socio-éducatifs (RRSE)**

Recueil d'informations succinctes, personnelles, familiales et sociales simples. Un rapport écrit est transmis au magistrat (Procureur, Juge d'Instruction, Juge des Enfants) avec une proposition éducative ou demande d'investigation supplémentaire.

#### **- L'enquête sociale**

Elle peut être prononcée par le juge des enfants ou le juge d'instruction qui en fixe la durée. Recherche et analyse d'informations sur la situation matérielle et morale de la famille, les antécédents et les conditions d'éducation du mineur et mesure qu'il y a lieu de prendre pour lui. L'enquête sociale fait l'objet d'un rapport écrit au magistrat.

#### **- L'investigation-orientation éducative (IOE)**

Elle peut être prononcée par le juge des enfants ou le juge d'instruction qui en fixe la durée. Evaluation et analyse pluridisciplinaire portant sur les conditions matérielles d'existence du mineur, condition d'éducation, contexte sociologique, personnalité du mineur et des membres de son environnement familial, le fonctionnement intra-familial, analyse du contexte du passage à l'acte du mineur et positionnement de ce dernier et de la famille par rapport à l'infraction et à ses conséquences.

Durant cette période d'investigation, le juge peut procéder à un placement judiciaire.

### *Les mesures éducatives*

Pour protéger, surveiller et éduquer le mineur et l'aider à se réinsérer.

**- L'admonestation** : pour les infractions légères.

#### **- L'avertissement solennel**

Il s'agit d'une mesure similaire à l'admonestation à ceci près qu'elle est prononcée par le tribunal pour enfants.

# Définition des mesures judiciaires pour la personne mineure

## - La mesure d'activité de jour : (loi du 05 mars 2007)

Elle est ordonnée par le juge des enfants ou le tribunal pour enfants en matière correctionnelle ou dans le cadre d'une composition pénale. Son but est d'apporter une réponse individualisée et rapide à chaque acte répréhensible. Elle consiste à faire participer le jeune à des activités d'insertion professionnelle ou de remise à niveau scolaire. Sa durée ne peut excéder 12 mois.

## - La remise au représentant légal ou à une personne digne de confiance

### - Une mesure d'aide ou de réparation pénale

Au bénéfice de la victime ou dans l'intérêt de la collectivité, pour favoriser un processus de responsabilisation et conscience de la loi. Cette mesure peut être prononcée à tous les stades de la procédure.

### - Une mesure de liberté surveillée

Prononcée soit durant l'instruction soit par la juridiction en complément d'une autre décision, c'est une surveillance et une action éducative près du mineur et de son environnement familial (rapport à la loi, culpabilité ...).

### - La mise sous protection judiciaire

Cadre juridique permettant un placement ou une protection en milieu ouvert, afin d'intervenir sur le contexte de vie du mineur, suivre son évolution, aider l'intégration de la loi et des règles de vie en société.

### - Le placement dans un établissement

Foyers d'action éducative (FAE), Centre de placement immédiat (CPI), Centre éducatifs renforcés (CER), Centre éducatif fermé (CEF)

Ces mesures prises par la juridiction peuvent être modifiées en fonction de l'évolution de la situation de l'enfant.

## Les mesures de probation et les peines

### - Le contrôle judiciaire

*Idem que pour les personnes majeures, et peut aussi être assorti d'un placement dans un centre éducatif.*

### - Le sursis mise à l'épreuve

### - Travail d'intérêt général (TIG)

Pour les mineurs de 16 à 18 ans : *idem que pour les personnes majeures.*

### - Le suivi socio-judiciaire ; *idem que pour les personnes majeures.*

### - Le stage de citoyenneté

Alternative aux poursuites, à l'emprisonnement ou mise à l'épreuve mis en place par la DPJJ. Le non respect du stage peut entraîner l'incarcération. Module destiné à rappeler les valeurs républicaines de tolérance et de respect de la dignité humaine qui fondent la société, à faire prendre conscience de sa responsabilité pénale et civile, à favoriser l'insertion sociale.

### - Les peines de prison

Elles ne peuvent excéder la moitié du maximum prévu pour les majeurs. Elle est exécutée soit en quartier mineur d'établissement pénitentiaire ou dans des Etablissements pénitentiaire pour mineurs (EPM). Identique au régime des majeurs, avec intervention d'éducateurs de la DPJJ. Les mineurs participent à l'élaboration de leur emploi du temps qu'ils s'engagent à respecter (scolarité obligatoire jusqu'à 16 ans, formations, activités sportives et socioculturelles).

Les mesures d'aménagement de peines prévues pour les majeurs s'appliquent aux mineurs, le juge des enfants est seul compétent en ce domaine et la mise en œuvre est confiée aux services de la DPJJ.

# Définition des mesures judiciaires pour la personne mineure

## *Les sanctions éducatives*

Elles sont prononcées par le tribunal pour enfant ou la cour d'assises des mineurs, intermédiaire entre la mesure éducative et la peine, pour apporter une réponse judiciaire plus adaptée aux faits et à la personnalité du mineur ainsi qu'aux actes commis par les 10 à 13 ans pour lesquels aucune peine n'est prononçable (confiscation d'un objet, interdiction de paraître dans certains lieux ou de rencontrer la victime ou les co-auteurs, mesures de réparation, stage de formation civique).

### *Rédacteurs :*

**Stéphane Corlosquet** – Educateur - Centre d'Action Educative de la Protection Judiciaire de la Jeunesse - Saint Malo (35)

**Virginie Luze** – Educatrice - Centre d'Action Educative de la Protection Judiciaire de la Jeunesse - Saint Malo (35)

**Annie Boisvyon** – Infirmière – CSAPA - Centre Hospitalier – Saint Malo (35)

# Les soins obligés en addictologie

« Soins obligés », deux termes apparemment antinomiques si nous considérons qu'une démarche de soin est normalement volontaire. Telle est la particularité de cette modalité de rencontre incitée par la justice. D'une manière générale, l'obligation de se soigner peut être prononcée dans le cadre du régime commun à la répression de toutes les infractions pénales. On la retrouve à tous les stades de la procédure judiciaire : avant la condamnation, au moment de la condamnation et après celle-ci. Cependant, si les infractions liées au produit alcool ne font pas l'objet d'un traitement judiciaire particulier puisqu'elles s'intègrent dans le cadre général du dispositif d'obligation de soins, des dispositions spécifiques sont prévues pour les infractions liées à l'usage de produits illicites (injonction thérapeutique et obligation de soins dans le cadre du contrôle judiciaire, prévues par le code de la santé publique pour les usagers de stupéfiants). Cette fiche propose d'apporter des éclairages sur les dispositions prévues, y compris les nouvelles : **l'extension de l'injonction thérapeutique, la création des médecins-relais, la mise en place des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, etc ...**

## L'obligation de soin et l'injonction thérapeutique

### OBLIGATION DE SOINS

### INJONCTION THÉRAPEUTIQUE

#### Textes de référence

- Article 132-45.3 du Code Pénal modifié par la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

*Aujourd'hui, les mesures d'obligation de soins «peuvent consister en l'injonction thérapeutique, lorsqu'il apparait que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques».*

- Mesure prévue dans le cadre de la loi du 31/12/1970(n°70-1320 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et usage de substances vénéneuses

- Décret n°2008-364 du 16/04/2008 relatif au suivi des mesures d'injonction thérapeutique et aux médecins relais.

- La circulaire : CRIM08-11/G4-09/05/2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances

## OBLIGATION DE SOINS

## INJONCTION THÉRAPEUTIQUE

### Définition

- «**obligation de se soumettre à des mesures de contrôle, de traitement ou de soins** même sous le régime de l'hospitalisation». La mesure d'obligation de soins n'est pas spécifique à l'usage de produits psycho-actifs, elle concerne également les infractions à caractère sexuel ...

La mesure d'obligation de soins peut être prononcée à **tous les stades de la procédure**.

Au stade pré-sentenciel dans le cadre :

- d'un contrôle judiciaire

Au stade post-sentenciel dans le cadre :

- d'un sursis avec mise à l'épreuve (durée de 12 mois à 3 ans (pendant 5 ans si récidive légale et 7 ans si récidive)

- d'un ajournement avec mise à l'épreuve

- d'une libération conditionnelle

- d'un placement à l'extérieur

- Jusqu'en 2007, Il s'agissait d'une mesure contraignante, une alternative aux poursuites pénales incluant une prise en charge médicale, psychologique et sociale. La mesure d'injonction thérapeutique était un dispositif propre à la législation sur les stupéfiants.

### Évolution dans les textes à partir de 2007

- La mesure d'injonction thérapeutique était prononcée dans le cadre d'une alternative aux poursuites. Aujourd'hui, elle s'étend à **tous les stades de la procédure** et peut être également une modalité d'exécution d'une peine dans le cadre notamment d'un sursis avec mise à l'épreuve.

- **Traditionnellement dans le champ de la toxicomanie, elle concerne maintenant les infractions liées à l'abus d'alcool.**

### Principes

- L'obligation de soins est une incitation à la consultation spécialisée.

- La personne qui est en obligation de soins est **libre de choisir** son médecin ou la structure où elle souhaite être suivie.

- La personne fait l'objet d'un **signalement à l'autorité sanitaire** (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales).

- La personne se voit imposer par la DDASS de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique dont le contenu est défini en fonction de l'examen médical et de l'enquête sociale qui auront été effectués.

*Le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants*

### Texte de référence

Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance

## Définition

- Le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants est une mesure visant à «faire prendre conscience au consommateur des dommages induits par la consommation de produits stupéfiants et d'autre part, les incidences sociales d'un tel comportement».

- «Il s'agit sur un mode collectif, de stages d'information éducationnelle et non des moments individuels d'évaluation tels qu'ils se déroulent au cours d'une consultation médicale.»

La mesure peut être prononcée au titre de :

- Mesure alternative aux poursuites (Composition pénale, Ordonnance pénale)
- Peine complémentaire

- Cette mesure s'adresse aux usagers de drogues occasionnels ou réguliers non problématiques (dans le cadre d'interpellation sur la voie publique, d'identification à l'occasion de démantèlement de réseaux locaux, de violences routières).

- Le stage peut être proposé à tout majeur ainsi qu'aux mineurs âgés d'au moins treize ans

## Principes

- Le dispositif prévoit le recours à des prestataires (structures proposant un accompagnement aux usagers de drogues ou de lutte contre les stupéfiants) pour la mise en œuvre du stage. Le stage est placé sous le contrôle du délégué du procureur ou du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (pour les majeurs) ou de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (pour les mineurs).

- Les frais du stage sont à la charge de l'utilisateur (450 euros maximum) qui sont à régler avant le début du stage à l'association prestataire sauf pour les personnes dispensées de paiement.

## Rôle de la justice

	Mesure/dispositif	Modalités d'exécution
Proposer une alternative aux poursuites	Injonction thérapeutique	- L'injonction thérapeutique est ordonnée par le Procureur de la République qui informe le préfet de la mesure
	Stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants	- Le stage est placé sous le contrôle du délégué du procureur de la République

# Les soins obligés en addictologie

## Mesure/dispositif

## Modalités d'exécution

**Instaurer une interface avec le dispositif de soins**

le médecin relais

- Désigné par le préfet, le médecin relais procède à l'examen médical de la personne en vue d'évaluer le traitement le mieux adapté à sa situation.
- Il fait connaître son avis à l'autorité judiciaire sur l'opportunité médicale de la mesure d'injonction thérapeutique.
- En fonction du résultat de l'examen, il définit les modalités d'exécution de l'injonction thérapeutique (traitements diversifiés, cure de désintoxication, surveillance médicale ...) et en informe l'intéressé.
- Le médecin relais informe le médecin que la personne a choisi (ou par défaut désigné d'office) pour son suivi et lui communique le cadre juridique dans lequel il s'inscrit.
- Il contrôle le déroulement de la mesure et informe l'autorité judiciaire de la situation médicale du patient.
- Il procède à un nouvel examen médical de la personne, puis si la mesure se poursuit, à de nouveaux examens à échéance semestrielle.
- Au terme de l'exécution de la mesure, le médecin relais détruit l'ensemble des pièces de procédure qui lui ont été adressées.

**Apporter des réponses juridiques adaptées**

- Contrôle judiciaire (OS - IT)
- Ajournement avec mise à l'épreuve (OS)
- Sursis avec mise à l'épreuve (OS - IT)
- Suivi socio-judiciaire
  - Stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants
- Libération conditionnelle (OS)
- Semi - liberté (OS)
- Placement à l'extérieur (OS)

*OS = obligation de soin  
IT = injonction thérapeutique*

En pré-sentenciel, les mesures d'obligations de soins et d'injonctions thérapeutiques dans le cadre d'un contrôle judiciaire sont ordonnées par le juge d'instruction ou le juge des libertés et de la détention. Les autres mesures sont confiées par le Juge d'Application des Peines aux SPIP sauf l'injonction thérapeutique qui sera mise en œuvre par le médecin-relais.

Rôle du SPIP dans le cadre des obligations de soins :

- **Évaluation de la relation à la loi** : crainte de la répression au regard de l'enjeu présenté et prise de conscience des conduites à risques et leurs incidences sur le social
- **Sensibilisation au soin** : évaluation de la relation au produit et ses incidences en terme de répercussions personnelles professionnelles ...
- **Auto-évaluation**
- **Proposition de choix d'établissement de soins pour l'orientation**
- **Suivi** : Vérification des consultations avec attestations de présence
- **Impact sur l'évolution des représentations et attitudes**
- **Pas d'accès au contenu du suivi thérapeutique** (secret professionnel et mesure progressive des répercussions sur la vie personnelle, professionnelle ...)

## Rôle de la santé

### Mesure/dispositif

### Modalités d'exécution

Injonction thérapeutique

- Le médecin confirme par écrit son accord à l'autorité sanitaire (DDASS via le médecin relais si le dispositif existe) pour prendre en charge la personne.
- Les attestations seront envoyées à l'autorité sanitaire (DDASS via le médecin relais si le dispositif existe) en fonction du rythme du suivi.
- Le descriptif thérapeutique n'est jamais précisé (secret professionnel et médical).

Obligation de soin

- Chaque intervenant remet une attestation de présence, en main propre, au patient venu consulter qu'il transmettra lui-même au SPIP.
- Les intervenants psycho-médico-sociaux, tenus au secret professionnel, ne font pas état du contenu du suivi.
- ***L'obligation s'adresse au patient ; le soignant garde, quant à lui, sa liberté de thérapeute.***

Stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants

- Élaboration du contenu du stage (solicitation d'intervenants en fonction des modules abordés) qui sera validé par le procureur de la république après avis du président du tribunal dans le cadre d'une convention.
- Accueil de la personne avant le stage pour lui exposer les objectifs.
- Mise en œuvre du stage qui se déroule en présence continue d'un représentant de la structure.
- Entretien avec la personne (en présence des parents pour les mineurs) pour faire un bilan du stage.
- Remise d'une attestation à l'intéressé (ou aux personnes responsables du mineur). À charge pour la personne de l'adresser à l'autorité judiciaire.
- Transmission d'un rapport au procureur (copie au juge pour enfant pour les mineurs) dans le cadre d'une alternative aux poursuites.

### Préconisation

Afin d'instaurer des mises à jour dans les interfaces santé-justice, nous promovons des réunions régulières, instituant des référents de santé dans les équipes justice et réciproquement.

#### Rédacteurs :

**Sylvie Auliac** - Infirmière - thérapeute familiale - CSAPA - Centre Hospitalier des quatre villes Boulogne-Billancourt (92)

**Guylaine Colard** - Conseillère d'insertion et de probation - SPIP - Nanterre (92)

**Laurent Chassagne** - Chef de service éducatif - CSAPA Le trait d'union - Association Oppelia - Boulogne-Billancourt (92)

**Emma Tarlevé** - Chargée de missions - F3A



# L'accès aux soins

Les soins en addictologie : principes et conceptions

Les lieux de soins

Les comportements de consommation d'alcool et de drogues :  
Évaluation et modalités de prise en charge

Les moyens thérapeutiques

Le sevrage d'alcool

# Les soins en addictologie

## principes et conceptions

### *Principes généraux*

- Les addictions et leurs conséquences constituent l'un des problèmes majeurs de santé publique dans nos sociétés modernes. Le public concerné est donc très large, et les soins à apporter aux personnes qui en souffrent doivent être diversifiés, coordonnés **en réseau** entre les différents acteurs et **adaptés à chaque personne**.
- L'addiction est un problème qui affecte **les personnes et leur entourage**. Toute intervention doit être envisagée dans une perspective englobant l'individu dans toute sa dimension humaine ainsi que dans son contexte social et communautaire. Toute intervention doit assurer le respect des droits humains, en particulier le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne.
- Les actions de soins et de prévention doivent s'appuyer sur les **données scientifiques** actuellement disponibles et sur **l'expérience clinique**.

***Le traitement de l'addiction repose sur le renforcement de ressources internes au sujet***

### *Conception des addictions et de leur traitement*

- **L'addiction est un phénomène multifactoriel**, à la fois dans le processus qui y conduit et dans les éventuelles conséquences qu'elle provoque. Ces facteurs sont biologiques, psychiques et sociaux. Aucun de ces facteurs pris isolément n'est ni nécessaire ni suffisant. L'addiction peut ainsi prendre des formes très différentes. Il faut donc évaluer pour chaque cas les besoins et les soins adaptés.
- **Le traitement de l'addiction repose sur le renforcement de ressources internes au sujet** et sur un processus d'évolution personnelle qui permet à l'individu de reprendre du pouvoir sur sa vie, de se reconstruire un équilibre interne et dans sa relation au monde. C'est donc une aide au changement de soi.

### *Approches cliniques et méthodes d'intervention*

L'approche clinique et thérapeutique **visent d'abord à ce que les interventions apportent des résultats favorables** en fonction des besoins et des objectifs de chaque patient.

Cette efficacité des interventions repose sur des critères aujourd'hui reconnus :

- La personne doit être au centre des préoccupations
- Les structures, services de soins en addictologie doivent être accessibles
- Les objectifs des soins doivent être fixés avec la personne et être adaptés à celle-ci
- La qualité de la relation qui est nouée avec le patient prime sur la technique d'intervention
- Les changements que le traitement fait émerger **doivent être durables et améliorer la qualité de vie**

# Les soins en addictologie

- Le traitement doit **prendre en considération les caractéristiques de la personne et lui permettre d'améliorer sa situation sociale, psychologique et physique**
- En ce sens, **la réduction des risques et des dommages est partie intégrante des soins**
- Les soins doivent être **d'intensité et de durée suffisante** au regard de la gravité de l'addiction et des ressources de la personne
- La question de la motivation doit être abordée comme une variable susceptible d'être influencée dans le processus même de l'intervention
- **Les pratiques en réseau permettant les collaborations de toutes les ressources nécessaires** sont à la base de toute intervention
- Au sein de chaque structure de soins, une attention particulière doit être portée à **l'organisation coordonnée de l'accompagnement et des soins et à une évaluation rigoureuse des actions**

Sur ces bases, «la capacité à mailler, à tisser les savoir-faire des différents acteurs (en acceptant de passer d'une préoccupation médicale à une avancée sociale, d'une avancée sociale à une élaboration psychique, d'une élaboration psychique à une question médicale, etc ...) sera déterminante au sein d'une équipe ou d'un réseau de soins [...] **La pratique transdisciplinaire associe l'ensemble des dimensions de l'expérience addictive, sans en privilégier a priori aucune, et en tenant compte des interactions respectives des unes vis-à-vis des autres.** Il s'agit d'aller au-delà de la juxtaposition de la pluridisciplinarité classique, une discipline étant complétée par d'autres ou chacune intervenant de façon successive, pour prendre en compte l'ubiquité des drogues et respecter la polysémie des expériences.» (Morel A., Couteron J.P, 2008)

*Rédacteur :*

**Docteur Alain Morel** – Psychiatre - Directeur Général – Association Oppelia  
Boulogne-Billancourt (92)

# Les lieux de soins

Il est important de préciser que les lieux présentés ne se suffisent pas toujours à eux seuls, mais sont complémentaires dans le parcours de soin d'un patient.

## *Les établissements médico-sociaux*

### **Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)**

Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention (CSAPA) qui remplacent les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) et les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) s'adressent aux personnes en difficulté avec les substances psycho-actives, ou présentant une addiction sans drogue ainsi qu'à leur entourage. Ils jouent un rôle majeur de proximité en se déployant au plus près de la vie familiale et sociale des personnes accueillies et assurent l'anonymat aux usagers et la gratuité de la prise en charge.

*Améliorer la qualité de vie des personnes dans leur environnement en prenant en compte les dimensions plurielles de l'expérience addictive.*

#### **L'approche ambulatoire**

Elle permet de travailler sur la liberté de l'utilisateur de venir, de partir, de choisir. La personne continue à vivre dans son environnement habituel. Il s'agit alors de **proposer des étayages diversifiés qui favorisent l'intégration d'un projet de soin dans un projet de vie.**

- Les CSAPA, composés d'équipes transdisciplinaires, proposent une offre globale visant à améliorer la qualité de vie des personnes dans leur environnement en prenant en compte les dimensions plurielles de l'expérience addictive. Des professionnels différents et complémentaires (médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux ...) sont ainsi amenés à coopérer autour de l'accompagnement du projet élaboré par le patient.

- Les CSAPA ont pour missions : l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation.

- Les outils sont : L'accompagnement socio-éducatif, les soins médicaux, les psychothérapies, l'intervention précoce, la réduction des risques. Ces structures proposent des activités thérapeutiques individuelles et/ou collectives.

#### **L'hébergement individuel ou collectif**

Le soin, comme l'accompagnement et les soins avec hébergement, peuvent être proposés et/ou sollicités. Ils concernent des indications addictologiques particulières et des situations spécifiques, précarité, isolement social, complications somatiques, co-morbidités ... Ces services thérapeutiques avec hébergement donnent l'opportunité de **réapprendre à «habiter» un espace** (reconstruire son identité, investir un lieu ...) et à **tisser des liens sociaux** (trouver sa place, réapprendre à communiquer, à négocier, à participer...). L'hébergement peut offrir plusieurs niveaux de réponses (Morel A., Coueron J.P, 2008) :

- L'hébergement peut être organisé autour d'un programme thérapeutique : **le soin résidentiel** (les Centres Thérapeutiques Résidentiels ou les Communautés Thérapeutiques par exemple).

# Les lieux de soins

- L'hébergement peut être **complémentaire au soin** visant l'insertion sociale et professionnelle (les appartements thérapeutiques par exemple).
- L'hébergement **d'urgence et de transition**, pour les usagers les plus marginalisés, offre des possibilités d'accès au soins et une orientation vers des dispositifs de plus long séjour.
- L'hébergement de crise (hôpital et centre de crise).
- Les structures d'hébergement **d'urgence ou de transition** (collectif ou individuel) :  
Les personnes sont accueillies sur des courtes durées quand une période de rupture, de transition, «de mise à l'abri» (attente de sevrage, sortie de prison...) paraît nécessaire. Il est proposé des possibilités d'accès aux soins et une orientation vers un dispositif adapté.

## - Les appartements thérapeutiques - AT

Les appartements thérapeutiques proposent, en amont des dispositifs de droit commun, un hébergement à titre temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical. Ce dispositif permet de travailler sur la problématique de l'addiction et représente une opportunité pour les usagers d'acquiescer une plus grande autonomie et de restaurer des liens sociaux. Le cadre du projet de soins implique des dimensions d'accompagnement psycho-socio-éducatif et/ou sanitaire et permet de garantir l'observance des traitements.

## - Les familles d'accueil - FA

L'accueil familial est destiné aux usagers pour lesquels il est préconisé une réadaptation relationnelle et une réinsertion sociale. Ce dispositif est une alternative aux thérapeutiques classiques. Les contours de la prise en charge par ce dispositif varient selon la situation sanitaire et sociale de la personne.

## - Les Centres Thérapeutiques Résidentiels - CTR (anciennement appelés post-cures)

Les centres Thérapeutiques Résidentiels proposent aux résidents une présence professionnelle 24h/24 et fournissent un accompagnement transdisciplinaire de même nature que le dispositif ambulatoire. La diversité des approches (médicale, psychologique, socio-éducative...) contribue à réinvestir un cadre de vie (famille, réseau de sociabilité, emploi...) et stabiliser les co-morbidités somatiques et psychiatriques. La durée du séjour pouvant aller jusqu'à un an varie selon le temps estimé nécessaire pour une adaptation progressive à un cadre moins contenant.

## - Les Communautés Thérapeutiques - CT

Les communautés thérapeutiques sont des centres résidentiels de plus long séjour (jusqu'à deux ans). La spécificité de ce dispositif place le groupe au cœur du projet thérapeutique (pas de médicalisation) où se sont les interactions entre pairs qui reconsolident le sujet.

*Aider l'usager à réduire les dommages  
liés à ses conduites d'addictions*

## Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD)

Les CAARUD accueillent les usagers de drogues qui n'ont pas entamé une démarche de soin. Ce dispositif vise à prévenir et réduire les effets négatifs liés à leur consommation.

L'article R.3121-33-1 du code de la santé publique (CSP) prévoit que les CAARUD assurent :

- L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour les usagers de drogues
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle
- La mise à disposition de matériel de prévention des infections
- L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers
- Le développement d'actions de médiation sociale.

# Les lieux de soins

L'article R.3121-33-2 du CSP précise qu'ils ont également une mission de :

- Participation au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

Cette mission ne doit pas être considérée comme ayant un caractère obligatoire.

## *La filière sanitaire*

**La prise en charge hospitalière est appropriée pour des patients présentant une problématique aigue et complexe** (intoxication sévère, overdoses, complications somatiques, co-morbidités psychiatriques, échec de traitement entrepris en ambulatoire). D'une manière générale, les établissements hospitaliers s'articulent avec les dispositifs médico-sociaux et la médecine de ville (en amont et en aval).

Le dispositif addictologique hospitalier est organisé en trois niveaux :

- Le niveau I : Il assure les réponses de proximité, y compris les sevrages simples.

- Le niveau II : Il propose des prises en charge spécialisées (sevrages et soins résidentiels complexes).

- Le niveau III (Centre d'addictologie universitaire régionale implanté dans les Centres Hospitaliers Universitaires) : Il propose les mêmes prises en charge que les structures de niveau II mais constitue en plus un lieu régional de ressources, de formation et de recherche.

### **- L'équipe de liaison et de soins en addictologie**

L'équipe de liaison en addictologie intervient dans l'ensemble des services afin d'aider au repérage d'une conduite addictive chez les patients hospitalisés. Elle a donc une fonction transversale au sein des établissements de santé en facilitant l'engagement des patients dans une démarche de soin spécialisée en addictologie. L'équipe de liaison assure un rôle de repérage, d'évaluation, d'orientation du patient, sensibilise et forme les équipes soignantes à la clinique addictologique.

### **- La consultation hospitalière**

La consultation hospitalière accueille toute personne sollicitant une aide spécialisée en milieu hospitalier. Elle traite en ambulatoire les patients présentant des dommages liés à l'addiction et organise si nécessaire un programme de soins addictologiques au sein de l'hôpital pour un sevrage simple ou des soins complexes.

### **- Le court séjour addictologique**

Le court séjour est une structure de prise en charge de la dépendance mais aussi de ses complications et co-morbidités associées. Le court séjour assure un sevrage simple (durée d'hospitalisation allant jusqu'à 10 jours) et des soins complexes avec des thérapies spécifiques prises en charge par une équipe pluri-disciplinaire (durée d'hospitalisation entre deux et quatre semaines).

### **- Les Soins de Suite et de Réadaptation – SSR**

Les Soins de Suite et de Réadaptation sont le modèle dominant en alcoologie, comme un lieu de convalescence. Les SSR mettent en œuvre les moyens visant à prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales et promouvoir la réadaptation des personnes ayant une conduite addictive aux substances psycho-actives. En plus d'assurer un suivi médical, des programmes psycho-thérapeutique, socio-éducatifs sont proposés afin de consolider l'abstinence, prévenir la rechute et restaurer la personne sur les plans biologique, psychologique et social. Les SSR se situent généralement après une cure médicale avec une prise en charge aigue et en amont d'une orientation médico-sociale soit en ambulatoire soit vers un hébergement thérapeutique (CTR ou AT) ou en amont du retour au domicile.

### **- L'hôpital de jour**

L'hôpital de jour accueille des patients nécessitant des soins complexes dans un cadre thérapeutique «intensif» tout en préservant le lien avec l'environnement de vie. Il permet ainsi d'éviter l'hospitalisation à temps plein. Il assure un accompagnement pluri-disciplinaire en addictologie avec également des intervenants ayant d'autres orientations thérapeutiques (diététicien, psychomotricien, kinésithérapeute ...).

### *Le domicile*

Le domicile d'un patient demeure un lieu où la personne peut recevoir des soins sous surveillance médicale et infirmière sans être coupée de son milieu et de ses conditions de vie, comme dans le cas d'un sevrage ambulatoire. **Cette option peut être adoptée s'il n'y a pas de contre-indication et sous réserve d'un environnement favorable.**

### *Les lieux de soins implantés en milieu pénitentiaire*

Lors d'une incarcération, une première évaluation addictologique peut être réalisée par l'un des services de soin du milieu pénitentiaire.

#### **- UCSA - Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires**

Cette unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire, assure les soins somatiques, incluant la prévention, et l'éducation à la santé. Elle accueille des consultations spécialisées (médecine-chirurgie, dermatologie, dentaire, addictologie...), organise les soins en milieu hospitalier et l'extraction des détenus en cas d'hospitalisation, d'examens ou de soins extérieurs. Elle prépare également la continuité des soins à la sortie de prison. Elle participe à la Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU) accueillant les arrivants là où des quartiers arrivants sont constitués (mise en oeuvre des règles pénitentiaires européennes).

#### **- UHSI – Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales**

Construites sur le principe d'une prison-hôpital, les UHSI reçoivent des détenus souffrant de maladies somatiques (non psychiatriques) pour des séjours de durée moyenne, et hors urgence vitale. Les UHSI sont aménagées sur un site hospitalier et placées sous l'autorité du médecin hospitalier. Cependant, elles restent sous contrôle de l'administration pénitentiaire et peuvent faire appel aux forces de police et de gendarmerie en cas de nécessité.

#### **- SMPR – Service Médico Psychiatrique Régional**

Il assure le repérage précoce des troubles mentaux et les soins en psychiatrie, prenant également en charge les troubles addictologiques des détenus. Ce service bénéficie de la possibilité d'accueillir des lits et il participe à la coordination dans la continuité des soins à la sortie.

#### **- UHSA – Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagées**

Ces unités, construites sur le modèle de l'UHSI, permettent l'hospitalisation en psychiatrie des personnes détenues atteintes de troubles mentaux qu'il n'est pas possible de maintenir dans une structure pénitentiaire classique.

#### **- EPSNF – Etablissement Public de Santé National de Fresnes**

Devenu en 1995 EPSNF, l'Hôpital de Fresnes a un statut particulier dans le schéma de l'organisation des soins lourds des détenus en France. Son fonctionnement est autonome, totalement indépendant de la maison d'arrêt. Tous les détenus nécessitant des soins lourds, chirurgicaux ou palliatifs passent dans cet hôpital national spécialisé, en général pour de courtes périodes.

#### **- Consultations avancées**

Abordant généralement les problématiques addictologiques (alcool, tabac, drogues...), des équipes de soin de structures ambulatoires indépendantes interviennent en détention sous diverses modalités : entretiens individuels, animation de groupes de paroles, actions de sensibilisation. Elles complètent le travail de l'UCSA, s'articulent avec le Services Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) et participent à la mise en place de la continuité des soins post-détention ainsi qu'à la construction des aménagements de peine.

#### *Rédacteurs :*

**Sylvie Catto** – Conseillère en alcoologie - ANPAA 71 – Macon (71)

**Didier Laubignat** – Infirmier – UCSA – Centre Pénitentiaire - Varennes-Le-Grand (71)

**Emma Tarlevé** – Chargée de missions – F3A

# Les comportements de consommation d'alcool et de drogues

## évaluation et modalités de prise en charge

L'évaluation des consommations d'alcool et de drogues fait partie intégrante de la réflexion pénale à tous les stades de la procédure, d'autant plus que les consommations d'alcool et de drogues sont devenues avec le temps un facteur de majoration des peines encourues.

Le repérage de troubles addictifs au cours de la procédure soutient l'idée d'un recours à une réponse médicale spécialisée pour diminuer le risque de récidive et va conditionner la prescription de soins obligés par les magistrats.

### *Du côté judiciaire*

#### **L'évaluation des consommations**

##### ***Au stade pré-sentenciel***

L'évaluation des consommations par le magistrat relève de critères, éventuellement cumulatifs, relatifs :

- **Aux déclarations des intéressés** : il arrive fréquemment que les mis en cause dans le cadre d'une procédure reconnaissent spontanément une dépendance, ou évoquent la régularité et la nature de leur consommation. Ces «aveux» sont faits régulièrement par les personnes toxicomanes, moins par les personnes alcooliques.

- **Aux constatations faites par les enquêteurs** : les agents ou officiers de police judiciaire sont des acteurs de terrain habitués à déceler certains signes liés à la consommation excessive d'alcool ou de stupéfiants.

- **Aux constatations médicales** : les personnes gardées à vue ont le droit de solliciter une visite médicale. Cette visite peut être décidée d'initiative par les enquêteurs ou le Procureur de la République. La visite est assez souvent ordonnée d'initiative dès lors que la personne manifeste des signes de dépendance, et quasi-systématiquement en cas de dépendance aux stupéfiants, dès lors que la personne ne la sollicite pas elle-même. Le médecin requis se prononce sur la compatibilité de l'état de la personne avec une mesure de garde à vue, et fait état, le cas échéant, de ses observations médicales ou d'un état constaté de dépendance.

- **Aux antécédents de l'intéressé et aux décisions préalablement prises à son encontre** : les antécédents judiciaires sont vérifiés afin de savoir si la personne se trouve en état de récidive légale par rapport à sa consommation, ou en état de réitération (faits répétés dans le temps sans que la récidive ne puisse être légalement retenue). Les antécédents donnent une image de l'évolution de la consommation.

- **Aux éventuelles expertises médicales ordonnées.**

L'un ou plusieurs de ces critères permettent au magistrat d'évaluer le niveau de consommation et d'y donner la réponse pénale adaptée en fonction, bien évidemment, de la nature des infractions commises. À ces critères s'ajoute une évaluation, nécessairement subjective, de la part du magistrat sur la base de ses connaissances personnelles et expérience en la matière.

# Les comportements de consommation d'alcool et de drogues

## **Au stade sentenciel et post-sentenciel**

Le magistrat qui fixe la peine ou celui qui applique la peine fixent l'obligation de soins en fonction :

- **Des éléments factuels du dossier pénal**
- **De la personnalité du justiciable.**

Dans la plupart des cas, ces deux éléments sont liés : ainsi, un taux d'alcoolémie important couplé à un casier judiciaire mentionnant déjà des condamnations en lien avec l'alcool suffisent à fixer une telle obligation de soins. Parfois, la nature des faits ou les déclarations du condamné sont suffisantes dès lors qu'est exprimée une demande ou une souffrance qui vont dans ce sens. Par exemple : Un consommateur de drogue dure, une personne faisant état de pulsions insurmontables ou une addiction habituelle et forte.

Enfin, une expertise en ce sens induira dans la plupart des cas la mise en place d'une obligation de soins.

## **Les modalités de prise en charge**

### **Au stade pré-sentenciel**

Le Procureur de la République dispose de plusieurs outils destinés à traiter la délinquance relative à l'usage habituel de produits stupéfiants. L'accomplissement de ces mesures entraîne le classement de la procédure. A contrario, le non-respect de la mesure alternative impliquera généralement la traduction devant le tribunal correctionnel.

### **PUBLIC CONCERNÉ**

Primo-délinquants, individus qui ne sont pas sous dépendance toxique et qui sont susceptibles de stopper leur consommation par crainte des conséquences judiciaires et sanitaires.

Personnes présentant des conduites de consommation de cannabis à risque.

Personnes mises en cause pour abus/dépendances de produits stupéfiants, et n'ayant jamais fait l'objet de condamnation pénale, et à l'exclusion des individus se livrant à la vente, ou participant à la circulation des opiacés.

### **TYPE DE MESURE**

- À titre de mesures pré-sentencielles, le Procureur de la République privilégiera la convocation des personnes mise en cause devant un délégué du Procureur pour un rappel à la loi. Cette alternative aux poursuites consiste en un entretien suivi d'un rappel ferme du cadre légal.
- Le Procureur de la République peut également orienter les usagers vers une structure sanitaire et sociale.

Le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, intermédiaire entre le rappel à la loi et l'injonction thérapeutique.

La procédure d'injonction thérapeutique : suivie par un magistrat du parquet en lien avec un centre de soins en addictologie, spécialisé en la matière.

# Les comportements de consommation d'alcool et de drogues

## ***Au stade sentenciel et post-sentenciel***

L'obligation de soin est la mesure habituellement prescrite par le juge à l'encontre des personnes présentant un profil d'abus/dépendance d'alcool et/ou de drogues dans le cadre :

- **D'un sursis avec mise à l'épreuve**
- **D'un aménagement de peine**

En pratique, le juge qui prononce ou qui applique la peine n'intervient pas directement sur l'obligation de soins. S'il la prescrit ou en assure le suivi, il n'a normalement pas de contact direct avec le médecin.

Néanmoins, le juge de l'application des peines peut avoir une influence sur le déroulement de cette obligation il peut :

- **L'ajouter ou la supprimer**
- **Mettre en place un suivi différencié** en prenant en compte l'importance de l'obligation de soins (dans le cadre des directives confiées au Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation). Ainsi, il pourra être question de prioriser cette obligation, d'insister sur l'intérêt d'un dépistage, d'une cure ou d'un suivi en addictologie.
- **Conditionner l'octroi d'un aménagement de peine** en fonction des soins mis en place. D'une certaine manière il s'agit d'une obligation de soins encouragée.

Dans tous ces cas, **il n'y a pas injonction** et la teneur de l'obligation n'est pas fixée par le Juge. En outre, le juge n'a **pas connaissance des soins**, des orientations et des préconisations du médecin.

L'arrivée d'un **médecin relais** devrait modifier la donne en créant une interface avec le juge qui peut dès lors être renseigné sur l'efficacité des soins dispensés par le médecin traitant. N'étant pas professionnel de la santé et ne pouvant entrer dans le cadre d'une relation confidentielle, la présence d'un médecin qui médiatise la relation entre l'autorité judiciaire et le corps médical paraît utile et semble permettre une meilleure articulation santé-justice. C'est alors le problème de moyens qui resurgit tant il est aujourd'hui difficile de disposer en nombre suffisant de médecins prêts à s'impliquer dans les missions de Justice.

## *Du côté du soin*

### **Les comportements de consommation**

L'évaluation réalisée par un personnel compétent en matière d'addictologie (avec utilisation éventuelle de questionnaires) porte sur la consommation des **substances psychoactives** :

- Elles agissent sur le cerveau en modifiant l'activité mentale, les perceptions, l'humeur et le comportement
- Leur usage expose à des risques et à des dangers pour la santé et peut entraîner des conséquences sur la vie quotidienne
- Leur usage peut en outre engendrer une dépendance.

Le caractère licite ou non des substances et l'aspect quantitatif de la consommation ne font pas référence dans les définitions qui suivent.

On distingue, selon les classifications internationales actuelles :

### **L'usage - L'abus - La dépendance**

# Les comportements de consommation d'alcool et de drogues

Le passage à des consommations de plus en plus régulières (selon la théorie de l'escalade) ne se produit pas de manière systématique et varie selon :

- **Le pouvoir addictogène** de chaque substance
- **La vulnérabilité individuelle** en lien avec l'histoire personnelle et l'existence de troubles psychologiques et/ou psychiatriques
- **L'environnement** de la personne.

Les comportements d'abus et de dépendance relèvent d'une problématique pathologique : on parle de «troubles addictifs».

## L'usage : Mode de consommation n'entraînant aucun dommage (sanitaire, psychoaffectif, social)

<b>La non-consommation (abstinence)</b>	Elle peut être primaire (pas d'initiation) ou secondaire (abstinence après une phase de consommation).
---	--

<b>La consommation socialement réglée</b>	Elle n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives pour soi ou pour autrui.
---	---

<b>La consommation à risques</b>	<p><b>Le risque situationnel :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Les tâches nécessitant une bonne maîtrise psychomotrice (conduite automobile, conduite d'engins, ...)</li><li>- La grossesse</li><li>- L'association avec la prise de médicaments (notamment psychotropes)</li></ul> <p><b>Le risque quantitatif :</b> certaines modalités de consommation sont fortement corrélées avec un risque d'installation d'abus ou de dépendance :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La précocité des consommations (âge de début)</li><li>- Le cumul des consommations (polyconsommations)</li><li>- La consommation autothérapeutique (à visée anxiolytique, hypnotique, anti-dépressive, de lutte contre l'ennui, ...)</li><li>- La recherche d'excès (fréquence des ivresses, recherche de l'effet «défoncé», binge ou consommation compulsive)</li><li>- La répétition des consommations (besoin de consommer quotidiennement, perte de contrôle, consommation matinale, ...)</li></ul> <p><b>La consommation au-delà de certaines quantités :</b> notion de «seuil» de consommation (OMS) et de l'existence d'une corrélation statistiquement retrouvée entre la quantité consommée et l'augmentation de la morbidité et de la mortalité.</p> <p>L'ivresse simple et le caractère illicite des substances consommées ne constituent pas des consommations à risques.</p>
----------------------------------	--

L'accès aux soins

# Les comportements de consommation d'alcool et de drogues

## L'abus ou l'usage nocif

Le caractère pathologique de ce mode de consommation est défini par :

- la répétition des consommations
- la constatation par le sujet lui-même ou par son environnement (famille, amis, société ...) de **dommages** somatiques – psychoaffectifs - sociaux.

## La dépendance: Impossibilité de s'abstenir de consommer sans ressentir un manque d'ordre psychique et/ou physique

Dépendance psychique ou «craving»

- Besoin irrépissible de consommer la substance
- Efforts répétés et infructueux pour arrêter, réduire ou contrôler la consommation
- Temps considérable passé à se procurer la substance, la consommer et se remettre de ses effets ...

Dépendance physique (critère facultatif)

- Existence d'une tolérance (besoin d'une majoration de la dose ou la fréquence de la consommation pour obtenir l'effet désiré)
- Existence d'un syndrome de sevrage (signes de manque)

## Les stratégies thérapeutiques

Les stratégies thérapeutiques s'intègrent dans une politique globale de **réduction des risques** quels que soient les types d'usages et de substances consommées. Elle est le fil conducteur du début à la fin de l'accompagnement. Elle ne se substitue pas au traitement médical ni à l'accompagnement médico-psychologique qui permet de réfléchir sur le pourquoi de la consommation. L'objectif est de réduire les dommages qu'elle occasionne, il s'agit alors d'éviter les complications.

## L'usage à risque

Objectif principal

### Réduire les risques

- Informer et faire prendre conscience au sujet des risques que fait courir la poursuite de sa consommation. Inciter le sujet à réduire sa consommation dans les limites de l'usage.

Technique

- Intervention simple d'information et de conseils personnalisés (messages de prévention ciblés)

Durée

- Intervention brève

# Les comportements de consommation d'alcool et de drogues

## L'usage nocif

Objectif principal

### Réduire la consommation

- Obtenir le retour à un usage modéré ou à un non-usage temporaire ou définitif
- Favoriser l'auto-évaluation des dommages sanitaires, psychoaffectifs, sociaux ou juridiques induits par l'excès de consommation
- Assurer (si nécessaire) une prise en charge médico-sociale pour favoriser la résolution des difficultés et/ou le traitement des complications induites

Technique

- Intervention brève (psycho-éducation)
- Entretien motivationnel (si repérage précoce)

Durée

- Plusieurs interventions peuvent être nécessaires

## La dépendance

Objectif principal

### Ne plus consommer définitivement (abstinence)

Technique

- Sevrage physique en ambulatoire ou en milieu hospitalier (si nécessaire)
- Accompagnement individuel (voir familial) dans le cadre d'une prise en charge globale médico-psychologique et sociale, en s'appuyant sur une équipe multi-disciplinaire
- Traitement spécialisé : thérapies individuelles ou de groupe (entretien motivationnel, approche cognitivo-comportementale, affirmation de soi, médiation corporelle, médicaments, ...)

Durée

- Un suivi au long cours (plusieurs mois voire plusieurs années) est le plus souvent nécessaire

L'accès aux soins

## La Loi du 5 mars 2007 sur la prévention de la délinquance

La Loi du 5 mars 2007 sur le prévention de la délinquance confirme très fortement le refus de toute banalisation de la consommation de produits stupéfiants et de l'abus de la consommation d'alcool : «La réponse pénale doit être systématique dès lors que l'infraction apparaît juridiquement caractérisée et ce qu'elle que soit la substance concernée, l'intensité de la consommation ou l'âge du consommateur».

Des dispositions doivent prévenir la toxicomanie et certaines pratiques addictives (abus d'alcool). Cet objectif passe par :

- Une **accentuation de la répression**
- Une **réponse pénale systématisée et diversifiée**
- Une **augmentation de l'efficacité du champ d'application de l'injonction thérapeutique** qui est réaménagée (cf textes).

# Les comportements de consommation d'alcool et de drogues

## Le volet répressif

- **Aggravation des sanctions** encourues pour la «provocation à la consommation» et le trafic de stupéfiants en direction des mineurs.
- Une nouvelle possibilité de procéder à la recherche d'infractions par dépistage de consommation de stupéfiants au sein des entreprises de transport (refus de s'y soumettre sévèrement punis).
- L'usage de «drogue» ou d'alcool devient une circonstance aggravante pour les atteintes aux personnes ou si le consommateur est dépositaire d'une mission de service public.

## Le volet concernant la diversification de la réponse pénale

- Renforcement du rôle des parquets qui peuvent ordonner une enquête sociale rapide, prendre en compte les éléments de personnalité et de profil de consommation (type de drogue, régularité de la consommation, mode d'approvisionnement, situation familiale et professionnelles, ressources financières). «L'effectivité de la réponse pénale est conditionnée par **un partenariat efficace avec les autorités sanitaires, ainsi qu'avec les acteurs du secteur associatif**».
- Rapprochement entre les parquets et les chefs de projet départementaux de la MILDT.
- Prise en compte des priorités judiciaires en la matière par le conseil départemental de la délinquance (Conseil Général).

## Le volet sanitaire

- Les évolutions du traitement judiciaire de l'usage des stupéfiants
- L'intervention d'un **médecin relais** dans le cadre de l'injonction thérapeutique
- Le **stage de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants** (inspiré des stages de sécurité routière).

## Le rôle de chacun

### DU CÔTÉ JUDICIAIRE

- La question de l'évaluation des consommations se pose pour le magistrat dès lors qu'il apparaît qu'une **infraction pénale** puisse être reliée à un excès de consommation de substance(s) (généralement : atteintes aux biens ou aux personnes dans le cadre d'affaires délictuelles ou criminelles, l'alcool étant statistiquement la substance la plus impliquée).
- Une **consommation isolée de substance** peut suffire à elle-même, dans certaines circonstances, à constituer l'infraction pénale (conduites en état d'alcoolisation ou d'imprégnation cannabique, ou simplement l'usage de stupéfiants).
- La question des consommations de substances se pose d'une manière générale à **tous les stades de la procédure pénale** (enquête, instruction, jugement, application de la peine).
- **La fixation du quantum des peines** encourues intègre les excès de consommation de substance(s) relevés au moment des faits, en général sur un mode chiffré ne prêtant pas lieu à contestation (alcoolémies routières, ...).

### DU CÔTÉ DU SOIN

- En dehors du cadre de l'expertise, le dispositif addictologique intervient **en aval du dispositif juridique** dans une fonction d'accueil, de prévention, d'accompagnement et éventuellement de soin de la personne sous main de justice.
  - L'équipe pluridisciplinaire, sous la responsabilité du directeur, travaille le plus souvent dans une structure repérée en addictologie (CCAA, CSST devenu CSAPA).
  - Les comportements de consommation de substances psychoactives **sont repérés et évalués** finement afin que des objectifs de prise en charge précis puissent être posés avec le patient.
- Le principe du secret médical s'impose au médecin traitant et à son équipe.

# Les comportements de consommation d'alcool et de drogues

La prise en compte chez le justiciable de troubles addictifs au long cours, potentiellement à l'origine de récidive, relève plus directement du champ de l'obligation de soins. Or, les soins ordonnés par le juge ne reposent pas toujours sur des critères d'évaluation précis et fiables en matière d'addictologie, tels qu'ils pourraient être mis en avant par le biais d'une expertise médicale. La pertinence des soins ordonnés peut apparaître, dans ces conditions, discutable et peut être source d'incompréhension de la part des soignants et des justiciables. La «Loi du 5 mars 2007 sur la prévention de la délinquance» prévoit, dans le cadre d'une injonction thérapeutique «nouvelle formule», l'intervention du médecin-relais qui assurera, selon les textes, un rôle d'interface avec la justice, et dont le champ de compétence en addictologie devrait être de nature à valider la pertinence et l'efficacité des mesures de soins contraints (cf textes).

## Préconisations

- Améliorer la formation en addictologie des intervenants justice (SPIP, Magistrats, ...)
- Donner des moyens pour faire aboutir la mise en place des médecins-relais

### Rédacteurs :

**Marjolaine Poinard** - Substitut du Procureur – Tribunal de Grande Instance - Saverne (67)

**Avner Azoulay** – Juge d'application des peines - Tribunal de Grande Instance - Saverne (67)

**Docteur Michel Burger** – Psychiatre - Centre Hospitalier - Erstein (67)

# Les moyens thérapeutiques

La commission d'un acte délictueux laissant apparaître une consommation de substance psycho-active entraîne souvent de la part du système judiciaire une mesure de «contrainte aux soins» prononcée à l'encontre du contrevenant. Cette mesure est fréquemment perçue comme une sanction davantage dirigée contre la personne elle-même qu'en réponse à l'acte jugé, pouvant entraîner incompréhension et résistance chez le contrevenant, et clivage des positions chez les instances soignante et judiciaire.

Intégrés dans un dispositif de Santé Publique, les soins obligés confrontent les acteurs de terrain à certaines difficultés, reflétant la confrontation de deux logiques. L'une repose sur la nécessité de réduire les désordres liés aux addictions et à l'état de santé physique, psychique et/ou sociale des contrevenants, l'autre sur la nécessaire adhésion aux soins des patients.

Dans cette triangulaire mesure de justice/ équipe soignante/ et personne obligée où se déterminent la nature du soin et ses modalités, quels seront les moyens et techniques mis en œuvre pour endiguer le trouble social, améliorer l'état de santé de la personne et favoriser l'adhésion aux soins contraints ?

Quels seront les techniques, méthodes, «outils» recherchés pour favoriser l'adhésion et adapter un soin aux réalités de chacun ? Seront-ils équitablement acceptés et compris par les instances judiciaires ?

## «Caisse à outils»

(Liste non exhaustive présentée par ordre alphabétique)

### - Accompagnement social

Il vise l'autonomie de la personne, en l'aidant à élaborer une réponse adaptée à ses besoins et à ses limites. Privilégiant l'écoute, l'accompagnement social s'appuie sur une relation de confiance qui place le sujet dans une relation d'acteur de son devenir.

### - Ateliers thérapeutiques

Ils utilisent des techniques de soin particulières visant un ré-entraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale. Maintenant un contact avec la réalité, ils permettent aux patients de s'exprimer ou de s'investir dans une réalisation à caractère créatif, artistique ou pratique.

### - Éducation thérapeutique

Intégrée dans un processus de soins, l'éducation thérapeutique est centrée sur le patient. Elle vise à aider le patient et son entourage à comprendre la maladie et le traitement, à mieux coopérer avec les soignants et à maintenir ou à améliorer sa qualité de vie.

### - Entretien motivationnel

Il a pour objectif d'amener le patient à la mise en œuvre et au maintien d'un changement de comportement. Le thérapeute adopte généralement des objectifs intermédiaires en fonction des étapes de changement. Style relationnel et état d'esprit, il est centré sur le patient et se caractérise par l'importance de l'empathie, la reconnaissance et la prise en compte des résistances, la notion de libre-arbitre et le renforcement de l'efficacité personnelle. Il permet l'amélioration de l'adhésion au soin et a un effet direct sur l'efficacité thérapeutique.

# Les moyens thérapeutiques

## - Groupe de paroles

Il est animé par un professionnel de la relation d'aide, c'est un espace de partage, d'échange et d'écoute réciproque autour d'un thème. Il permet l'expression des ressentis, réduit l'isolement psycho-social, favorise la relation à l'autre, développe la solidarité, mobilise les ressources pour affronter la réalité, amène les sujets à devenir acteur de leur changement.

## - Intervention brève

Parfois première étape dans l'ouverture au dialogue, elle s'adresse aux usagers avec l'objectif de sensibiliser la personne sur ses consommations et les dommages qui lui sont liés, tout en lui laissant le choix de la suite à donner.

## - Psychothérapie, suivi psychologique

Elle vise à donner du sens, à soigner, et éventuellement soigner les problèmes découlant d'une souffrance psychique et pouvant se manifester par des symptômes ou des troubles du comportement.

## - Réduction des risques

À l'origine conçue pour enrayer la transmission des infections, la notion de réduction des risques s'est élargie à tout accompagnement d'usagers avec la perspective de limiter les différents risques et dommages sur les plans judiciaire, sanitaire et social, en fonction des produits consommés par les personnes, de leur pratique de consommation, et de leur environnement.

## - Relation d'aide

Accompagnement psychologique pour les personnes en situation de détresse morale. Utilisée dans les situations de crise, pour des usagers psychologiquement éprouvés ou des personnes dépendantes, celle-ci repose sur l'empathie et l'absence de jugement.

## - Sevrage

Arrêt d'une substance ou d'un comportement ayant entraîné une dépendance, à laquelle sont souvent associés des comportements inadaptés avec des répercussions physiques et/ou psychologiques. Le sevrage s'entend en premier lieu en ambulatoire, mais il peut être médicalisé et pratiqué en milieu hospitalier lors de séjours de sevrage simple (niveau 1, s'il semble réalisable en moins de 11 jours) ou en lits de sevrage complexe (niveau 2, lié aux risques de co-morbidité).

## - Suivi médical

Il établit un diagnostic et repère les dommages liés aux consommations d'alcool et substances psycho-actives. Il propose une thérapeutique, évalue la progression, s'appuie et oriente sur des accompagnements complémentaires. Pratique de premier plan, le suivi médical participe activement à un meilleur équilibre de la personne. Conçu dans l'accompagnement au long cours à la périodicité souple et adaptable, il assure une surveillance de l'évolution de la personne.

## - Stage de sensibilisation

Payant ou non, et d'une durée variable, le stage a pour objet d'informer et de sensibiliser le public à la question des addictions et des comportements addictifs, d'aider les bénéficiaires à se repérer dans le processus addictif.

## - Autre forme d'accompagnement et d'aide : les mouvements d'entraide

Le plus souvent organisés sous forme associative, ils offrent par leur témoignage et leur expérience vécue, solidarité, appui et compréhension. Ils ont une fonction d'étayage dans le parcours de mise à distance de l'alcool, agissent sur le sentiment d'isolement des malades, soutiennent les liens familiaux et restaurent l'appartenance à un groupe social. Certains sont issus d'une lointaine appartenance confessionnelle (Croix Bleue, Vie Libre ...), tandis que d'autres s'inspirent des modèles anglo-saxons (Alcooliques Anonymes et leurs corollaires Al-Anon, Al-a-Teen pour conjoints et enfants). On trouve aujourd'hui plusieurs mouvements d'entraide centrés sur diverses addictions (travail, sexe, jeu pathologique, drogues ...) inspirés de ces premiers modèles.

## Ce que prévoient les textes

- L'objectif directeur d'une mesure d'obligation de soins, quelles qu'en soient les modalités, vise un travail axé sur les **causes de la transgression et intègre la notion de prévention de la récidive**.

- À travers l'obligation de soins, et jusque dans les termes des notifications, la mesure pénale cible assez précisément le lien infraction/cause de l'infraction. Logiquement donc, le lieu de soins où est orientée la personne obligée est choisi en fonction du contexte de l'infraction : médecins traitant, de ville ou généraliste, psychiatrie, CSAPA, structure hospitalière, centre spécialisé, etc ...

- L'obligation de soins auquel le justiciable est assujéti ne modifie en rien la logique des soins qui reste dans une **obligation de moyens et non de résultats**.

- L'article R3711-18 du code de santé publique rappelle les champs d'intervention de la loi et du soin, soulignant quelques règles de base et réservant la lecture et l'interprétation des prescriptions médicales à un expert mandaté par le juge, uniquement dans le cadre de l'expertise requise.

**Seule l'attestation remise au patient indique qu'il fait l'objet d'un suivi.**

«Les relations entre la personne condamnée et le médecin traitant sont régies, sous réserve des dispositions du présent titre, par le code de déontologie médicale. Le Juge de l'application des peines ne peut intervenir dans le déroulement des soins décidés par le médecin traitant».

## Rôle de chacun

- Par le prononcé de mesures contraignant aux soins (obligation de soin et injonction thérapeutique) le système judiciaire désigne la loi et la limite. Si ces instruments judiciaires ne sont pas à proprement parler thérapeutiques, ils permettent néanmoins aux praticiens du soin de s'appuyer sur l'autorité de la chose jugée et de s'y adosser pour inviter le patient à s'inscrire dans un processus de soin.

**Replacer un contrevenant dans une dynamique de responsabilisation, à travers le respect des lois qui régissent une société est du rôle de la justice. L'aider à y parvenir, en dépit de ses difficultés personnelles revient au système de soin.**

JUSTICE	SANTÉ
<b>Objectif</b>	
- Respect des lois – responsabilisation	- Aide à l'amélioration de la qualité de vie
<b>Cadre de l'intervention</b>	
- Prononcé d'une mesure de contrainte par le magistrat - Mise en œuvre de la mesure judiciaire par le système pénitentiaire : Administration Pénitentiaire (A.P) avec les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) et la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) - Contrôle de l'application des Peines : Juge d'Application des Peines	- Accueil des personnes obligées - Évaluation - Recherche d'adhésion - Élaboration et définition des objectifs de soin - Conduite de soins - Définition de l'orientation thérapeutique, la périodicité et le contenu des traitements

## JUSTICE

## SANTÉ

### Modalités d'actions

- Recueil de la parole, orientation, accompagnement vers le soin (insertion)
- Soutien et suivi de la personne dans sa démarche de soin (probation)
- Rapports écrits au juge d'application des peines

- Évaluation, information, conseil
- Soins ambulatoires, prescription, examens et bilans cliniques, hospitalisation
- Suivi sur les plans médical, social, psychologique
- Remise de l'attestation

### Préconisations

- Élaborer les articulations nécessaires qui permettront d'agir en cohérence au bénéfice de la personne et de son suivi. L'issue d'une mesure de contrainte peut être un frein à la conduite de soin en favorisant le renforcement du déni. Mais elle peut également devenir un levier.

- Faire tout pour que le soin soit accessible et s'appuie sur une adhésion : le bénéfice et l'intérêt apportés par une mesure d'obligation reposent sur une compréhension et un respect mutuels des concernés : personnel de justice, équipe de soin et personne obligée. Les confusions de rôle devront être dépassées, afin d'éviter le risque d'agir à l'encontre des objectifs recherchés : médecin qui juge, juge qui prescrit, avec toujours au cœur de cette dynamique biaisée, un obligé qui fera alors œuvre de soumission mais non d'adhésion.

- Intégrer la notion de temps dans la perspective de favoriser l'amélioration d'une qualité de vie où les dommages sont déjà réparables.

- Adopter des pratiques de réseau, de protocolarisation et /ou de partenariat facilitent considérablement cette tâche. Elles permettent aux participants la compréhension des deux logiques, favorisent l'ouverture et l'émergence de liens professionnels. De plus, elles décroissent les praticiens en les invitant à compléter leur action.

#### Rédacteurs :

**Sylvie Catto** - Conseillère en alcoologie - ANPAA 71 – Macon (71)

**Nicole Robert** – Chef de Service d'Insertion et de Probation – SPIP – Chalon-sur-Saône (71)

# Le sevrage de l'alcool

Le sevrage, c'est l'arrêt de toute consommation. Ce n'est pas le contrôle de la consommation ou un arrêt momentané de la consommation (pendant une hospitalisation par exemple). Le sevrage peut être conduit par le sujet lui-même, seul, ou il peut faire l'objet d'une aide extérieure, médicalisée ou non. Cette fiche «santé-Justice» ne traite que de l'arrêt de l'alcool, produit licite qui a, au regard de la Justice un statut bien particulier. Pour les autres substances psychoactives illicites, leur consommation est à elle seule constitutive de l'infraction.

## *Arrêter l'alcool : malentendu au sein du triangle usager, soignant, personnel de justice*

- L'alcool est une substance licite, aucun texte ne permet à notre connaissance d'en interdire l'usage ! «L'ivresse publique et manifeste» (IPM) est interdite, «conduire un véhicule sous l'emprise d'un état alcoolique» (CEEA) est interdit, faire entrer et consommer de l'alcool sur le lieu du travail est interdit. Au-delà, la justice est concernée par les **comportements délictueux ou criminels commis sous alcool**. La responsabilité du sujet, longtemps considérée comme atténuée par la prise d'alcool du fait de l'altération de son état de conscience, est aujourd'hui considéré comme un **facteur aggravant**.

- Une Obligation de Soins (OS) est prononcée quand le magistrat considère que la consommation problématique d'alcool relève du pathologique, donc du soin ; ce qui est visé, c'est **l'arrêt de la consommation**. Mais cette exigence est de l'ordre de l'implicite, elle n'est pas formulée. Pourtant tout le dispositif d'aval est bien souvent organisé autour du **contrôle de l'abstinence** avec l'arsenal des contrôles (notamment biologiques) à la clé. L'arrêt de l'alcool est au point focal d'un malentendu au sein du triangle usager, soignant, personnel de justice. Tous sont convaincus que s'il n'y avait pas eu d'alcool, le délit n'aurait pas été commis, l'accident n'aurait pas eu lieu. Mais la question n'est pas tant l'arrêt de l'alcool que la durée dans le temps de la maîtrise du comportement.

## *Définitions*

*le sevrage brutal peut entraîner la mort*

### **- L'alcoolo-dépendance**

Arrêter l'alcool une fois la dépendance installée n'est pas une affaire simple, entre autre parce qu'il entre dans le mécanisme de cette dépendance une **dimension neurobiologique**. Si l'organisme, et notamment le système nerveux central, peut se protéger de la toxicité de l'alcool, c'est par des **mécanismes d'adaptation** : modification de la membrane neuronale (liposolubilité), modification des récepteurs et des neurotransmetteurs (GABA, NMDA, Dopamine). En cas de disparition brutale de l'alcool, ces mécanismes altèrent le fonctionnement normal : une hyperexcitabilité neuronale apparaît, responsable des manifestations du syndrome de manque (anxiété, tremblements, insomnie) et de ses complications que sont l'état de mal épileptique et le délirium tremens. Rappelons que l'alcool est le seul produit, à part peut-être certaines dépendances aux benzodiazépines, dont **le sevrage brutal peut entraîner la mort**. Pour le sujet devenu dépendant, la question d'arrêter l'alcool est omniprésente ; une des définitions de l'alcoolo dépendance n'est-elle pas : «désir constant d'arrêter». Si la connaissance des problèmes, des complications liées à sa consommation, les souffrances, la maladie, la peur de la mort, la menace sur la vie de couple ne modifient pas le comportement, comment penser que la peur du châtement ait un effet dissuasif ?

## - Le sevrage

Emprunté au vocabulaire de la puériculture, le sevrage est le passage de l'alimentation au sein à un autre mode (biberon, cuiller, alimentation solide et diversifiée). C'est une épreuve pour l'enfant et il en reste une trace, nostalgie de cette époque fusionnelle. C'est aussi une épreuve pour la mère, certaines n'arrivent pas à la surmonter. On retrouve chez des adultes devenus dépendant des stigmates d'un attachement mère-enfant problématique. Rapide ou progressif, ce premier sevrage a un caractère définitif, pas de retour en arrière possible. Sa réussite conditionne la poursuite de la croissance, la marche vers l'autonomie.

L'utilisation du terme sevrage pour parler de l'arrêt d'une substance a une forte dimension symbolique, mais il est à l'origine de multiples malentendus, notamment parce qu'il va de pair avec celui d'abstinence. Dans le parcours de la personne alcoolodépendante, l'expérience du sevrage est incontournable et avec elle la confrontation avec le manque et l'omniprésence de la perspective, souhaitée et redoutée à la fois de la reconsommation.

## - L'abstinence

L'abstinence a longtemps été la clé de voute de la clinique alcoologique, elle le reste encore et combien péremptoire dans certains courants qui affirment : *«La maladie [alcoolique] est primaire, elle suit un courant prévisible et progressif ; la maladie est permanente et chronique, fatale, mais traitable : l'abstinence est une règle d'or pour retrouver la santé»* <http://www.etape.qc.ca/chroniques/maladie.htm>. Mais l'approche qui est celle d'aujourd'hui est plus nuancée, partagée également par un nombre croissant de mouvements d'entraide. **Renvoyer l'ensemble des conduites d'addiction dans le champ de la maladie n'apparaît plus pertinent aujourd'hui ; si le terme de «maladie» peut être utilisé, c'est pour les complications psychiques et somatiques de la consommation d'alcool et pour certaines formes d'alcoolodépendance.** Le changement de pied c'est que la question du projet d'abstinence passe du camp de l'intervenant (qui considère que le patient doit devenir abstinent pour s'en sortir) à celui du patient qui expérimente toutes les hypothèses –dont celle de l'abstinence– et espère toujours dans une solution qui lui permettrait de reprendre la maîtrise de sa consommation.

## - La reconsommation (plutôt que la rechute)

La reconsommation fait également partie de l'expérience du sujet. La mission des intervenant consiste à accompagner la personne dans ces cycles que sont reconsommation – sevrage – abstinence pour aller vers une maîtrise durable et une réduction des risques et des dommages.

## Les modalités de sevrage

Le sevrage peut être spontané, imposé ou aidé. Examinons ces modalités :

### - Le sevrage spontané

Une personne dépendante ne l'a pas toujours été. Elle a connu des périodes d'arrêt (décidés, imposés ou par «déclat»), elle a expérimenté le manque elle a appris à le surmonter, à le gérer et pas seulement en reconsommant. L'entrée dans la dépendance ne s'est pas faite en un jour ou de façon linéaire, pas plus que ne le sera une éventuelle sortie de dépendance. Une fois la dépendance installée, les arrêts spontanés restent non seulement possibles, mais habituels. Le problème de la dépendance n'est pas tant l'impossibilité d'arrêter que la tendance lourde à reconsommer. Il arrive bien souvent que les personnes mises en cause par la justice s'arrêtent spontanément, sans aide, dès la commission de l'infraction ou dans ses suites judiciaires immédiates (interpellation, garde à vue, flagrant délit ...). La partie n'est pas pour autant gagnée. Un long travail de consolidation attend le sujet.

### - Le sevrage imposé

Le sevrage «à la dure» est fréquent lui aussi. Tantôt le sujet se l'impose (pour se prouver qu'il est maître de lui, se punir, mettre en œuvre une ordalie). Ailleurs, les circonstances l'y conduisent : une rupture d'approvisionnement, une garde à vue, une incarcération, une hospitalisation ...

# Le sevrage de l'alcool

Quoiqu'il en soit, la souffrance est présente, le risque aussi. Il y va de l'humanité des lieux de privation de liberté, des lieux d'hébergement, des institutions de soin de prendre en compte le risque de complication du sevrage et mettent en œuvre des protocoles simples (eau à volonté, vitamines B1 et B6) dépistage dès les premiers signes des risques de complication du sevrage et mise en œuvre d'un traitement approprié.

## - Le sevrage aidé

Le sevrage assisté peut être nécessaire quand le sujet dépendant veut arrêter sa consommation et ne peut y parvenir seul, malgré des tentatives répétées. Le sevrage, même accompagné reste une épreuve. Il est abordé avec beaucoup d'appréhension. Passer de l'état «avec» à l'état «sans», c'est éprouver le manque, physique et psychologique.

## *Le sevrage ambulatoire*

- La quasi-totalité des sevrages aidés peuvent être conduits en ambulatoire, une condition à cela, qu'ils soient préparés. C'est une affaire de longue haleine. **La préparation est psychique, motivationnelle, physique et organisationnelle.**

- En CSAPA, le sevrage ambulatoire n'est proposé que si un travail d'élaboration a été entamé ; un sevrage n'est jamais une urgence. En revanche, le rattrapage d'un sevrage sauvage qui met le patient en danger en est une.

- Il n'y a **pas de sevrage assisté possible si le sujet ne sait pas pourquoi il le fait** ; la première raison invoquée n'est généralement pas la seule, au-delà de la nécessité de faire cesser une souffrance, ou de régler une situation devenue intenable, il est nécessaire de prendre la mesure non seulement des inconvénients qui s'attachent à la consommation excessive et à la dépendance mais aussi de ses avantages ; il y a bien des avantages à poursuivre une consommation alors même que les inconvénients, les risques et les dommages sont évidents. Le **travail motivationnel** consiste à prendre la mesure de cet équilibre coût bénéfique pour pouvoir choisir.

- **Réduction des risques** : avant, pendant et après le sevrage, il est indispensable de travailler avec la personne sur les multiples façons de réduire les risques qui s'attachent à ses consommations.

## Principes d'interventions

### **Le pré-sevrage**

Le pré-sevrage fait déjà partie du sevrage ; pour le sevrage ambulatoire, il est indispensable. Il doit être adapté à chaque sujet. Chaque sevrage d'une personne à l'autre, ou d'une fois sur l'autre chez une même personne se passera différemment, sans qu'il soit toujours possible de comprendre pourquoi.

Recommander au sujet qui désire s'arrêter de boire d'**éviter la précipitation**, ne pas arrêter l'alcool brutalement, par exemple, pendant quelques jours :

- **Diminuer la fréquence** de ses consommations et **limiter la quantité** de chaque consommation

- Veiller à **s'hydrater** correctement à ce stade

- Prescrire une vitaminothérapie B1B6.

À ce stade et sauf exception, **pas d'autre traitement.**

- Un bilan clinique, biologique éventuellement, est effectué.

- Les contre-indications à un sevrage ambulatoire sont posées (essentiellement antécédents de comitativité de DT, isolement ou précarité sociale).

# Le sevrage de l'alcool

## **Le sevrage**

Le sevrage ambulatoire peut alors être lancé. Le principe en est simple :

- Il est demandé à la personne de ne **pas consommer d'alcool** à partir de la veille du premier jour du sevrage (J0).
- À J1, un bilan de l'état du patient est fait, s'il le souhaite, on peut doser l'alcoolémie résiduelle à l'éthylomètre et la **réponse thérapeutique adaptée** à cette évaluation, essentiellement à base de benzodiazépine longue durée (diazépam).
- La personne est revue à J2, J3 puis selon un rythme **adapté à l'évolution du sevrage**.
- Au-delà, on entre dans la phase du post sevrage.

Ce sevrage est conduit en CSAPA, avec une équipe infirmière-médecin. L'infirmière dispose de façon explicite d'une délégation de compétence lui permettant d'adapter les doses de médicaments prescrits.

## *Le sevrage en milieu hospitalier*

On distingue **sevrages simples et sevrages complexes** (plus en fonction de règles administratives concernant la durée du séjour). Les indications sont simples :

- Contre indications au sevrage ambulatoire ou échec de celui-ci
- Existence de comorbidités somatiques ou psychiatriques.

Le sevrage est conduit avec une aide médicamenteuse adaptée en fonction du suivi clinique et biologique. Ce temps d'hospitalisation permet un travail thérapeutique individuel ou en groupe, un bilan social peut être effectué.

***Loin d'être la panacée, le sevrage «assisté» est un outil thérapeutique essentiel mais seulement s'il s'inscrit dans une dynamique de projet, où la question de l'abstinence a été travaillée, les reconstructions anticipées. Si rien n'empêche les autorités judiciaires de l'impulser, il ne peut être conduit que dans le cadre d'un projet thérapeutique dont le patient est le seul maître d'œuvre.***

Rédacteur :

**Docteur Patrick Fouilland** - Médecin Addictologue – CSAPA «Nautilus»  
Association Oppelia - Le Havre (76)



# Articulation santé / justice

Protocole en milieu fermé :  
Pour une meilleure articulation santé-justice

Protocole en milieu ouvert sur les obligations de soins :  
Exemple de Dax

Protocole pour les orientations sanitaires et sociales :  
Exemple de l'APLEAT – Orléans

Regard sur nos habitudes professionnelles :  
Approche humaniste

# Protocole en milieu fermé

## pour une meilleure articulation santé / justice

Un protocole santé justice en milieu fermé ? Pourquoi ? pour que la personne en détention puisse avoir la même qualité de soin en intra ? Lui a t-on demandé au préalable ce qu'elle en attend ? Comment ne pas s'interroger en amont sur une continuité, voire une formalisation ici, des relations entre les diverses structures partenariales intervenant auprès de ces personnes incarcérées ? Au centre de ces interrogations, se pose la question des cultures professionnelles et des représentations associées à chacune d'entre elles. Il est nécessaire d'interroger ces représentations afin d'élaborer des axes de travail cohérents qui permettront une prise en charge plus efficace des personnes.

### JUSTICE

### SANTÉ

#### Un vocabulaire différent

Au préalable à toute proposition, il est donc indiqué de différencier le vocabulaire utilisé par les deux secteurs pour désigner un même sujet. Il faut donc clarifier ce qui distingue la santé de la justice dans la prise en charge :

La justice s'adresse à une personne appelée détenu ou PPSMJ (Personne Placée Sous Main de Justice).

La santé intervient auprès d'une personne nommée usager (patient ou consultant).

#### Nature de la prise en charge

La justice est dans une prise en charge judiciaire et éducative.

La santé est dans une prise en charge sanitaire et psycho-socio-éducative.

#### Missions

- Prévenir la récidive
- Réduire les risques afin de **protéger la société**. Pour ce faire le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation a pour mission :
  - Orienter les PPSMJ vers les **structures de droit commun spécialisées** ou non tout en étant conscient que la personne est seule actrice de ses soins et que la notion d'obligation de soins n'est pas suffisante. Les orientations vers la consultation d'addictologie sont faites dans l'idée que les détenus arrêtent de consommer / ne consomment plus à la sortie de prison.

Tout au long de l'incarcération, les orientations sont réalisées afin de :

- Permettre une prise de conscience de l'intéressé sur sa relation au(x) produit(s) psycho-actif(s) pour le conduire à limiter sa consommation voire à s'abstenir de toute prise de produits. L'objectif de la consultation d'alcoologie au moment des permissions de sortir est de :
  - Placer le patient en tant qu'acteur de sa vie
  - Faire le point sur une éventuelle consommation à l'extérieur lors des retours en détention.

**Le cadre du milieu carcéral crée un environnement relativement protégé des tentations qui n'empêche pas que les envies de consommer émergent lors de leurs sorties.**

Par exemple, pour beaucoup d'alcoolodépendants, ils ont l'impression d'être «guéris» après 10 ans d'incarcération et se réalcoolisent aussitôt à l'extérieur.

## JUSTICE

## SANTÉ

### Missions (suite)

Souvent ce moment est un temps où l'utilisateur aura eu la liberté de pouvoir consommer (car la consommation d'alcool en détention reste marginale). C'est aussi un moyen pour certains de se confronter à la réalité extérieure, en essayant de légitimer leur consommation au dehors.

- Donner des informations à l'utilisateur dans une logique de prévention et de mise en place de processus de changements.

### Rôle de chacun

Le rôle du Conseiller d'Insertion et de Probation (CIP) devient triple :

- Éclairage de la décision judiciaire
- Préparation des aménagements de peine
- Orientation.

Dans le cadre de cette organisation, c'est la personne incarcérée qui devient porteuse d'un projet qu'elle présente devant les magistrats.

La consultation en addictologie peut permettre au patient de :

- S'interroger sur ses consommations antérieures à l'incarcération
- Déterminer des objectifs autour de sa consommation par rapport à la sortie.

### Partage des informations

***Il est souhaitable que seules les informations objectives soient échangées entre professionnels. Conscients du secret médical, les CIP sont très vigilants quant aux éléments transmis aux magistrats. Ces considérations doivent toujours s'accompagner de l'accord du patient.***

- Pour la justice, **les faits** pour lesquels la personne est détenue ne sont donnés aux partenaires santé qu'avec l'accord de l'intéressé.

- Les CIP, dans un souci de prévention de la récidive, ont besoin de savoir si une prise en charge à l'extérieur peut être envisagée à la sortie. D'où la nécessité d'une articulation santé justice opérante.

- Les professionnels de l'addictologie ne sont pas là pour «rassurer» les intervenants de la justice (≠ des experts qui vont se prononcer et qui sont auxiliaires de justice). Seule **l'attestation de présence** donnée en main propre au patient lui permettra de signifier sa présence aux entretiens.

### Limites

- les évolutions législatives conduisent à une judiciarisation de l'application des peines. Les textes amènent à une augmentation des aménagements de peines sans corrélation avec des moyens supplémentaires (structures, hébergement), ce qui entraîne des limites dans la prise en charge et l'accompagnement.

- La forte incitation aux soins, apparue dans les suites des lois Perben II, nourrit un afflux de demandes de la part des personnes incarcérées pour la consultation d'addictologie. Cela pose la question de la sincérité de la demande mais aussi celle des moyens humains mis à destination de la population pénale afin de répondre à leurs attentes d'accompagnement médico-psycho-socioéducatif.

## Préconisations

- Améliorer la connaissance des divers intervenants (formation courte pour les personnels : effectuer des rencontres au minima une fois par an)
- Penser l'articulation santé/justice dans l'intérêt de la personne incarcérée
- Mettre ou rechercher l'adéquation entre les demandes croissantes de suivi et l'offre de soin
- Repérer les rôles et missions de chacun (question des limites)
- Obtenir systématiquement l'accord de la personne incarcérée
- Assurer au maximum le lien avec le dispositif de soin à l'extérieur
- Instituer des lieux d'échanges et de concertation entre professionnels afin de proposer une prise en charge adaptée et une préparation à la sortie cohérente

## Textes de référence

- Rapport de Monsieur le Député Jean-Luc Warsmann du 28 avril 2003 sur les peines alternatives à la détention, les courtes peines de prison, et la préparation des détenus à la sortie de prison
- Rapport public de la cour des comptes sur «Garde et réinsertion – la gestion des prisons»
- Loi no 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes

### Rédacteurs :

**Gwénaële Duval** - Psychologue clinicienne - A.N.P.A.A.77 - détachée du CCAA de Dammarie-les-lys au centre de détention de Melun et du CCAA de Meaux au centre pénitentiaire de Meaux-Chauconin-Neufmontiers (77)

**Anne Le Cocguen** – Chef de service d'insertion et de probation – SPIP - Melun (77)

**Stéphane Magarelli** - Éducateur - CCAA - A.N.P.A.A.77 de Dammarie-les-lys (77)

**Stéphanie Pellegrini** – Chef de service d'insertion et de probation - SPIP - Melun (77)

# Protocole en milieu ouvert sur les obligations de soins\*

## exemple de Dax

\*Obligations de soins concernant principalement des sujets ayant une problématique alcoolique.

Un Protocole-Convention constitue une base de convergence et de continuité. Il réduit les aléas des changements d'équipes, la demande constante de judiciarisation de la société et permet de répondre en même temps à une qualité de soin et une assurance de plus grande efficacité.

Le protocole présenté ci-dessous résulte de rencontres régulières entre les 2 équipes du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation et du Centre de soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. Les pratiques inhérentes à ce protocole concernent les équipes en place à Dax. Elles ne veulent pas être un modèle de pensée mais témoignent d'une vraie communication entre deux champs peu habitués à l'expression interactive. De cela peut naître respect mutuel qui sera, à son tour, favorable à la circulation de nos usagers entre la Loi et le Soin qui ne peuvent être clivés.

Nous avons décliné ensemble nos objectifs, nos outils, un exemple de protocole et les résultats :

### SPIP

### CSAPA

#### Objectifs

- Faire respecter l'obligation et ses modalités d'application selon le protocole défini.
- Avoir le souci d'un soin approprié en prévention de la récidive.
- Individualiser la peine.
- Évaluer la personne sur les plans criminologique et/ou psychosociale.
- Rechercher une relation de confiance dans une relation contrainte.

*Placer la personne au centre du protocole et la reconnaître comme seule détentrice du droit de divulguer des informations quant à sa santé*

- Éveiller la démarche motivationnelle du patient.
- Avancer d'un item au moins sur le cercle motivationnel de Prochaska (cf annexe 4).
- Faire sortir l'usager d'une consommation à risque ou de dépendance.
- Préserver le secret professionnel.

*Préconisation de rencontres tous les 6 mois entre CSAPA et SPIP  
Possibilité d'échanger pour l'ensemble des patients sur nos usages mutuels, nos pratiques professionnelles et nos outils sans discuter d'un seul*

#### Outils

- Des entretiens individuels selon un rythme régulier et adapté à la personne
- Des groupes de parole à visée «criminologique»
- Des programmes d'insertion
- Un travail avec les antériorités judiciaires
- Conseils et outils d'insertion (actionner les partenaires institutionnels)
- Informations sur la Loi et leur rapport propre à celle-ci

*Espace de concertation des équipes qui se renouvellent de chaque côté d'au moins 1/3 tous les deux ans*

- Les modalités de soin
- La théorisation des pratiques
- Valorisation de la démarche motivationnelle, rendue possible par l'Alliance Thérapeutique
- Délivrance pour chaque rencontre d'une attestation de présence au patient sans autre détail
- Article R3711-18 du Code de la Santé Publique : «Défense est faite au JAP d'intervenir dans le déroulement des soins décidés par le médecin traitant»

# Protocole en milieu ouvert (OS)

## SPIP

## CSAPA

### Exemple

- Attendre le deuxième Rendez-Vous avant de demander le justificatif de soins.
- **Ne pas demander, ni utiliser les éléments d'analyse biologique pour l'interprétation desquelles nous ne sommes pas compétents.**
- Respecter le protocole de soins élaboré par les soignants.

*Définition d'un protocole de soin :  
Convention de travail  
SPIP-CSAPA  
revalidée tous les deux ans*

- 2 premières consultations obligatoires, la 2<sup>ème</sup> avec proposition d'évaluation biologique qui donne lieu à la première attestation de rencontre.
- Toute nouvelle rencontre pouvant faire l'objet d'une nouvelle attestation selon un rythme et un délai qu'il appartient aux soignants de décider.

### Résultats

- Retour/analyse avec la personne sur les bénéfices apportés par les soins
- Évaluation dynamique de l'évolution de la personne/ au produit alcool
- Évaluation des stratégies de contournement du produit mises en place

- Une grande sérénité dans l'accueil de ces patients
  - Une qualité de soins et de suivi comparable à celle des patients venant par eux même ou par le médecin traitant\*
  - Une prolongation des soins au delà de la mise à l'épreuve ou sollicitation spontanée au décours de l'obligation
  - Un grand respect mutuel des équipes
- \* cf. travail présenté à la SFA en 2000 qui comparait durée, nombre de consultations et résultats entre ces 2 groupes de patients au bout de 2 ans. Consultable auprès de : [desbordesc@ch-dax.fr](mailto:desbordesc@ch-dax.fr)*

Ce travail a pu donner un cadre, une visibilité et une crédibilité aux yeux de nos partenaires ainsi qu'un savoir faire déjà en place avant la fusion en CSAPA.

#### Rédacteurs :

**Docteur Claude Roche-Desbordes** – Médecin - CCAA Hospitalier – Dax (40)

**Dominique Carcel** – Infirmière – CCAA Hospitalier – Dax (40)

**Laure Claux** – Infirmière – CCAA Hospitalier – Dax (40)

**Clémentine Foll** – Psychologue - CCAA Hospitalier – Dax (40)

**Maximilienne Kohou** – Secrétaire - CCAA Hospitalier – Dax (40)

**Laurent Vansteenskiste** – Chef de service – SPIP – Dax (40)

**Nicole Koch** – Conseiller d'Insertion et de Probation – SPIP – Dax (40)

**Hans Lefèbvre** – Conseiller d'Insertion et de Probation – SPIP – Dax (40)

**Corinne Detrez** – Assistante Sociale – SPIP – Dax (40)

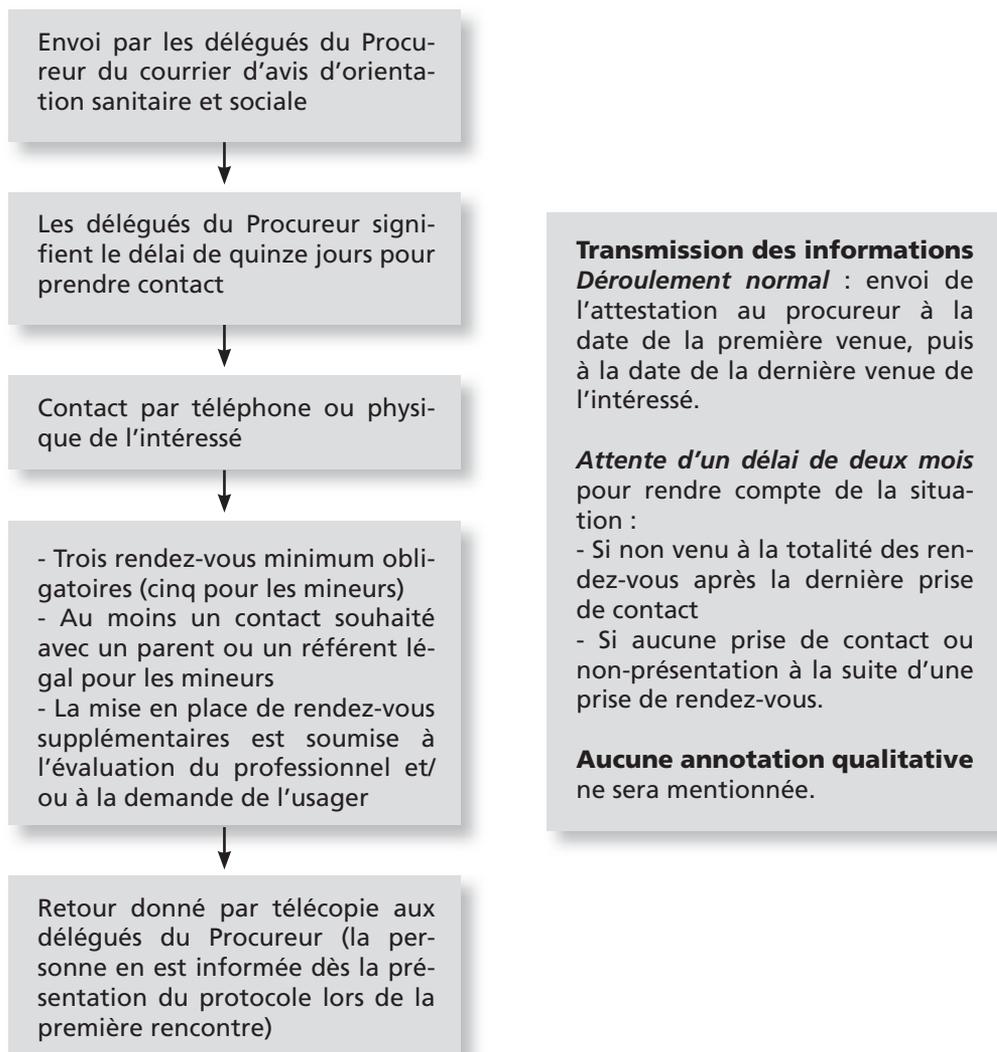
# Protocole pour les orientations sanitaires et sociales

## exemple de l'APLEAT - Orléans

Cette fiche a pour objectif de présenter de façon synthétique les modalités d'accueil et de suivi par les services de l'Association Pour l'Ecoute et l'Accueil en Addictologie et Toxicomanies (APLEAT) des personnes orientées par les instances judiciaires et de leur entourage dans le cadre des Orientations Sanitaires et Sociales. Dans ce cadre nous mettons en œuvre des techniques d'intervention nous permettant de travailler sur l'engagement (clarifier des attentes, déterminer des objectifs de travail, amorcer un processus de changement), sur le changement en lui-même (consolider la motivation, aider à la gestion de situations et à la résolution de problèmes, adopter une approche pragmatique).

### La démarche

Les mesures d'orientation sanitaire et sociale sont désormais notifiées par les délégués du Procureur, sous contrôle du Substitut.



# Protocole pour les orientations sanitaires et sociales

## Les moyens

Globalement, nous pouvons décrire ainsi le déroulement de la mesure :

- Interventions en **individuel et collectives**
- Même intervenant, donc **référent**, sur toute la durée de la mesure sauf si nécessité d'orientation médicale/psychiatrique
- Instauration d'un **climat de confiance** propice aux échanges
- Présentation du protocole et des **objectifs** au premier rendez-vous
- Recueil du **discours spontané** souvent sur le plan émotionnel et/ou défensif quant au contexte de l'orientation
- Participation à des **groupes d'information**
- **Recueil d'informations liées aux modalités de venue** : interpellation, déroulement du rendez-vous avec le délégué du Procureur, conséquences immédiates ...
- Recueil d'informations **sur le plan de l'usage** :
  - Auto et hétéro-évaluation de l'expérience d'usage
  - Le produit, son coût, historique des consommations
  - Ses modes et modalités de consommation : contexte, motif(s), place qu'elle prend dans la vie quotidienne
  - Les effets des produits
  - La connaissance de l'action du produit
  - Les fonctions et conséquences que le produit peut avoir ou avoir eu dans la vie de l'utilisateur
  - Gestion de la consommation : capacité à contrôler son expérience, perte de contrôle
- Évaluation plus globale, **sur un plan psychologique et social** :
  - La prise en considération de certains éléments de cet ordre semble parallèle voire préalable à tout accompagnement.

## Les objectifs

### Évaluation des consommations :

- Caractérisation de la consommation : repérage des consommations à risque/abusives des usagers : tabac, cannabis, alcool, et autres ...
- Évaluation des facteurs de gravité et de risque
- Évaluation des conséquences associées : physiques, psychologiques ou sociales pour le consommateur et les proches
- Travail spécifique centré sur la motivation à la diminution ou à l'arrêt.

Selon l'évaluation de la situation et la motivation de l'intéressé, **l'intervention entre prévention et soin** s'orientera :

- Un accès précoce à une intervention adaptée : éviter l'aggravation, raccourcir le délai entre l'apparition des difficultés liées à la consommation et une prise en charge
- Une aide centrée sur l'usage et sa diminution et/ou arrêt : capacité de l'utilisateur à mettre en place des mécanismes de régulation pour gérer leur consommation
- Une aide quant à l'atténuation des facteurs de risque
- Une aide quant au renforcement des facteurs de protection.

Sur un axe psychologique, médical, social et familial, il s'agira de **repérer si la consommation est incidente** à une ou d'autres difficultés sur un plan plus global.

**Au terme de la mesure**, peut être proposée :

- Une poursuite de la prise en charge lorsque nécessaire (axe médical, psychologique ou social)
- Une orientation extérieure adaptée selon les difficultés observées.

De plus, il peut être envisagé une intervention auprès des parents, des personnes de l'entourage à différents niveaux : information – guidance – soutien - orientation pour un travail thérapeutique éventuel si dysfonctionnements familiaux.

**Rédacteurs :**

**Christine Tellier** – Directrice – APLEAT – Orléans (45)

**Laetitia Beignon** – Psychologue – APLEAT - Orléans (45)

# Regard sur nos habitudes professionnelles :

## approche humaniste

«Le monde dans lequel nous vivons résulte de la qualité de nos relations.» Martin Buber\*

### **Derrière chaque posture professionnelle, chaque attitude relationnelle, des besoins fondamentaux : Une lecture non violente des antagonistes**

Partout dans le monde, la violence se manifeste : incivilités, criminologie, violences urbaines ... ; elle sème des graines de peur et de haine et peut parfois introduire le cycle de la vengeance ...».

**«Découragés, désorientés, dévalorisés même par leur propre impuissance, les agents des services publics, les travailleurs sociaux, les soignants peuvent se sentir démunis ...», se couper de leurs valeurs et développer des comportements inappropriés et générateurs de violence.**

Comment créer une qualité de relation avec soi-même et avec autrui pour créer des échanges bienveillants, vivre nos missions respectives avec bien être et sérénité et développer la coopération dans les équipes, au service de l'individu et de la société ? Comment désamorcer des disputes, transformer des conflits potentiels en dialogues paisibles et établir des rapports bienveillants ? Qu'est-ce qui facilite ou entrave la communication ?

«Une communication de qualité entre soi et les autres est aujourd'hui une des compétences les plus précieuses.»

*«Toute violence émane d'un mode de pensée qui attribue la cause du conflit aux torts d'autrui et à l'incapacité de reconnaître notre vulnérabilité propre ou celle de l'autre. Tout conflit est l'expression tragique d'un besoin insatisfait».*

*«Malveillance, violence, reproches, tyrannie ..., que ce soit envers soi-même ou envers les autres, sont issus d'un apprentissage avec lequel il est possible de rompre» : «Le langage, les mots et l'usage qu'on fait des mots jouent un rôle déterminant dans nos relations avec les autres ; **lorsque nous exprimons indirectement nos besoins en passant par des jugements, des interprétations et des images, autrui risque en effet d'entendre une critique et alors, il a tendance à mettre toute son énergie dans l'autodéfense ou la riposte.***

L'approche d'une communication centrée sur les Besoins peut donc représenter un remède et nous guider dans cette recherche de relations pacifiques, de coopération, d'appréciation et de compréhension mutuelle. Cette «communication» qui se fonde sur l'empathie, la responsabilité, l'authenticité ... nous invite donc en particulier à identifier puis exprimer nos besoins fondamentaux, de même qu'écouter et reformuler les Besoins d'autrui. Aide à «pouvoir sortir du dialogue de la domination et de la soumission pour aller vers un langage de liberté et d'égalité », cette approche nous invite à laisser tomber masques et préjugés habituels.

*«Une nouvelle éthique peut naître :*

- *Le souci de soi, le souci de l'autre, et de tous les êtres humains qui demandent à être soignés, protégés*
- *L'apprentissage de l'autonomie et de la responsabilité*
- *Une capacité à déjouer nos vieux schémas de défense, de retraite ou d'attaque».*

# Regard sur nos habitudes professionnelles

- Comment coopérer, articuler nos missions, mieux nous connaître, communiquer avec respect, vivre nos métiers avec plaisir et puissance alors que nos actions, les stratégies que nous mettons en œuvre, semblent parfois éloignées, voire même contradictoires ?

- Au-delà de ces stratégies\*, actions antagonistes propres à nos missions, tentons d'identifier nos besoins et de les accueillir ; partageons-nous les mêmes ? Et pourrions-nous sortir du cercle des jugements, critiques, comparaisons, conflits ... ?

- À travers quelques exemples d'actions respectives, tentons de conscientiser nos besoins et ainsi de nous situer dans un changement énergétique porteur de respect et de considération.

## JUSTICE

## SANTÉ

### Hypothèses de besoins nourris

#### Stratégies et actions

*Temps pénal : Rythme défini par le suivi pénal*

- Cohérence dans l'exercice professionnel
- Responsabilité
- Nourrir l'intention de protection et de paix pour la société
- Faire le meilleur usage de son temps et de son énergie
- Rythme qui permet la sécurité aux professionnels
- Ordre et confort
- Exercer son propre pouvoir

- Cohérence dans l'exercice professionnel
- Respect pour notre énergie
- Confort dans l'organisation du travail
- Empathie et d'attention pour l'utilisateur
- Respect de son rythme d'évolution
- Contribution à la santé de l'utilisateur
- Sécurité
- Confiance en soi, en l'autre
- Exercer son propre pouvoir

#### Stratégies et actions

*Temps médical : Rythme des consultations personnalisées*

#### Besoins partagés

Cohérence – Sécurité - Exercer son propre pouvoir  
Meilleur usage de son énergie – Confort

*Intervenir sur mandat*

- Cohérence
- Responsabilité
- Conscience
- Appartenance communautaire
- Participation
- Rythme
- Sécurité dans la gestion du temps
- Protection vis-à-vis de la société
- Éducation pour l'utilisateur dans un objectif de recherche de sécurité pour tous,
- Respect et ordre

- Cohérence clinique
- Respect du rythme de l'utilisateur
- Bienveillance pour ses choix
- Acceptation
- Respect pour la conscience qu'il a de sa vie
- Participation libre de l'utilisateur
- Responsabilité
- Autonomie
- Considération
- Joie à soutenir et à partager un projet pour autrui
- Gestion du temps des professionnels
- Liberté et créativité

*Intervenir à partir du volontariat*

#### Besoins partagés

Cohérence – Participation - Responsabilité dans l'exercice professionnel – Respect

# Regard sur nos habitudes professionnelles

## JUSTICE

## SANTÉ

### Stratégies et actions

*Réalise des enquêtes sociales*

- Coopération
- Sécurité
- Soutien
- Intégrité
- Confiance
- Conscience
- Appartenance

- Indépendance
- Intégrité
- Confiance
- Authenticité
- Intégrité
- Soutien
- Sécurité
- Appartenance

### Stratégies et actions

*Soin accompagnement et prévention*

#### Besoins partagés

Intégrité – Sécurité – Appartenance

*Attendent beaucoup des examens biologiques*

- Repères
- Communication
- Sécurité
- Soutien à la prise de conscience de l'utilisateur
- Sens
- Protection

- Acceptation
- Communication
- Liberté et ouverture
- Appréciation pour autrui
- Repère
- Sécurité
- Soutien et protection
- Cohérence
- Sens

*Les examens biologiques sont proposés comme éléments du diagnostic et participent aux soins*

#### Besoins partagés

Repère – Soutien – Sens – Protection – Sécurité

*Peines d'enfermement, amendes*

- Cohérence professionnelle
- Ordre
- Contribution à la sécurité et à la paix
- Protection
- Sécurité

- Soutien
- Cohérence professionnelle
- Respect de la déontologie
- Protection
- Sécurité
- Conscience

*L'individu est responsabilisé et soutenu dans sa démarche de soin*

#### Besoins partagés

Cohérence – Protection – Sécurité

*Attendent que les soignants convainquent de l'intérêt des soins*

- Soutien
- Coopération
- Sécurité
- Empathie
- Confort
- Tranquillité d'esprit

- Respect
- Cohérence
- Confiance
- Confort
- Coopération
- Estime
- Sincérité
- Sécurité

*Intervient à partir de la motivation et la demande de l'utilisateur*

#### Besoins partagés

Sécurité – Coopération – Confort

articulation  
santé / justice

## Les Besoins

Énergie au service de la vie, les Besoins sont au cœur de ce qui nous anime. C'est par eux que la vie s'exprime en nous, pour nous permettre d'être, de croître... Les besoins sont universels et légitimes, ce qui représente une aide pour les identifier. Un besoin n'est pas quelque chose que l'on peut faire, prendre ou toucher et ne dépend d'aucune circonstance particulière comme d'aucune personne spécifique. Nous les partageons tous et tentons tous de les satisfaire au moyen d'actions et de stratégies différentes.

De nombreuses classifications existent : Maslow, Max Neef, Marshall Rosenberg, Guy Corneau ...

# Regard sur nos habitudes professionnelles

*Exemples de besoins* : sécurité, paix, respect, intégrité, protection, attention, empathie, appréciation, appartenance, coopération, réalisation, autonomie, accomplissement de soi, liberté, sens, reconnaissance réciproque, empathie, repos, mouvement, rythme, bien-être, plaisir, bienveillance, écoute, partage, libre arbitre, solidarité, spiritualité ...

## Les Stratégies

Une stratégie est une idée très concrète ou une manière préférentielle de satisfaire un Besoin. Il existe une quantité de stratégies pour satisfaire un seul besoin.

*Exemples de stratégies, d'actions* : fumer, boire, manger, travailler, voler, exiger, punir, s'isoler, s'emporter ou hurler, se sacrifier, dénier sa responsabilité, interpréter, étiqueter quelqu'un, faire des reproches, frapper, crier, se buter, affirmer, imposer, refuser ...

## Préconisations

Pour Charles Rozjman «la violence est l'expression tragique d'un Besoin essentiel qui n'a pu s'exprimer». Pour Thomas d'Ansembourg «la violence intériorisée et extériorisée résulte d'un manque de vocabulaire ; elle est l'expression d'une frustration qui n'a pas trouvé de mots pour se dire».

- Observons les **stratégies** de chacun «personnels de justice et soignants» et les **besoins** cachés qu'ils nourrissent.

- **Imprégnons-nous simplement de cette lecture, sans jugement, sans chercher à interpréter, sans chercher à comprendre et tentons de nous laisser simplement toucher par les mots, le sens des mots, les mots de besoins, de valeurs partagées, afin de pouvoir vivre plus de conscience, de paix, de respect, d'humanité pour nous-mêmes, pour nos partenaires institutionnels et pour nos usagers.**

Nous pouvons constater que nous avons tous les mêmes besoins ; nous les vivons soit de manière concomitante, soit de manière décalée. Nous observons que nos stratégies (actions, moyens, demandes) et conceptions pour les combler sont parfois foncièrement différentes et **c'est à ce niveau des stratégies que peuvent naître violence, conflits, douleurs, oppositions ...** Il nous apparaît important de prendre conscience de nos besoins et d'apprendre à les différencier des stratégies pour vivre davantage de relations pacifiques. Cette distinction nous ouvre donc un espace de compréhension mutuelle, de liberté et de créativité dans les relations.

- En apprenant à nous centrer sur les besoins cachés derrière les stratégies ; en décalant ainsi notre regard et en prenant l'habitude de **conscientiser, de formuler, de partager nos besoins**, nous développons une aisance à nous écouter profondément et ainsi avons plus de chance d'améliorer le climat dans nos institutions, de favoriser une meilleure qualité de service, de développer des relations paisibles en nous, avec autrui ainsi qu'une attitude de coopération et de soutien. Alors : nous ignorer, nous opposer, nous juger perdent de leur intensité et peuvent être transformés.

- Laisser comme infuser en nous ces mots de besoins, ces mots de valeurs partagées, va nous permettre de vivre plus de conscience, de paix, de respect, d'humanité pour nous-mêmes, pour nos partenaires institutionnels et pour et nos usagers.

- Des rencontres entre professionnels des équipes sont préconisées.

- Sensibilisations et formations peuvent être envisagées.

## Références bibliographiques

Ansembourg T., (2001), Cessez d'être gentil, soyez vrai, Etre avec les autres en restant soi-même, Paris, les Editions de l'Homme

Buber M., (2001), La relation, âme de l'éducation? Paris, Parole et Silence

Rosenberg Marshall B., (2006), Dénouer les conflits par la Communication Non Violente, Bernex, Jouvence

Rozjman T., (2009), Bien vivre avec les autres, la thérapie sociale, Editions Larousse Univers Psychologiques

*Rédactrice :*

**Catherine Lebrun Legent** - Intervenant en Alcoologie - CSAPA «Nautilia» - Association Opepelia - Le Havre (76) - Formatrice en Communication Non Violente (CNV)

# Annexes

Annexe 1 : L'ordre judiciaire

Annexe 2 : Les acteurs de la justice pénale

Annexe 3 : Infractions pénales et sanctions applicables

Annexe 4 : Le modèle de Prochaska  
ou modèle des étapes du changement

Bibliographie et textes de références

# Annexe 1 : L'ordre judiciaire

Site de référence : [www.justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr)

PREMIER JUGEMENT		
<b>JURIDICTIONS CIVILES</b> <i>N'infligent pas de peine mais tranche un conflit (loyer, divorce, héritage...)</i>	<b>JURIDICTIONS SPÉCIALISÉES</b> <i>Requises pour certaines affaires (licenciement, ...)</i>	<b>JURIDICTIONS PÉNALES</b> <i>Chargées de juger une personne soupçonnée d'une infraction</i>
<b>TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE</b> Litiges de plus de 10000 euros et litiges divorce, autorité parentale, succession, filiation, immobilier, état civil ...	<b>CONSEIL DES PRUD'HOMMES</b> Litiges entre salariés ou apprentis et employeurs portant sur le respect des contrats de travail ou d'apprentissage	<b>COUR D'ASSISES</b> Crimes (infractions les plus graves) passibles de la réclusion jusqu'à la perpétuité
<b>TRIBUNAL D'INSTANCE</b> Litiges de moins de 10000 euros et litiges de crédit à la consommation	<b>TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE</b> Litiges entre les organismes de sécurité sociale et les personnes assujetties	<b>TRIBUNAL CORRECTIONNEL</b> Délits passibles d'emprisonnement jusqu'à 10 ans et d'autres peines (amendes, peines complémentaires, travail d'intérêt général)
<b>JUGE DE PROXIMITÉ</b> Petits litiges jusqu'à 4000 euros (consommation, conflit de voisinage, injonctions de payer et de faire ...)	<b>TRIBUNAL DE COMMERCE</b> Litiges entre commerçants ou sociétés commerciales	<b>TRIBUNAL DE POLICE</b> Contraventions de cinquième classe passibles d'amendes. Il statue à un juge unique et siège au tribunal d'instance.
	<b>TRIBUNAL PARITAIRE DES BAUX RURAUX</b> Litiges entre propriétaires et exploitants de terre ou de bâtiments agricoles	<b>JUGE DE PROXIMITÉ</b> En matière pénale, les juges de proximité sont compétents pour les quatre premières classes d'infractions.

JURIDICTIONS POUR MINEURS		
<b>JUGE DES ENFANTS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prend des mesures de protection à l'égard des mineurs en danger</li><li>• Juge les infractions commises par des mineurs</li></ul>	<b>TRIBUNAL POUR ENFANTS</b> Délits commis par les mineurs et crimes commis par les mineurs de moins de 16 ans	<b>COUR D'ASSISES POUR MINEURS</b> Crimes commis par des mineurs de plus de 16 ans



APPEL - COUR D'APPEL
Lorsqu'une ou plusieurs personnes ne sont pas satisfaites du premier jugement, elles peuvent faire appel. La Cour d'appel réexamine alors l'affaire. Depuis le 1er janvier 2001, les verdicts des cours d'assises peuvent faire l'objet d'un appel devant une nouvelle cour d'assises composée de 3 juges professionnels et de 12 jurés.



CONTRÔLE (POURVOI) - COUR DE CASSATION
Cette Cour ne rejuge pas l'affaire mais elle vérifie si les lois ont été correctement appliquées par les tribunaux et les cours d'appel. Elle est située à Paris.

## Annexe 2 : Les acteurs de la justice pénale

Site de référence : [www.justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr)

### **Le parquet**

Il désigne l'autorité qui exerce l'action publique pour les infractions causant un trouble à l'ordre public.

- Il représente les intérêts de la société devant toutes les juridictions de l'ordre judiciaire.
- Il exerce l'action publique par des poursuites en tant que demandeur, en intervenant durant le procès comme une partie principale.
- Il agit tant pendant la phase d'instruction que pendant celle de jugement.
- Il décide de déclencher ou non l'action publique (opportunité des poursuites) en s'appuyant sur les services de la police judiciaire (PJ) pour rechercher les infractions.
- S'il choisit de déclencher l'action publique, le parquet aura la charge de requérir l'application de la loi.
- Il est aussi chargé de l'exécution des peines une fois que celles-ci sont définitives.
- Il assiste également aux commissions d'application des peines, notamment sur l'octroi des libérations conditionnelles.

### **Le Juge d'instruction**

Le juge d'instruction est un magistrat chargé de rassembler l'ensemble des éléments d'une infraction pour permettre l'éventuel jugement de son auteur. Il est indépendant et inamovible.

- Il est saisi par le procureur de la République qui ouvre une information judiciaire ou par une victime qui se constitue partie civile.
- Il procède, sous le contrôle de la chambre de l'instruction de la Cour d'appel, à tous les actes qui permettent la manifestation de la vérité.
- Il rassemble tous les éléments de l'affaire (interrogatoires, désignation d'experts, ordonnance de perquisitions, de saisies, d'écoutes téléphoniques, actes d'enquêtes confiés aux services de police ou de gendarmerie) qu'ils soient à charge ou à décharge.
- Après avoir rassemblé les éléments liés à l'infraction, Il peut rendre une ordonnance de non-lieu ou renvoyer la personne mise en examen devant la cour d'assises ou le tribunal correctionnel pour y être jugée.
- Il peut placer le mis en examen sous contrôle judiciaire et fixe, dans ce cadre, les obligations à respecter.
- Il peut également saisir le juge des libertés et de la détention pour lui demander le placement du mis en examen en détention provisoire à l'issue d'un débat contradictoire.

### **Le juge des libertés et de la détention**

Le Juge des libertés et de la détention (JLD) est un magistrat spécialement compétent pour ordonner, pendant la phase d'instruction d'une affaire pénale, le placement en détention provisoire d'une personne mise en examen.

- C'est lui qui décide de la prolongation de la détention provisoire, et examine les demandes de mise en liberté.
- Il est saisi par une ordonnance motivée du juge d'instruction, ou par le procureur de la République.

### **Le juge d'application des peines**

Le juge de l'application des peines (JAP) est le juge chargé de suivre la vie des condamnés à l'intérieur et à l'extérieur de la prison.

- Après avis de la commission de l'application des peines, le JAP peut accorder au condamné qui a donné des preuves suffisantes de bonne conduite : des réductions de peine, des autorisations de sortie sous escorte, des permissions de sortir.
- Après avis du représentant de l'administration pénitentiaire et d'un débat contradictoire en chambre du Conseil, le JAP peut accorder au condamné : un placement à l'extérieur, une semi-liberté, un fractionnement et une suspension de peine, un placement sous surveillance électronique, une libération conditionnelle.
- Il est chargé de suivre l'exécution des peines impliquant un suivi judiciaire en milieu libre : suivi socio-judiciaire, interdiction de séjour, travail d'intérêt général, mesures d'ajournement du prononcé de la peine avec mise à l'épreuve ou sursis avec mise à l'épreuve.
- Pour l'exercice de ses missions en milieu ouvert, il est assisté d'un service spécifique : le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP).

## Annexe 3 :

# Infractions pénales et sanctions applicables

### LES DROGUES ILLICITES

DÉLITS	INCRIMINATION
Usage de stupéfiants	1 an d'emprisonnement 3750 € d'amende
Provocation à l'usage Offre ou cession en vue de consommation personnelle	5 ans d'emprisonnement 75 000 € d'amende
Offre ou cession à des mineurs dans des centres d'éducation ou des locaux d'administration	10 ans d'emprisonnement
Provocation d'un mineur au trafic	7 ans d'emprisonnement 150 000 € d'amende
Transport, détention, offre, cession, acquisition, emploi illicite de stupéfiants - Importation ou exportation	10 ans d'emprisonnement 7 500 000 € d'amende
Blanchiment simple	5 ans d'emprisonnement 375 000 € d'amende
Conduite sous emprise de stupéfiants Conduite sous emprise de stupéfiants + alcool Si homicide involontaire	2 ans d'emprisonnement 4500 € d'amende 3 ans d'emprisonnement 9000 € d'amende 5 ans d'emprisonnement 75 000 € d'amende
CRIMES	INCRIMINATION
Production ou fabrication de stupéfiants	20 ans de réclusion criminelle 7 500 000 € d'amende
Importation ou exportation de stupéfiants en bande organisée	30 ans de réclusion criminelle 7 500 000 € d'amende
Blanchiment d'argent provenant des crimes	Peut aller jusqu'à la réclusion à perpétuité

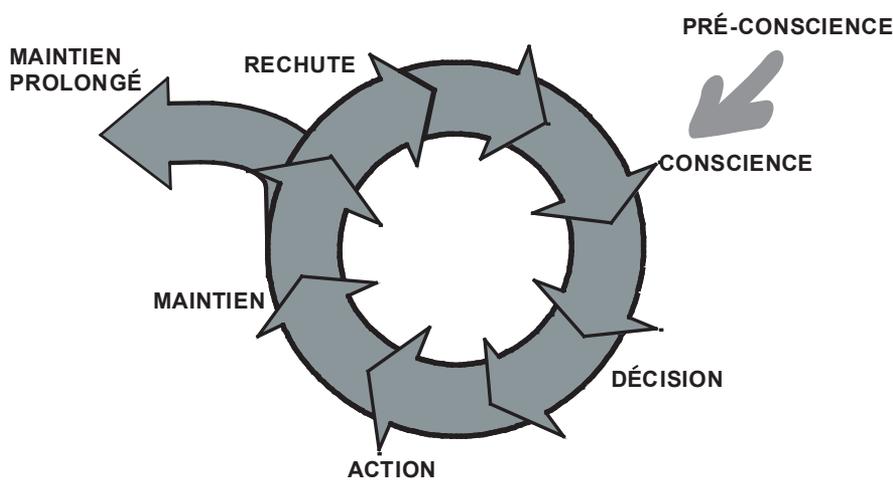
### LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Seuil recommandé : 0g/l dans le sang

	INFRACTION	PEINE ENCOURUE
Contravention	À partir de 0,25mg/l dans l'air expiré Pour un conducteur de véhicule de transport en commun : À partir de 0,10mg/l  À partir de 0,5g/l dans le sang Pour un conducteur de véhicule de transport en commun : À partir de 0,20g/l	Amende : 135€ (minorée : 90€, majorée : 375€) Suspension de permis : 3 ans Points : 6
Délit	À partir de 0,4mg/l dans l'air expiré À partir de 0,8g/l dans le sang	Amende : 4500€ Prison : 2 ans Points : 6 Suspension de permis : 3 ans
	Récidive de conduite en état alcoolique (À partir de 0,4mg/l dans l'air expiré ou à partir de 0,8g/l dans le sang) ou en état d'ivresse Refus de vérification	Amende : 9000€ Prison : 4 ans Points : 6 Suspension de permis : 3 ans
	Conduite après usage de stupéfiant Refus de dépistage de stupéfiant	Amende : 4500€ Prison : 2 ans Points : 6 Suspension de permis : 3 ans
	Conduite après usage de stupéfiant + consommation d'alcool (À partir de 0,25mg/l dans l'air expiré ou à partir de 0,5g/l dans le sang)	Amende : 9000€ Prison : 3 ans Points : 6 Suspension de permis : 3 ans
	Délit de fuite	Amende : 30 000€ Prison : 3 mois Points : 6 Suspension de permis : 5 ans
	Refus d'obtempérer	Amende : 3750€ Prison : 2 ans Points : 6 Suspension de permis : 3 ans
	Refus d'obtempérer aggravée par la mise en danger	Amende : 75 000€ Prison : 5 ans Points : 6 Suspension de permis : 3 ans
	Mise en danger d'autrui	Amende : 15 000€ Prison : 1 an Suspension de permis : 5 ans

## Annexe 4 :

# Le modèle de Prochaska et Di Clemente ou «modèle des étapes du changement»



Le modèle de Prochaska considère le changement de comportement comme un processus et non un événement unique. Le passage à un comportement favorable à la santé se réalise à travers 5 étapes successives :

- **la pré contemplation, pré intention ou pré conscience** : la personne est dans le déni de la réalité, elle n'a pas de problème. Lorsqu'on aborde les problèmes de consommation, la personne est surprise, plus que choquée.

**L'attitude du professionnel** : informer, prendre le temps, suivre l'état somatique, garder le lien.

- **la contemplation, intention ou conscience** : la personne est dans l'ambivalence, dans «oui peut être». Le contemplateur oscille entre la verbalisation de ses inquiétudes et les raisons de ne pas s'inquiéter.

**L'attitude du professionnel** : entretien motivationnel visant à développer la motivation de la personne, à mettre sur la balance les effets négatifs et positifs de l'alcool. Un bilan somatique et une analyse biologique peuvent fournir les arguments objectifs en faveur de l'abstinence.

- **la décision, détermination** : la personne est décidée, elle veut s'arrêter. Elle prend la décision de modifier son comportement problématique.

**L'attitude du professionnel** : valoriser toute décision de changement, aider à trouver une bonne stratégie.

- **l'action** : ce stade constitue les premiers temps du changement effectif du comportement.

- **le maintien** : la personne tente de résister aux diverses tentations de retour au comportement problématique.

**L'attitude du professionnel** : faire une liste des situations «à risque» de rechute, parler des envies d'alcool, préparer un système d'alarme en cas de rechute.

Ce modèle repose sur l'hypothèse selon laquelle le changement est cyclique et continu, les sujets sont susceptibles de revenir à l'étape antérieure, mais cela ne signifie pas nécessairement qu'il leur faille repartir de zéro.

- **le stade de rechute** plonge la personne dans du pessimisme, elle a un sentiment d'échec. Selon ce modèle, il est tout à fait normal qu'une personne rechute et il est fréquent qu'elle doive s'y prendre à plusieurs reprises avant de sortir de façon permanente de la roue du changement. Cela ne constitue pas un manque de volonté ou une manifestation pathologique en soit. Si la personne rechute, elle revient soit à l'étape de pré contemplation, soit à celle de la contemplation.

**L'attitude du professionnel** : dédramatiser, être tolérant avec le patient mais pas avec l'alcool, réunir les réseaux de soutien.

Dans ce modèle, la responsabilité du changement est laissée au patient, la responsabilité du thérapeute est de stimuler et d'aider le patient à évoluer à travers ses stades.

# Bibliographie et textes de références

## Textes de références

Loi n° 070-1320 du 31 décembre 1970 (parue au JO du 03 janvier 1971) relative à la répression du trafic et de l'usage de substances stupéfiants ainsi qu'aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie

Loi n°91-32 du 10 janvier 1991, relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme

Loi n°96-542 du 19 juin 1996 relative au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes

Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes

Loi n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants

Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance

Circulaire DGLDT/CRIM/DGS du 28 avril 1995 relative à l'harmonisation des pratiques d'injonction thérapeutique

Circulaire DACG-DAP-DPJ du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanes

Circulaire CRIM 2004-03 E5NOR du 16 mars 2004 relative à la politique pénale en matière de réponses alternatives aux poursuites et de recours aux délégués du procureur

Circulaire N° DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie

Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 no 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

Circulaire d'application N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins d'accompagnement et de Prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux

Circulaire de la DAP n°113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation

Circulaire de la DACG 2008 – 11 G4/ du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances

Circulaire DHOS/O2 n°2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

Décret 2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique

Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Décret n°2007-1388 du 26 septembre 2007 pour l'application de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le code pénal et le code de procédure pénale

Décret n°2008-364 du 16 avril 2008 relatif au suivi des mesures d'injonction thérapeutique et aux médecins relais

Code de santé publique

Code de déontologie médicale

Code pénal

Plan gouvernemental sur la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011, Ministère de la santé et des solidarités

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008 – 2011, MILDT

Le cahier des charges relatif au stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, MILDT

## Ouvrages et rapports

Ansembourg T., (2001), Cessez d'être gentil, soyez vrai, Etre avec les autres en restant soi-même, Paris, les Editions de l'Homme

Association Française de criminologie, (2002), Les Soins Obligés Ou L'Utopie De La Triple Entente - XXXIIIe Congrès Français De Criminologie, 10 Et 11 Mai 2001, Université Lille II, Paris, Dalloz

Buber M., (1989), Le chemin de l'homme, d'après la doctrine hassidique, Paris, Le Rocher

Buber M., (2001), La relation, âme de l'éducation? Paris, Parole et Silence

Morel A., Couteron J.P., (2008), Les conduites addictives, comprendre, prévenir, soigner, Paris, Dunod

OFDT. (2005), Drogues et dépendances, données essentielles, Paris, La Découverte

Parquet P. J. (1997), Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives, Paris, CFES

Reynaud M., Parquet P. J. (1999), Les personnes en difficultés avec l'alcool, Paris, Masson

Reynaud M., Parquet P. J., Lagrue G. (2000), Les pratiques addictives, usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives, Paris, Odile Jacob

Roques B. (1998), Problèmes posés par la dangerosité des drogues, Paris, Secrét. d'Etat à la Santé

Rosenberg Marshall B., (2006), Dénouer les conflits par la Communication Non Violente, Bernex, Jouvence

Rozjman T., (2009), Bien vivre avec les autres, la thérapie sociale, Editions Larousse Univers Psychologiques

Rozjman T., (2006), C'est pas moi, c'est lui. Ne plus être victime des autres, avec Théa Rozjman, éditions JC Lattès

Rapport de M. le Député Jean-Luc Warsmann du 28 avril 2003 sur les peines alternatives à la détention, les courtes peines de prison, et la préparation des détenus à la sortie de prison

Rapport de M. le Député Etienne Blanc, du 8 juillet 2009 sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice

Rapport public de la cour des comptes sur «Garde et réinsertion, la gestion des prisons»

## Revue et documents

Archives de politique criminelle n° 31 - Les addictions - Collectif, Pedone

F3A - Anitea, Supplément technique sur les CSAPA, Devenir CSAPA avant fin 2009, 2008

F3A - Anitea, Associations nos compétences, pour une approche médico-sociale des addictions, 2009

## Sites internet

[www.cncv.org](http://www.cncv.org)

[www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)

[www.justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr)

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

[www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

[www.sante-sports.gouv.fr](http://www.sante-sports.gouv.fr)

## Rédacteurs et membres de la commission santé-justice

**Sylvie Auliac** – Infirmière – thérapeute familiale – CSAPA – Centre Hospitalier des quatre villes – Boulogne-Billancourt (92)  
**Avner Azoulay** – Juge d’application des peines – Tribunal de Grande Instance – Saverne (67)  
**Fabrice Baudon** – Conseiller d’Insertion et de Probation – SPIP du Loiret – Orléans (45)  
**Laetitia Beignon** – Psychologue – APLEAT – Orléans (45)  
**Annie Boisvyon** – Infirmière – CSAPA – Centre Hospitalier – Saint Malo (35)  
**Claire Botte** – Directrice – SPIP du Loiret – Orléans (45)  
**Docteur Michel Burger** – Psychiatre – Centre Hospitalier – Erstein (67)  
**Dominique Carcel** – Infirmière – CCAA Hospitalier – Dax (40)  
**Sylvie Catto** – Conseillère en alcoologie – ANPAA 71 – Macon (71)  
**Laurent Chassagne** – Chef de service éducatif – CSAPA Le trait d’union – Association Oppelia – Boulogne-Billancourt (92)  
**Laure Claux** – Infirmière – CCAA Hospitalier – Dax (40)  
**Guylaine Colard** – Conseillère d’insertion et de probation – SPIP – Nanterre (92)  
**Stéphane Corlosquet** – Éducateur – Centre d’Action Educative de la Protection Judiciaire de la Jeunesse – Saint Malo (35)  
**Annie Curie** – Assistante de service social au sein de l’administration pénitentiaire – SPIP – Metz (57)  
**Corinne Detrez** – Assistante Sociale – SPIP – Dax (40)  
**Gwénaële Duval** – Psychologue clinicienne – A.N.P.A.A.77 – détachée du CCAA de Dammarie-les-lys au centre de détention de Melun et du CCAA de Meaux au centre pénitentiaire de Meaux-Chauconin-Neufmontiers (77)  
**Docteur Patrick Fasseur** – Psychiatre – Centre Hospitalier – La Rochelle (17)  
**Élisabeth Fellinger** – Directrice – Centre d’Information Régional sur les Drogues et les Dépendances (CIRDD) – Alsace – Strasbourg (67)  
**Clémentine Foll** – Psychologue – CCAA Hospitalier – Dax (40)  
**Docteur Patrick Fouilland** – Médecin Addictologue – CSAPA «Nautilia» – Association Oppelia – Le Havre (76)  
**Nicole Koch** – Conseiller d’Insertion et de Probation – SPIP – Dax (40)  
**Maximilienne Kohou** – Secrétaire – CCAA Hospitalier – Dax (40)  
**Docteur Jean-Philippe Lang** – Directeur de pôle – Centre hospitalier – Erstein (67)  
**Didier Laubignat** – Infirmier – UCSA – Centre Pénitentiaire – Varennes-Le-Grand (71)  
**Catherine Lebrun Legent** – Intervenant en Alcoologie – CSAPA «Nautilia» – Association Oppelia – Le Havre (76) – Formatrice en Communication Non Violente (CNV)  
**Anne Le Cocguen** – Chef de service d’insertion et de probation – SPIP – Melun (77)  
**Hans Lefèbvre** – Conseiller d’Insertion et de Probation – SPIP – Dax (40)  
**Olivier Linden** – Infirmier – CCAA – Metz (57)  
**Virginie Luze** – Éducatrice – Centre d’Action Educative de la Protection Judiciaire de la Jeunesse – Saint Malo (35)  
**Stéphane Magarelli** – Éducateur – CCAA – A.N.P.A.A.77 de Dammarie-les-lys (77)  
**Docteur Alain Morel** – Psychiatre – Directeur Général – Association Oppelia – Boulogne-Billancourt (92)  
**Hélène Neuvialle** – Conseillère d’Insertion et de Probation – SPIP – La Rochelle (17)  
**Hélène Ollier** – Assistante sociale – CCAA – Association Les Apsyades – Nantes (44)  
**Nathalie Pastoureau** – Conseillère d’Insertion et de Probation – SPIP – Saint Malo (35)  
**Stéphanie Pellegrini** – Chef de service d’insertion et de probation – SPIP – Melun (77)  
**Marjolaine Poinard** – Substitut du Procureur – Tribunal de Grande Instance – Saverne (67)  
**Nicole Robert** – Chef de Service d’Insertion et de Probation – SPIP – Chalon-sur-Saône (71)  
**Docteur Claude Roche-Desbordes** – Médecin – CCAA Hospitalier – Dax (40)  
**Emma Tarlevé** – Chargée de missions – F3A  
**Christine Tellier** – Directrice – APLEAT – Orléans (45)  
**Laurent Vansteenskiste** – Chef de service – SPIP – Dax (40)  
**Marianne Vidal** – Chef de service – SPIP – Nantes (44)  
**Frédéric Voize** – Directeur de l’Association Réseau Solidarité Accueil 92 – Fontenay-aux-Roses (92)

## Comité scientifique

**Jean-Pierre Couteron** – Psychologue au CEDAT – Mantes La Jolie (78) – Président de l’Anitea – Administrateur de la F3A  
**Alain Cugno** – professeur de philosophie – Paris (75), Vice-Président de la Fédération des Associations Réflexion Action Prison Et Justice (FARAPEJ)  
**Patrick Fouilland** – Médecin Addictologue au CSAPA «Nautilia» – Le Havre (76), Président de la F3A – Président de la Fédération Française d’Addictologie (FFA)  
**Abla Maache** – Ministère de la Santé et des Sports – Direction Générale de la Santé – Bureau des Pratiques Addictives  
**Hélène Morfini** – Ministère de la Santé et des Sports – Direction Générale de la Santé – Bureau des Pratiques Addictives  
**Sylvie Mouchel** – Magistrat – Direction des Affaires Criminelles et des Grâce (DACG) – Bureau de la Santé Publique du Droit Social et de l’Environnement (BSPDSE)



Avec le soutien financier de la Mission Interministerielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie



9 rue des bluets 75011 Paris • [www.federationaddiction.fr](http://www.federationaddiction.fr)  
contact 01 42 28 65 02

**rédaction** Emma Tarlevé, chargée de projet Fédération Addiction  
[e.tarleve@federationaddiction.fr](mailto:e.tarleve@federationaddiction.fr)  
01 42 28 83 35

Deuxième édition, 2011  
Conception graphique intérieure Savoir pour agir  
Couverture Carole Peclers  
impression La Petite Presse  
achevé d'imprimer octobre 11



# Pratique(s)

