

toxi[base]

revue
documentaire

toxiibase: réseau national
de documentation sur les
pharmacodépendances.
14, av. Bertholot 69007 Lyon, France.
tél 78 72 47 45.
fax 72 72 93 44

3

3e trimestre 1997

Injonction thérapeutique et autres obligations de soins

- dossier : Injonction thérapeutiqueP. 1
et autres obligations de soins
- une controverse autour du dossier ToxiibaseP. 29
«réduction des risques» n°3/1996
- sélection thématiqueP. 33
de la base de données
- thèses en recherche :P. 54
Répertoire des sites internet francophones
et des organisations internationales sur la
toxicomanie et les conduites addictives
- épidémiologie :P. 70
L'ecstasy à travers les appels au
numéro vert national (DIS) en 1996
- information, prévention,P. 76
réduction des risques
- législationP. 82
- actualités congrèsP. 86

INJONCTION THERAPEUTIQUE ET AUTRES OBLIGATIONS DE SOINS

Laurence Simmat-Durand¹

Thomas Rouault²

RESUME

Cet article présente un bilan de l'application des obligations de soins en France pour les toxicomanes en alternative aux mesures pénales. La loi de 1970 sur la toxicomanie introduit l'obligation de soins qui peut être proposée à l'usager à l'entrée dans la procédure judiciaire par le procureur de la République (art.L 628-1 csp, nommée injonction thérapeutique à partir de 1984) ; ou lui être imposée en cours de procédure judiciaire où la cure est ordonnée par un juge d'instruction ou un juge des enfants dans le cadre du contrôle judiciaire (art.L 628-2 csp) ou encore par une juridiction de jugement (art.L 628-3 csp). L'application de ces mesures exige une coopération entre les autorités judiciaires et sanitaires. Un bilan réalisé en 1987 permet de conclure à un échec de cette liaison malgré quelques réussites locales. Dans les années suivantes la mesure d'I.T sera de plus en plus utilisée comme moyen de premier recours aux soins, la majorité des toxicomanes ne bénéficiant pas de protection sociale. En fait c'est seulement depuis 1995 qu'une circulaire préconise l'extension du recours à l'I.T, un bilan de son fonctionnement a été réalisé en 1996. Cette relance de l'I.T demeure cependant critiquée, le choix d'une dépénalisation de l'usage étant préféré par beaucoup. La seconde partie de l'article présente une revue très complète des statistiques disponibles: données du Ministère de la justice de 1971 à 1983, puis à partir de 1992; enquête DGS-INSERM ; base Davido-Cesdip; enquête de Novembre du SESI. Plusieurs questions sont discutées: évolution de l'application de l'I.T, variations entre les juridictions locales; comparaison ILS-IT-condamnations; suivi effectif de la mesure d'I.T dans les centres de soins. Dans une dernière partie, un tableau comparatif des mesures alternatives dans les pays européens est présenté et commenté. Cet article présente une bibliographie Toxibase de 27 références.

I - LEUR ORIGINE ET LEUR EVOLUTION

1 - Aux origines de la loi de 1970

La loi de 1970 place l'usager sous la surveillance de l'autorité sanitaire et définit différents moments du processus pénal, où un magistrat peut décider d'une alternative sanitaire.

L'idée générale d'une surveillance médicale forcée n'est pas nouvelle en droit français puisque la loi du 30 juin 1838³ a institué le placement psychiatrique, la loi de 1954⁴ la surveillance sanitaire des alcooliques dangereux pour autrui. Dans tous ces cas, le soin peut être imposé contre la volonté du sujet ou en dehors de la manifestation de sa volonté.

¹ - Docteur en Démographie, Maître de Conférences à l'Université de Tours, chercheur au CESDIP/CNRS

² - Directeur TOXIBASE. co-auteur pour la partie « comparaisons internationales »

³ - loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, réformée par la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation (JO du 30 juin 1990)

⁴ - loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui

- 2 Le terme d'usage de stupéfiants apparaît dans la loi de 1916⁵, modifiant la loi du 19 juillet 1845 sur les substances vénéneuses. Elle vise l'usage en société de différents produits (opium, morphine, cocaïne, haschich). Aucune distinction n'est établie entre l'usager et le trafiquant, punis des mêmes peines (trois mois à deux ans d'emprisonnement et 1000 à 10000 francs d'amende). La loi de 1916 vise à regrouper les textes précédents et les dispositions éparses permettant à la justice d'atteindre les trafiquants et fumeurs d'opium, ce produit étant alors identifié comme mettant en danger la santé publique et devant être éliminé au même titre que l'absinthe⁶.

L'une des modifications suivantes⁷ sera la loi du 24 décembre 1953 qui ne sera d'ailleurs jamais mise en vigueur, le règlement d'administration publique prévu pour son application n'ayant jamais vu le jour. Ce texte a néanmoins tout son intérêt, puisqu'il introduit pour la première fois, une obligation de soins : art-117 ter - *Les personnes reconnues comme faisant usage de stupéfiants et inculpées d'un des délits prévus aux articles 116 et 117 pourront être astreintes, par ordonnance du juge d'instruction, à subir une cure de désintoxication dans un établissement spécialisé, dans les conditions qui seront fixées par règlement d'administration publique...*

Jusqu'à la fin des années 1960, le problème de la drogue n'est pas perçu en France comme un problème de toxicomanie ou de santé publique mais uniquement sous l'angle du trafic international. Ainsi une circulaire du ministère de la justice présente en 1961⁸, la question de la façon suivante : *En effet, s'il existe peu d'intoxiqués en France, notre pays est trop souvent représenté à l'étranger comme un centre de transformation clandestine et de transit vers l'Amérique du Nord des dérivés de l'opium en provenance du Moyen-Orient.* Seul le trafic est ici objet de préoccupation et le ministre demande à son égard *que les magistrats du ministère public s'attachent à requérir une répression impitoyable du trafic illicite des stupéfiants.* Les toxicomanes quant à eux doivent être traités avec *humanité et discernement* et il est souhaitable d'envisager des cures de désintoxication.

Les conditions du vote de la loi de 1970 ont été largement analysées dans l'ouvrage de J. Bernat de Celis (1996) : le ministère de la Justice est favorable à la répression de l'usage, en grande partie pour des raisons de technique judiciaire, les pratiques montrent que les usagers sont de fait déjà déferés à la justice sous les qualifications de détention de stupéfiants ; le ministère de la santé demande une surveillance sanitaire obligatoire. Dans l'esprit de ce dernier la surveillance était conçue comme visant tous les usagers⁹. Or, le texte adopté finalement, en laissant l'obligation de soins à l'appréciation du magistrat, ne poursuivra pas cet objectif de santé publique et de fait un très petit nombre des usagers seront signalés à l'autorité sanitaire. La loi est cependant insérée au code de la santé publique (CSP, ci-après).

La loi de 1970 distingue trois moments du processus pénal où une obligation de soins pourra être imposée à l'usager de stupéfiants :

- à l'entrée dans la partie judiciaire, en alternative aux poursuites pénales, c'est l'injonction thérapeutique appelée ainsi à partir de 1984 (art. L.628-1 CSP).
- en cours de procédure judiciaire, le juge d'instruction ou le juge pour enfants peut imposer la surveillance médicale (art. L.628-2 CSP). Dans ce cas, les poursuites pénales sont engagées et le fait que l'usager se soit soumis à cette obligation ne pourra avoir que des conséquences sur le quantum de la peine, par exemple en la réduisant voire en le dispensant de peine. Dans tous les cas, une inscription au casier judiciaire existera.
- lors du prononcé du jugement, la juridiction peut imposer une mesure de soins (art. L.628-3 CSP), soit parce que l'usager l'a refusée auparavant, soit au contraire pour la prolonger si

⁵- loi du 12 juillet 1916, JO du 14/7/1916. Les débats parlementaires ayant précédé le vote de cette loi sont évoqués dans F. Caballero, Droit de la drogue, Dalloz, Paris, 1989, p. 416.

⁶- rapport de M. le sénateur Catalogne, pp. 140-141

⁷- loi n° 53-1270 du 24 décembre 1953 modifiant et complétant les dispositions législatives relatives à la répression du trafic et de l'usage illicite de stupéfiants, JO du 25 décembre

⁸- circulaire n° 61-02 du 25 janvier 1961 : trafic de stupéfiants

⁹- l'article L.355-14 CSP est formel sur ce point : toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire.

elle a démarré au titre de l'article précédent. Depuis l'entrée en vigueur du nouveau code pénal, la juridiction peut également prononcer un ajournement de la décision avec une obligation particulière (art. 132-60 à 66, NCP). Le Juge de l'Application des Peines peut également ordonner des mesures particulières, dont une obligation de soins, lors d'une libération conditionnelle (art.729 s., CPP).

L'expression « injonction thérapeutique » ne figure pas dans la loi de 1970. L'article L. 628-1 dispose que *le procureur de la République pourra enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale...* Les premières circulaires d'application visent « la cure ». Dès la circulaire du ministre de la justice du 25 août 1971 apparaît « l'injonction du procureur de la République ». De son côté, le ministère de la santé se réfère aux « cures de toxicomanes sous main de justice » dans sa circulaire du 29 mars 1972. En 1975, le ministère de la justice utilise l'expression de « cures de désintoxication ordonnées par les autorités judiciaires »¹⁰. La circulaire du garde des Sceaux du 17 septembre 1984 utilise ce raccourci : *sans doute l'injonction thérapeutique organisée par la loi de 1970...*

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

Dans la pratique des juridictions actuellement, plusieurs textes permettent de soumettre un usager de substances illicites à une obligation de soins, soit issue de la loi de 1970, soit de dispositions de droit commun.

Deux obligations de soins déjà évoquées existent dans le dispositif de la loi de 1970 : la cure de désintoxication ordonnée par le juge d'instruction ou le juge des enfants (art. L.628-2 csp) et celle prononcée par une juridiction de jugement (art. L.628-3 csp). La première va se développer dans le cadre du recours au contrôle judiciaire, la seconde dans celui du sursis probatoire.

Dans le cadre de l'instruction, le juge peut astreindre le toxicomane à une cure de désintoxication, suivie sur le fondement l'article L. 628-2 d'une période de surveillance médicale et sociale. Cette même possibilité est laissée au juge des enfants, qui dispose également des mesures éducatives issues de l'ordonnance de 1945 pour le traitement des usagers mineurs.

Lors d'une procédure de comparution immédiate prévue par l'article 395 du code de procédure pénale, une mesure de contrôle judiciaire avec obligation de soins peut être requise. Cette voie de procédure était explicitement indiquée dans la circulaire du 12 mai 1987, comme devant être choisie lorsque *l'usager refuse l'alternative thérapeutique ou si, l'ayant initialement acceptée, il s'y soustrait*. Le recours au contrôle judiciaire de manière générale, par les mesures d'assistance et d'accompagnement qu'il propose paraît bien adapté au cas des toxicomanes.

La seconde obligation de soins peut être prononcée par la juridiction de jugement sur le fondement de l'article L.628-3 csp. Trois possibilités s'offrent au magistrat : confirmer l'ordonnance du juge d'instruction si elle n'a pas été respectée (rupture volontaire de la cure), ne pas prononcer de peine correctionnelle si la cure a été menée à son terme, condamner à une peine d'emprisonnement avec sursis probatoire consistant à suivre la cure¹¹.

Dans la pratique, les obligations de soins dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve sont prévues par d'autres dispositions, qui entrent en concurrence avec cet article L. 628-3 csp, tout en portant les mêmes effets. Ainsi le nouveau code pénal, dans ses dispositions relatives au sursis avec mise à l'épreuve prévoit les obligations que peut imposer la juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines, à l'article 132-45, et plus particulièrement à l'alinéa 3 : *se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même*

¹⁰ - par exemple dans sa lettre du 9 octobre 1975 au ministre de la Santé (SDLC n° 1208-11-D)

¹¹ - voir l'analyse JCP (1971), 2404 : *La loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 sur la lutte contre la toxicomanie*.

- 4 sous le régime de l'hospitalisation. Ces mesures ne sont pas spécifiques aux seuls toxicomanes mais leur sont applicables et existaient antérieurement à l'article R. 58-4 du code pénal.

Si l'utilisateur ne se soumet pas à cette obligation, il risque une condamnation s'ajoutant à la peine déjà prononcée pour l'usage de stupéfiants.

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

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

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

2 - La mise en oeuvre

Cette double tutelle de l'injonction thérapeutique exige dans sa mise en application une coopération entre les autorités judiciaires et sanitaires¹². Le système est souple et doit permettre une adaptation locale, mais va à ce titre être source de disparités. Disparités à la fois dans le volume des injonctions prononcées selon les juridictions et dans les modalités de leur mise en oeuvre.

Le bilan réalisé en 1987 au terme de quinze années d'application de la loi de 1970 peut permettre de conclure à un échec de cette liaison pénal/sanitaire malgré quelques réussites locales. A tel point que deux circulaires du ministère de la justice rappellent tout à la fois les grandes directives de la mise en oeuvre de la loi et la nécessaire coopération entre les différents services¹³.

La répression va s'accroître, aux termes de la loi du 31 décembre 1987, qui crée la catégorie d'utilisateur-revendeur. Celui-ci est écarté de l'alternative sanitaire, la répression devant être ferme pour toutes les formes de trafic. L'injonction thérapeutique ne semble plus la voie prioritaire bien que l'année suivante elle soit encore évoquée par le ministre de la justice¹⁴, *le parquet ne doit pas hésiter à reconnaître ... que la saisine des autorités sanitaires et sociales, par exemple en matière d'usage de stupéfiant par l'injonction thérapeutique, ..., est bien préférable au prononcé tardif d'une peine de principe, en définitive dépourvue de toute portée*. Il ne s'agit plus là d'un objectif de santé publique, mais de la crédibilité de la réponse pénale.

Deux questions d'actualité vont dans les années suivantes ramener sur le devant de la scène publique la question de l'alternative sanitaire en matière d'usage de stupéfiants : le sida et les hépatites qui affectent la population toxicomane, et la question de l'exclusion sociale et de l'accès aux soins des plus démunis. La santé publique reprend le pas sur la répression : il faut protéger les toxicomanes des maladies et il faut leur faciliter l'accès aux soins, voire leur assurer une couverture sociale. Le rapport de l'IGAS (1989) conclut en effet que les deux tiers des toxicomanes ont un problème de protection sociale. L'injonction thérapeutique réapparaît non comme solution pour soigner les toxicomanes, personne n'y a jamais cru, mais comme porte d'accès aux services de santé.

D'où le développement d'un argument, repris dans toutes les circulaires postérieures : l'injonction thérapeutique met l'utilisateur en contact avec le système de soins. Une évaluation a été réalisée en 1991¹⁵ et a montré que, en moyenne sur les 61 départements ayant répondu à la

¹² - ce que note le ministre de la justice dans sa circulaire sur l'application de la loi : circulaire n° 71-8 du 25 août 1971.

¹³ - circulaire CAB 87-02 du 12 mai 1987 (NOR : JUSA8700057C) : coopération entre les autorités judiciaires et les autorités sanitaires et sociales pour l'application de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses

¹⁴ - circulaire CAB du 7 novembre 1988 (NOR : JUSA8900008X)

¹⁵ - par l'INSERM, U.302

5 question, pour 59 % des personnes ayant bénéficié d'une mesure d'injonction, celle-ci a été l'occasion d'un premier recours aux soins¹⁶.

Les conventions d'objectifs de lutte contre la toxicomanie définies en janvier 1993¹⁷ prévoient la généralisation du recours aux injonctions thérapeutiques sur l'ensemble du territoire pour les usagers n'ayant pas commis d'autre infraction, cette action nécessitant un renforcement de la collaboration entre les différentes autorités et le recueil de données relatives aux toxicomanes présentés à la justice ou suivis par elle.

En février 1993, le ministre de la justice fait le point sur la mesure d'injonction thérapeutique¹⁸ : le renforcement de la lutte contre la drogue au quotidien, devant impliquer un accroissement de la répression et *l'établissement d'un nombre croissant de procédures à l'égard des toxicomanes*. Dans ce cadre répressif, les objectifs de santé publique sont réaffirmés en ces termes : *il convient de veiller à ce que les modes d'intervention ne contredisent pas les efforts mis en oeuvre par ailleurs pour la prévention du sida*.

Cette circulaire demande une généralisation du recours à l'injonction thérapeutique à l'ensemble du territoire, le nombre de mesures prononcées, environ 4000 par an, n'étant pas proportionné à l'ampleur du phénomène et variable en *fonction des politiques policières, judiciaires et sanitaires mises en oeuvre au plan local*.

Le développement de l'injonction thérapeutique est également un objectif affiché par le plan gouvernemental de lutte contre la drogue du 21 septembre 1993. Une réponse ministérielle¹⁹ fait état d'une circulaire prochaine conjointe des ministères de la justice et de la santé pour relancer cette mesure.

Il faudra en fait attendre le début de l'année 1995 pour que cette circulaire soit effectivement adressée aux Préfets et Procureurs Généraux et de la République²⁰. Elle fixe les conditions dans lesquelles l'usage de l'injonction thérapeutique pourrait être étendu, non seulement sur le territoire français, mais dans les affaires susceptibles de recevoir une telle orientation. Mais elle tend à la restreindre à certains produits : *il conviendrait, à cet égard, que ne fassent l'objet d'injonctions thérapeutiques que les usagers de stupéfiants tels que l'héroïne ou la cocaïne, ou ceux qui s'adonnant au cannabis en font une consommation massive, répétée ou associée à d'autres produits (médicaments, alcool, ...)*²¹. Un bilan de l'application de cette circulaire, demandé par le ministère de la justice aux parquets en mai 1996²² a d'ores et déjà été réalisé²³.

Une seconde circulaire de la même date²⁴ indique que l'harmonisation des pratiques en matière d'injonction thérapeutique est indispensable et qu'il faut *veiller à ce que cette possibilité soit offerte à tous les usagers*. Or, à l'heure actuelle, cette mesure ne concerne qu'un septième des interpellations d'usagers (voir partie II).

3 - La perception de ces mesures

Dès les premières années de mise en vigueur de la loi, la difficulté de son application est évidente et les oppositions du corps médical face à un soin sous contrainte féroces. Pour les médecins, la loi de 1970 ne pose pas clairement l'interdit et se disqualifie, il ne s'agit plus que

¹⁶ - il est à noter que Mme Facy (1991) précise que la variabilité est grande entre les réponses, l'écart-type est de 32.

¹⁷ - plusieurs circulaires du 14 janvier 1993, entre autres celle du ministère de l'Intérieur (NOR : INTK9300009C), relative à la mise en oeuvre des conventions d'objectifs de lutte contre la toxicomanie.

¹⁸ - circulaire CRIM 93-03 E du 15 février 1993 (NOR : JUSD9330007C)

¹⁹ - Rép. min. n° 4452 : JO SénatQ, 17 mars 1994, p. 605

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

²¹ - même circulaire, p.4, souligné dans le texte

²² - circulaire du 14 mai 1996 : Bilan de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique

²³ - V. Sagant, *Bilan de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique*, Ministère de la Justice, janvier 1997.

²⁴ - ou la lettre d'envoi de la précédente, le document ne comportant aucune référence

6 d'un contrôle social (Sabatini, 1990). De plus, le toxicomane utilise le soin sous contrainte judiciaire pour éviter la confrontation à la loi et fait du médecin son complice (Hers, 1990).

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

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

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

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

La relance de l'injonction thérapeutique en 1987, avec des crédits supplémentaires, va entraîner la mise en fonctionnement de nombreux services, dont celui du TGI de Paris, dont la presse se fait l'écho, présentant la mesure comme tout à fait neuve²⁶.

Si les médecins continuent de voir dans cette mesure une décision soumise à l'arbitraire (Bailly et al., 1990), pour les pouvoirs publics on observe un changement de cap dans les années 1990, face à la lutte contre le sida, la mise en place d'une politique de réduction des risques devient une priorité²⁷ et l'injonction thérapeutique se trouve parée de toutes les vertus : « Elle a fait preuve de son efficacité » (Kouchner, 1993).

Certains médecins vont relayer ce discours dans les années suivantes en décrivant des expériences locales réussies d'injonction thérapeutique ou d'incitation aux soins²⁸. Quelques juridictions font le choix d'une autre obligation de soins, considérant l'injonction thérapeutique comme difficilement applicable (Barret et al., 1990).

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

Les articles de la presse spécialisée restent toujours très critiques²⁹ : « *la formule génère la confusion des genres et le malaise de chacun : le prévenu toxicomane n'est pas un prévenu comme les autres, le magistrat devient un prescripteur médical et le médecin l'exécutant d'une sentence* ». Il est intéressant de noter que le problème est actuellement posé strictement dans les mêmes termes s'agissant des délinquants sexuels³⁰.

La relance de l'injonction thérapeutique, en posant un objectif de santé publique, peut au niveau pénal aussi tendre à accentuer la répression, si les usagers concernés avaient pu faire

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

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

²⁷ - « L'injonction thérapeutique, une vieille idée remise à neuf », Interdépendances n° 17, août-sept. 1994

²⁸ - Dr Ghysel, « Nous n'avons pas le droit de laisser tomber les jeunes », La Vie n° 2542, 19 mai 1994, pp. 10-11

²⁹ - J. Chenu, « Résultats décevants pour l'injonction thérapeutique », Interdépendances n° 27, juin-juil. 1997, pp. 37-38

³⁰ - Sylvie Nerson Rousseau, Soigner n'est pas punir, Libération, 8 août 1997.

- 7 l'objet d'un simple classement sans suite en l'absence de la mesure (Rabord, 1996). En effet, la crédibilité de la mesure repose sur la sanction de son échec : les poursuites sont alors exercées contre l'usager qui refuse les soins.

II - LES STATISTIQUES DISPONIBLES

La cohérence des séries statistiques depuis l'année 1970 n'a pas été respectée, certaines données n'ayant pas été enregistrées sur toute la période. L'entrée en vigueur de la loi de 1970 et de ses dispositions en matière d'obligations de soins avait amené la mise en place d'un recueil de données dans les juridictions, qui sera abandonné vers 1983 pour ne reprendre qu'en 1992 mais sous une forme beaucoup plus succincte. Les séries les plus longues concernent l'injonction thérapeutique, les autres obligations ayant disparu du recueil dès 1981. Les séries issues de la statistique sanitaire ne concernent pas chaque année le même nombre de départements, leur sérialisation est donc hasardeuse. Cette partie présente un descriptif et une analyse des données recueillies.

1 - L'injonction thérapeutique

L'injonction thérapeutique est la mieux connue de toutes les obligations de soins françaises, au point de dissimuler totalement les autres, souvent confondues avec elle. De plus, c'est la seule mesure dont le recueil soit à peu près organisé³¹.

1.1. Les statistiques judiciaires

La caractéristique principale des données dont nous disposons en la matière est sans nul doute leur disparité. Les séries chronologiques ne peuvent être établies qu'au prix du rapprochement de sources multiples, avec des résultats manquant souvent d'une cohérence d'ensemble.

a - Les données sur l'injonction thérapeutique recueillies par le ministère de la justice de 1971 à 1983

Quelques années après l'entrée en vigueur de la loi de 1970, il apparaît nécessaire de se doter des instruments nécessaires à son évaluation. La Chancellerie insiste auprès des procureurs généraux sur la nécessité dans laquelle elle se trouve de disposer de *renseignements statistiques crédibles*³². Une synthèse nationale est donc proposée portant sur les années 1971 à 1974 et sur le premier semestre 1975. Deux documents doivent être remplis par les parquets et centralisés par les procureurs généraux : le premier comportant des renseignements statistiques sur l'activité des tribunaux en application de la loi de 1970, le second qualitatif recueillant les remarques permettant d'évaluer les difficultés afférentes à l'application de la loi.

Le bilan de l'application de la loi pour l'année 1978 diffusé en 1980³³ donne les renseignements statistiques au niveau national et un bilan depuis l'entrée en vigueur de la loi.

Ces fiches spécifiques à l'application de la loi de 1970 disparaissent ensuite, les données étant intégrées dans les cadres du parquet à partir de l'année 1981³⁴. Il est toujours demandé aux procureurs de communiquer leurs observations sur huit points principaux dont le fonctionnement de la mise en garde concernant l'usage de haschisch. L'enquête de 1981 a par ailleurs fait l'objet d'une exploitation détaillée³⁵.

Le recueil des données concernant l'application de la loi de 1970 est abandonné à compter de l'année 1984 ; les parquets doivent néanmoins fournir le nombre des injonctions thérapeutiques

³¹ - quoique strictement limité au nombre de mesures prononcées par les différentes juridictions

³² - circulaire 69F389 du 8 juillet 1975

³³ - circulaire 69F389D du 15 février 1980

³⁴ - circulaire STA/18 (81) du 12 février 1982

³⁵ - Gortais J., Perez-Diaz C., Stupéfiants et justice pénale, enquête pour l'année 1981, SEPC, 1983 (Etudes et données pénales, n° 43), 91 p. + annexes 109 p.

- 8 ordonnées aux services de la DDASS. Il faudra attendre 1992 pour que les cadres du parquet comportent de nouveau les mesures d'injonction thérapeutique.

Le regroupement de ces différentes sources permet de décrire l'évolution du nombre de mesures prises dans le cadre de la loi de 1970 (tableau n° 1).

Il convient de noter qu'avant même le vote de la loi, l'expérience du dispositif avait été mise en place par voie de circulaires³⁶. Pour les dix premiers mois de 1970, les résultats alimentant les débats parlementaires sont les suivants : 610 personnes ont été renvoyées par le parquet sur l'autorité sanitaire, 174 ont été signalées par les autorités sanitaires et 248 se sont présentées spontanément³⁷, chiffres nettement supérieurs pour ce qui concerne les renvois du parquet à ceux collectés après l'entrée en vigueur de la loi (tableau n° 1).

Tableau n° 1 : Cures ordonnées par le parquet 1971-1983

Années	Effectifs
1971	352
1972	532
1973	598
1974	732
1975	815
1976	847
1977	1318
1978	952
1979	1187
1980	1388
1981	2075
1982	3229
1983	2893

Sources : 1971-1978 : circulaire 69F389 du 15 février 1980 et rapport Pelletier (1978) ; 1979-1981 : Gortais J., Perez-Diaz C. (1983) ; 1982 et 1983 : cadres du parquet.

Les injonctions thérapeutiques correspondent à la rubrique « cures ordonnées par le parquet ». Leur mise en place a semble-t-il été très lente puisqu'il faut attendre la septième année d'application de la loi pour que le nombre de mesures dépasse le millier sur le territoire national.

Leur progression sera plus rapide que celles des autres obligations de soins, mais sur la même période la part des affaires portées à l'instruction s'amenuise tandis que les orientations par le parquet progressent rapidement (Robert et al., 1995).

b - Les données récentes du ministère de la justice sur les injonctions thérapeutiques (à partir de 1992)

La volonté de relance des mesures d'injonction thérapeutique observée dans les circulaires à partir des années 1990 se traduit par une augmentation du nombre de mesures prononcées par les juridictions. La rubrique « injonction thérapeutique » est de nouveau introduite dans les cadres du parquet à partir de 1992.

Tableau n° 2 : mesures d'injonctions thérapeutiques prononcées par les juridictions

Année	Mesures
1992	4935
1993	6149
1994	7678

³⁶ - circulaires DGS 1215 du 26 novembre 1969, circulaire DGS 1394 du 15 décembre 1969 et Justice du 15 décembre 1969

³⁷ - M. Boulin (JO, Déb. Sénat, 3 novembre 1970, p. 1717)

1995	8630
------	------

Source : Ministère de la Justice, Annuaire statistique

Les disparités régionales masquées par ces statistiques globales demeurent en 1994. En France métropolitaine, sur 175 tribunaux de grande instance³⁸, 38 % n'ont prononcé aucune mesure, 23 % en ont prononcé de 1 à 10, 29 % de 11 à 99 et 10 % plus de 100 (contre respectivement 42, 21, 28 et 9 % en 1993). La concentration des mesures dans quelques juridictions est donc très forte et s'accroît : les tribunaux ayant prononcé plus de 100 injonctions chacun totalisent 74 % des mesures en 1994 contre 69 % en 1993.

On trouve ainsi, par ordre décroissant : Bobigny 1110 injonctions thérapeutiques (14,7 % du total national), Paris 640 (8,5 %), Créteil 520 (6,9 %), Meaux 427 (5,6 %). Si l'on y ajoute les trois suivantes, Nanterre, Metz et Lyon, les sept premières juridictions totalisent près de 53 % des mesures prononcées sur le territoire national en 1994.

La progression du nombre des injonctions thérapeutiques, examinée dans la partie précédente, s'accompagne néanmoins d'un déploiement sur l'ensemble du territoire. Si l'on compare les données de 1981 à celles de 1993 à 1995, après un regroupement selon les cours d'Appel, on peut observer cette progression.

Tableau n° 3 : Injonctions thérapeutiques par cour d'Appel en 1981, et de 1993 à 1995

Cour d'Appel	1981	1993	1994	1995
Agen	31	27	30	33
Aix	2	535	771	746
Amiens	11	259	293	381
Angers	0	0	2	19
Basse-Terre		10	28	28
Bastia	0	4	7	34
Besançon	0	8	32	21
Bordeaux	11	99	111	173
Bourges	4	12	8	9
Caen	4	21	14	16
Chambéry	1	3	22	10
Colmar	3	74	114	147
Dijon	4	14	8	4
Douai	8	532	516	697
Fort de France		2	21	23
Grenoble	0	167	20	120
Limoges	0	31	25	17
Lyon	0	373	324	345
Metz	0	102	518	716
Montpellier	1	91	75	183
Nancy	1	12	58	161
Nîmes	1	92	141	103
Orléans	0	27	40	91
Paris	1503	2262	3061	2670
Pau	0	24	21	52
Poitiers	0	41	25	50
Reims	22	268	374	448
Rennes	19	228	94	135
Réunion		18	26	265
Riom	6	7	17	16

³⁸ Toutes les données utilisées ici proviennent des volumes successifs des Données Locales, Ministère de la Justice

Rouen	0	63	88	90
Toulouse	12	16	52	104
Versailles	409	656	704	723
TOTAL ³⁹	2075	5394	6922	8630

Source : Ministère de la Justice, *Les cadres du parquet, 1981 (non publié)* et
Ministère de la Justice, *Données locales 1993 à 1995*

Ce tableau montre le développement de l'injonction thérapeutique après les mesures prises en 1987. En 1981, seule quasiment la région parisienne applique la mesure (92 % des injonctions pour les cours de Paris et Versailles réunies). Deux explications sont plausibles : tout à la fois la concentration du phénomène « toxicomanie » sur la région parisienne et la centralisation des structures de soins. En 1993, ce monopole parisien n'a pas disparu puisque 48 % des injonctions proviennent des cours de Paris et Versailles ; il s'est de nouveau un peu accentué pour 1994, puisque ces deux cours totalisent presque la moitié des mesures métropolitaines, mais de nouveaux pôles sont apparus, en particulier dans le nord et l'est de la France, ce qui cadre bien avec la répartition géographique des interpellations. Seules six cours d'Appel ont moins d'une vingtaine d'injonctions pour l'année 1994 et sept pour l'année 1995.

L'influence de la circulaire du 28 avril 1995 se fait partiellement sentir sur l'année 1995 et devrait s'accroître pour 1996. La part de la région parisienne pour 1995 retombe brutalement à 39 % des mesures nationales. En effet, cette circulaire prône deux axes qui ont des effets contradictoires sur le nombre d'injonctions : tout à la fois étendre le nombre des mesures sur le territoire national et aux usagers ayant commis une autre infraction et réserver l'injonction aux usagers de produits autres que le cannabis. Elle a donc provoqué deux flux opposés.

Nous avons dans un article précédent (L. Simmat-Durand, 1997), émis l'hypothèse d'une baisse de l'activité des juridictions utilisant l'injonction pour le cannabis, du fait de ces nouvelles directives. Malheureusement, les statistiques du ministère ne distinguent pas les mesures en fonction du produit, seules des enquêtes locales peuvent fournir quelques renseignements.

Ainsi une enquête sur la pratique du Tribunal de Grande Instance de Bobigny⁴⁰, donne les chiffres suivants : 1110 injonctions ont été prononcées pour l'année 1994, pour lesquelles 560 personnes se sont présentées parmi lesquelles 351 (62,5 %) étaient des usagers de cannabis. Or, pour l'année 1995, l'activité de cette juridiction a substantiellement diminué, malgré une politique voulant relancer la mesure, pour redescendre à 926 injonctions.

Les juridictions de la région parisienne connaissent dans l'ensemble un tassement dans le nombre des mesures ordonnées. La progression la plus remarquable concerne deux régions : l'Est de la France et la Réunion qui a vu le nombre de mesures multiplié par dix.

L'apparition plus ou moins récente de la toxicomanie dans les régions est loin d'être la seule explication à ces variations. Certaines juridictions n'ont utilisé l'injonction thérapeutique qu'après sa relance par le ministère de la justice en 1987, cas par exemple du département du Rhône (Besnard, 1990). Les différentes relances en faveur de cette mesure et les moyens croissants qui y ont été consacrés à partir des années 1990 ont donc permis d'accentuer le recours. Pour d'autres juridictions, ce sont les mesures prises en 1993 au niveau local et le nouveau fonctionnement sous forme de partenariat qui ont permis la mise en place de la mesure.

Des données beaucoup plus fines que celles actuellement publiées seraient nécessaires pour réellement établir des comparaisons locales. La mise en place progressive d'un logiciel de

³⁹ - pour les années 1993 et 1994, le total national publié dans *L'activité Judiciaire*, 1994, p. 3, ne correspond pas à la somme des injonctions prononcées par juridiction figurant dans les données locales. Nous disposons de trois estimations pour 1994 : celle qui figure dans notre tableau n° 2, soit 7678 mesures, celle obtenue avec les données locales, ci-dessus, soit 6922 et celle publiée dans le rapport de la DGLDT (1995), p. 27, soit 6981 mesures !

⁴⁰ - Dominique DUPREZ, Michel KOKOREFF, Michel JOUBERT, Monique WEINBERGER, *Le traitement institutionnel des activités illicites liées à l'usage des drogues ; Des carrières aux filières pénales*, IFRESI, GRASS, 1996, 54 p.

- 11 traitement des mesures d'injonctions thérapeutiques, bien que l'ensemble des juridictions ne soit pas concerné, pourrait répondre à un tel objectif.

Enfin, les injonctions thérapeutiques comptabilisées dans les cadres du parquet correspondent en règle générale aux mesures décidées à l'encontre des seuls majeurs. Aucune règle précise ne semble prévaloir pour l'organisation d'une alternative sanitaire en faveur des mineurs, bien que la plupart des circulaires rappelle qu'ils ne doivent pas en être exclus, mais la prise en charge adaptée au regard des autres mesures éducatives les concernant. Là aussi les pratiques locales risquent d'être extrêmement diversifiées.

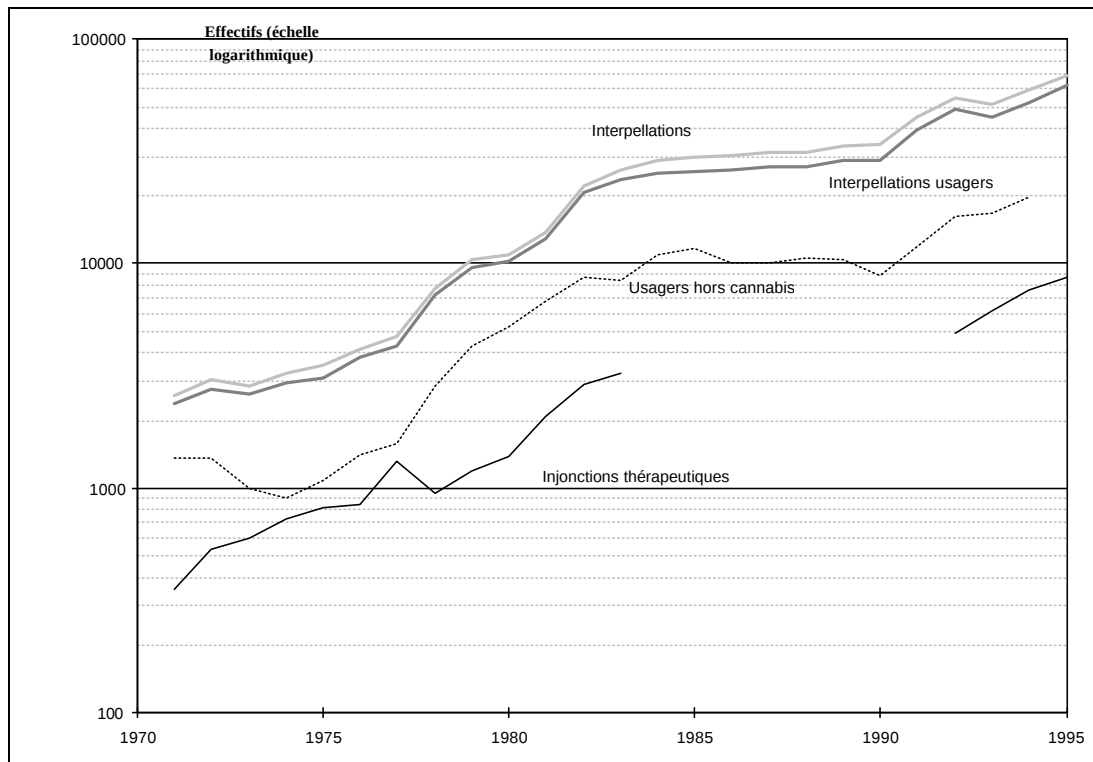
1.2. Interpellations et injonctions thérapeutiques

La mise en rapport des interpellations et des injonctions thérapeutiques n'est pas pertinente au niveau local, du fait de la compétence du parquet du lieu du domicile pour les obligations de soins, qui entraîne des dessaisissements entre juridictions. Par contre, au niveau national et de manière diachronique cette comparaison permet d'évaluer le recours à l'injonction thérapeutique, abstraction faite de l'évolution du volume des interpellations.

Deux problèmes méthodologiques demeurent : les interpellations sont classées par l'OCTRIS en trois catégories de personnes : les usagers, les usagers-trafiquants et les trafiquants. L'injonction thérapeutique peut s'appliquer aux deux premières catégories, mais la pratique des juridictions risque là-aussi d'être hétérogène. Les instructions données par le ministère de la justice en la matière et les statistiques disponibles de 1971 à 1983 nous permettent de supposer qu'avant l'année 1995, l'injonction thérapeutique est surtout réservée aux simples usagers. La deuxième difficulté tient au produit : la part du cannabis dans les interpellations est majoritaire, alors que les circulaires insistent pour que les usagers de cannabis ne fassent pas l'objet d'une injonction thérapeutique mais d'un simple avertissement. Or, les enquêtes le prouvent, certaines juridictions utilisent l'injonction pour des usagers de cannabis, voire même la réservent à cet usage (Sagant, 1997).

Le rapprochement du nombre des injonctions thérapeutiques à celui des usagers simples de produits autres que le cannabis n'est pas possible à partir des statistiques de l'OCTRIS, qui ne distinguent les produits que pour une catégorie regroupant tous les usagers (usagers et usagers-trafiquants). Les usagers simples représentent, selon les années 75 à 85 % de cette catégorie plus globale. Le rapprochement de ces différentes séries : interpellations totales, interpellations d'usagers, interpellations d'usagers hors cannabis et injonctions thérapeutiques sur toute la période 1970 à 1995 permet cependant de distinguer certaines caractéristiques (Figure 1).

Figure 1 : interpellations et injonctions thérapeutiques - France - 1971-1996



Source : Interpellations : OCRTIS, différentes années ; Injonctions thérapeutiques : Ministère de la Justice

L'évolution croissante des interpellations et des injonctions thérapeutiques permet de distinguer quelques périodes homogènes qui suivent dans une très large mesure les variations de la législation.

Avant 1970, seuls sont incriminés l'usage collectif, le trafic, la détention et l'acquisition au moyen d'ordonnances fictives. Le nombre d'interpellations est très faible jusqu'en 1968, moins de 400 sur le territoire national, dont l'usage représente un peu plus de la moitié. Ces chiffres illustrent bien le décalage entre le discours alarmiste au moment du vote de la loi de 1970 (une épidémie) et le peu de visibilité du phénomène traduit par la répression. La mise en oeuvre de la future loi de 1970, demandée par une circulaire du garde des Sceaux dès l'année 1969 fait tripler le nombre des interpellations, la part de l'usage dans celles-ci augmentant à 83 %.

De 1970 à 1977, la progression est ensuite régulière, les interpellations s'établissant en fin de période autour de 4700. Par contre, sur cette durée, la part de l'usage simple a diminué pour s'établir autour de 65 %. Au niveau des produits concernés, il est important de noter que jusqu'en 1977 le cannabis représente environ les deux tiers de ces interpellations. Le nombre des injonctions thérapeutiques reste inférieur à 1000, en particulier du fait de la difficulté de leur mise en oeuvre liée à l'hostilité du corps médical. Cela représente une proportion de 20 à 30 % des usagers concernés par la mesure, mais jusqu'à 81 % des usagers d'un autre produit pour l'année 1974.

Pour ce qui est de l'injonction thérapeutique, elle passe en part relative par un maximum en 1977 : 30 % des usagers ont pu en bénéficier et même 83 % si l'on se réfère aux seuls usagers de produits autres que le cannabis.

La période postérieure : l'année 1977 marque un tournant au niveau de la répression. Une plus grande sévérité est demandée, surtout vis-à-vis des usagers-revendeurs. L'effet est immédiat : les interpellations passent de 4755 en 1977 à 7799 l'année suivante, soit une augmentation de 64 % en un an et à 10 430 pour 1979.

Cette plus grande sévérité vis-à-vis des usagers se traduit par l'augmentation de leur part dans les interpellations, celles augmentant régulièrement jusqu'à 94 % des interpellations en 1982 ; elle redescendra ensuite pour s'établir autour de 85-90 % jusqu'à aujourd'hui.

- 13 Dans le même temps, la publication du rapport Pelletier a eu un fort impact sur la part du cannabis dans les interpellations : de 67 % en 1976, elle diminue jusqu'à 52 % en 1978. Cette baisse spectaculaire a été interprétée comme une dépénalisation de fait de l'usage du cannabis et beaucoup continuent de le dire, alors que la tendance s'est inversée dès 1982, la part des autres produits retombant à 39 % en 1985 et jusqu'à 26 % autour des années 1990, pour s'établir actuellement autour du tiers des interpellations. Le cannabis représente donc de nouveau les deux tiers des interpellations d'utilisateurs par les services de police.

La part des injonctions thérapeutiques décline dans cette nouvelle période, l'offre reste faible au regard de l'augmentation des interpellations. En 1983, la part des utilisateurs susceptibles d'avoir eu accès à une injonction est tombée à 14 %. La mesure est passée de mode, elle ne figurera d'ailleurs même plus dans les statistiques publiées par le ministère de la justice, le recueil dans les cadres du parquet ayant été abandonné.

Les positions des dirigeants politiques dans les années 1986-1987 sont clairement contre la mesure d'injonction thérapeutique, une répression beaucoup plus sévère étant un objectif affiché du ministre de la Justice, même si les modifications législatives de l'article L. 628 ont avorté (J. Bernat de Celis, 1996).

Les différentes relances des années 1990 ont bien du mal à faire remonter ce pourcentage compte tenu des interpellations devenues massives : 62000 utilisateurs en 1995 avec une offre de 8630 injonctions, soit moins de 14 % d'entre eux. Si l'on écarte les utilisateurs de cannabis, le résultat est meilleur puisque l'on arrive à 40 % des utilisateurs mais il est maintenant avéré que des juridictions utilisent l'injonction thérapeutique pour les utilisateurs de cannabis, ce qui rentre dans la nouvelle problématique du contact avec les services sanitaires (Sagant, 1997). Par contre, les utilisateurs-revendeurs sont pris en compte ici, mais ils ne représentent que 16 % du total des utilisateurs.

1.3. Injonctions thérapeutiques et condamnations

Une deuxième étape dans cette démarche consiste à mettre en relation le nombre d'injonctions thérapeutiques prononcées et l'activité en matière de stupéfiants de la juridiction. Les données publiées sur les interpellations ne peuvent pas être utilisées, du fait de la domiciliation des affaires selon le lieu de résidence de la personne mise en cause et non selon le lieu d'interpellation. De ce fait, nous utilisons ici les condamnations prononcées par les juridictions. Les données disponibles sont agrégées par cours d'appel et non par tribunaux de grande instance et la classification simplifiée des infractions fait qu'il n'est pas possible de distinguer les faits d'usage et de trafic selon une répartition locale. Nous comparons donc le volume d'injonctions thérapeutiques prononcé dans chaque ressort de cour d'appel aux condamnations prononcées en matière de stupéfiants pour ces mêmes ressorts. La dernière année publiée est 1993⁴¹.

Bien que non linéaire, l'ajustement obtenu entre ces deux variables est de bonne qualité, ce que nous montre la figure n° 2. Même s'il y a une certaine évidence dans le propos, le nombre d'injonctions thérapeutiques varie nettement en fonction du nombre de condamnations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants prononcées par les juridictions, ce qui traduit la répartition territoriale du phénomène.

Par contre, si l'on établit un rapport entre le nombre d'injonctions thérapeutiques prononcées par une juridiction et le nombre de condamnations, la variabilité est de nouveau extrême : de 1 % à 54 %. Ainsi la cour d'Amiens qui a prononcé en 1993, 482 condamnations pour infractions à la législation sur les stupéfiants, a prononcé la même année 259 injonctions thérapeutiques, alors que la cour de Chambéry pour un même nombre de condamnations (487) n'a utilisé l'injonction thérapeutique que dans 3 cas (voir tableau n° 3). Nous ne pouvons pas mesurer les abandons de poursuite par rapport aux condamnations, puisque nous n'avons pas ici d'évaluation des classements simples en matière de stupéfiants.

⁴¹ Ministère de la Justice, Les condamnations en 1993.

- 14 Le principal intérêt de cette dernière démarche est de répondre à l'argument selon lequel certaines juridictions n'utilisent pas ou peu l'injonction thérapeutique car leur activité en matière de stupéfiants ne le justifie pas. La lecture horizontale du graphique montre à nombre de condamnations pour stupéfiants égal, la variation du nombre d'injonctions thérapeutiques. Le rapport observé s'établit de 1 à 100.

Il faut également rappeler la nécessité pour la mise en place de l'injonction thérapeutique de combiner l'activité judiciaire et sanitaire d'un ressort : les juridictions sont également tributaires des ressources en structures susceptibles d'exercer la surveillance médicale, nous y reviendrons dans la partie suivante.

2 - Les statistiques sanitaires

Une enquête annuelle de la DGS est effectuée auprès des services de la DDASS afin de recueillir les informations sur les injonctions thérapeutiques. Selon les années, un nombre variable de DDASS répond au questionnaire, ce qui limite l'intérêt des comparaisons d'une année à l'autre. Cette enquête concerne les seules personnes majeures.

Le rapprochement des données émanant des parquets de celles des DDASS est difficile du fait des transferts en raison de leurs compétences respectives. Dans son rapport⁴², R. Padieu (1990) avait noté cette difficulté au sujet du parquet de Paris : le TGI de Paris prononce la mesure pour le compte du TGI et de la DDASS du domicile de la personne ; 36 % des injonctions thérapeutiques ont été effectuées hors ressort en 1988 et 46 % en 1989 (Padieu, 1990) ; ce niveau s'est maintenu pour 1993 puisque pour cette année, 40 % des toxicomanes accueillis à l'antenne du Palais de justice de Paris sont domiciliés hors du département (Vacarie, 1993). Les autres juridictions de la banlieue parisienne sont également soumises à de telles transmissions. Ainsi 16 % des injonctions suivies dans les Hauts de Seine en 1995 proviennent d'un autre parquet⁴³.

Tableau n° 4 : Nombre d'injonctions prononcées et suivies par les DDASS

Année	Nombre de personnes :				
	injonctions prononcées	orientées par la DDASS		en contact avec une structure de soins	
		Nombre	% des IT	Nombre	% des IT
1986	2108	995	47,2	465	22,1
1987	2617	2027	77,5	621	23,7
1988	3803	3345	87,9	1518	39,9
1990	3541				
1993	6149	4591	74,7	4064	66,1
1994	7678	6500	84,6	5760	75,0
1995	8630	7220	83,4	6072	70,3

Source : enquêtes DGS 1988 avec rétrospective 86 et 87, Facy (1991), MILDT (1995)

Le tableau n° 4 met en rapport le nombre d'injonctions thérapeutiques prononcé par les parquets, le nombre d'orientations par les DDASS et le nombre de personnes ayant effectivement un contact avec une structure de soins. Cette présentation est celle adoptée dans diverses sources, et nous l'avons reprise ici. Il ne nous paraît pas certain que l'unité de compte soit réellement la même : les parquets comptent des mesures d'injonction thérapeutique, les services de la DDASS des personnes. L'écueil n'est pas bien important tant que l'injonction reste limitée à une mesure par personne. Les directives récentes vers une répétition des mesures à l'encontre des mêmes personnes vont introduire une nouvelle difficulté d'interprétation.

La « perte » entre le nombre d'injonctions prononcées et celles orientées par les DDASS s'explique par la nécessité d'un transfert entre les différentes autorités : les personnes sont convoquées devant le magistrat, en général dans les commissariats puis par la DDASS. Selon l'organisation locale, certaines comportant une antenne DDASS dans le tribunal, cette perte est nulle entre le magistrat et le responsable sanitaire, mais existe entre le commissariat et le parquet. Des modalités de fonctionnement ont été trouvées pour rapprocher les différentes autorités et réduire le nombre d'injonctions non suivies, qui diminue au fil des années.

Les transferts entre juridictions ont une influence sur ce taux de succès : dans les Hauts de Seine, 16 % des injonctions proviennent d'un autre parquet que Nanterre, mais dans les personnes orientées par la DDASS, 4 % seulement ont vu leur injonction prononcée par un autre parquet⁴⁴.

⁴²- R. Padieu, *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies*, INSEE, 1990, 2 volumes.

⁴³- L. Simmat-Durand, recherche en cours au CESDIP

⁴⁴- Sources : L. Simmat-Durand (recherche en cours) ; F. Simon et L. Melgrani, Service des injonctions thérapeutiques, DDASS 92, *Rapport d'activité 1995*.

La part des personnes effectivement orientées vers une structure de soins dépend sans doute assez largement des politiques locales concernant les usagers de cannabis : ceux-ci sont reçus par un responsable de la DDASS mais ne sont pas orientés puisqu'ils ne nécessitent pas réellement un suivi médical.

La répartition régionale des mesures montre leur développement à partir de 1993, avec leur intégration dans les politiques locales : 81 départements appliquent la mesure en 1995 contre 73 en 1993 et 1988⁴⁵. Mais ce développement est lié au fait que certains départements privilégient la mesure d'injonction thérapeutique aux usagers de cannabis. Il s'agit de l'année 1995, donc avant les effets éventuels de la circulaire du 28 avril recommandant de réserver cette mesure aux cas « les plus lourds » quel que soit le produit. Les pratiques des parquets montrent des conceptions différentes de la toxicomanie et de la place de la réponse pénale (Sagant, 1997).

En matière sanitaire, le recueil des données s'effectue à l'échelon du département (DDASS). La répartition des injonctions thérapeutiques selon le département peut être comparée pour les années 1990 et 1995. Le quasi-doublement du nombre des mesures au niveau national masque des variations régionales de très grande ampleur : d'une part une quasi-stagnation voire une régression (Paris) pour les départements ayant une forte activité en matière d'injonctions, comme les départements de la région Ile-de-France, et d'autre part des variations de très grande ampleur pour quelques départements venus tardivement à sa mise en oeuvre, comme par exemple le Haut Rhin ou la Moselle (tableau n° 5).

L'activité des départements est liée à celle des juridictions concernées mais aussi à la présence des structures. Ainsi en 1990, l'enquête montre que sur 76 départements qui ont répondu (Facy, 1991), 20 sont totalement dépourvus de structures spécialisées en toxicomanie, 29 ont une structure d'accueil seule contre 14 départements ayant un dispositif large d'accueil, de soins et de postcure. On peut penser que le redéploiement de l'injonction observé postérieurement est largement influencé par les nouveaux dispositifs de proximité, basés sur les réseaux ville-hôpital et non plus sur les seuls centres spécialisés.

⁴⁵- source : DGLDT, *Rapport sur l'activité interministérielle en 1995 pour 1994 et 1995* ; rapport Padieu (1990) pour 1988

Tableau n° 5 : Répartition départementale des injonctions thérapeutiques en 1990 et 1995

Département	code	IT 1990	IT 1995	variation en %
Ain	1		24	
Aisne	2	42	156	271,43
Allier	3	0	0	
Alpes Hte Prov	4	1	8	700,00
Hautes Alpes	5	0	0	
Alpes Maritimes	6	160	496	210,00
Ardèche	7	0	11	
Ardennes	8	2	10	400,00
Ariège	9	0	0	
Aube	10	36	40	11,11
Aude	11	0	10	
Aveyron	12		1	
Bouches du Rhône	13	95	147	54,74
Calvados	14	1	13	1200,00
Cantal	15	0	0	
Charente	16	4	21	425,00
Charente Maritime	17	22	24	9,09
Cher	18	0	0	
Corrèze	19	24	18	-25,00
Corse	20	0	24	
Cote d'Or	21	0	3	
Cotes du Nord	22		0	
Creuse	23	6	0	-100,00
Dordogne	24	1	29	2800,00
Doubs	25		20	
Drome	26	3	16	433,33
Eure	27	2	49	2350,00
Eure et Loir	28	32	8	-75,00
Finistère	29	3	71	2266,67
Gard	30	16	20	25,00
Haute Garonne	31	9	74	722,22
Gers	32	0	0	
Gironde	33	42	74	76,19
Hérault	34	34	112	229,41
Ille et Vilaine	35		3	
Indre	36	0	2	
Indre et Loire	37		59	
Isère	38	31	43	38,71
Jura	39	2	0	-100,00
Landes	40	5	10	100,00
Loir et cher	41	0	0	
Loire	42	2	25	1150,00
Haute Loire	43	0	0	
Loire Atlantique	44	0	20	
Loiret	45	3	27	800,00
Lot	46		0	
Lot et Garonne	47	21	29	38,10
Lozère	48	18	3	-83,33
Maine et Loire	49	0	10	
Manche	50	1	0	-100,00
Marne	51	70	389	455,71
Haute Marne	52	0	0	
Mayenne	53	0	4	
Meurthe et Moselle	54	14	102	628,57
Meuse	55		0	
Morbihan	56	0	30	
Moselle	57	24	539	2145,83
Nièvre	58	0	3	
Nord	59	151	714	372,85
Oise	60	68	91	33,82
Orne	61	12	0	-100,00
Pas-de-Calais	62	119	204	71,43
Puy-de-Dôme	63		13	
Pyrénées Atlantiques	64		32	
Hautes Pyrénées	65	0	1	
Pyrénées Orientales	66	24	46	91,67
Bas Rhin	67	47	49	4,26
Haut Rhin	68	8	95	1087,50
Rhône	69	100	346	246,00
Haute Saône	70	1	0	-100,00
Saône et Loire	71	12	1	-91,67
Sarthe	72	15	5	-66,67
Savoie	73	17	1	-94,12
Haute Savoie	74	5	2	-60,00
Paris	75	580	290	-50,00
Seine Maritime	76	39	28	-28,21
Seine et Marne	77	26	268	930,77
Yvelines	78	114	144	26,32
Deux Sèvres	79		12	
Somme	80	59	38	-35,59
Tarn	81	2	1	-50,00
Tarn et Garonne	82	0	13	
Var	83	106	127	19,81
Vaucluse	84	34	96	182,35
Vendée	85	0	0	
Vienne	86	1	0	-100,00
Haute Vienne	87	36	14	-61,11
Vosges	88	8	21	162,50
Yonne	89	1	41	4000,00
Territoire de Belfort	90	45	6	-86,67
Essonne	91	56	218	289,29
Hauts de Seine	92	209	229	9,57
Seine St Denis	93	359	424	18,11
Val de Marne	94	510	321	-37,06
Val d'Oise	95	51	260	409,80
Total Métropole		3541	6928	95,65

Source : année 1990 (Facy, 1990) ; année 1995 (DGLDT)

- 19 L'orientation des injonctions thérapeutiques par les DDASS se fait vers les centres de soins spécialisés mais aussi les hôpitaux, des médecins de ville agréés par les DDASS, des généralistes intégrés dans des réseaux ville-hôpital, des CMP ou CMPP. Donc le recours se fait à un ensemble de structures de soins beaucoup plus vaste que celui décrit par les enquêtes du SESI par exemple (voir plus loin).

3 - Les autres obligations de soins

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

3.1. Les sources judiciaires

La fiche « renseignements statistiques relatifs à l'application de la loi du 31 décembre 1970 » est remplie par les parquets de 1971 à 1981. Nous n'avons pas le même détail pour toutes les années, selon les sources utilisées.

Tableau n° 6 : Cures ordonnées 1971-1983

Années	par les juges des enfants	par les juges d'instruction	par les juridictions de jugement		
			Total	usage seul	usage et trafic
1971	2	87	37	25	12
1972	7	111	44	38	6
1973	5	132	46	31	15
1974	17	161	35	24	11
1975	18	219	55	31	24
1976		232	112		
1977		224			
1978	8	236	78	44	18
1979		207	79		
1980		297	141		
1981	61	251	152		
1982					
1983		192			

Sources : 1971-1978 : circulaire 69F389 du 15 février 1980 et rapport Pelletier (1978) ;
1979-1981 : Gortais J., Perez-Diaz C. (1983) ; 1982 et 1983 : cadres du parquet.

Après 1983, les séries ne comptabilisent plus les cures ordonnées par les juges d'instruction et les juridictions de jugement. Or, elles n'ont bien évidemment pas disparu, comme le montrent des enquêtes locales⁴⁶.

Les condamnations pour usage de stupéfiants avec sursis partiel ou total et mise à l'épreuve constituent une première approche, bien que des disparités locales existent sans doute dans le recours à l'obligation de soins. Celle-ci est actuellement prononcée au titre de l'article L. 132-45 alinéa 3 du Nouveau Code Pénal, permettant une révocation du sursis en cas de manquement⁴⁷. Le recours a de telles données pose plusieurs problèmes. Tout d'abord, il n'est pas certain que tous les condamnés à un sursis avec mise à l'épreuve pour une affaire d'infraction à la législation sur les stupéfiants soient soumis à une obligation de soins, mais cela est fortement plausible pour

⁴⁶ - par exemple dans le département de l'Isère, voir à ce sujet L. Barret, P. Cornier, J.L. Debru, De quelques réflexions à propos de l'injonction thérapeutique, in *Journal de Médecine Légale et de Droit Médical*, 1990, 33, n° 1, 49-52 ; une recherche en cours (au CESDIP) portant sur un parquet de la région parisienne montre que le nombre d'obligations de soins prononcées dans le cadre du sursis probatoire est au moins équivalent à celui des injonctions thérapeutiques.

⁴⁷ - anciennement sur la base de l'article R.58-4 du Code Pénal

au moins l'usage et la détention ou acquisition. Considérer toutes les condamnations à un sursis avec mise à l'épreuve d'usager ou de détenteur de stupéfiants nous amène sans doute à surestimer les obligations de soins. Mais il est à noter que la part des faits de trafic est très faible dans cet ensemble.

La seconde difficulté repose sur la question de l'infraction principale : nous ne prenons en compte ici que des condamnés pour des infractions à la législation sur les stupéfiants. Or, les services de probation prennent en charge des toxicomanes soumis à une obligation de soins dans le cadre d'une condamnation pour un autre fait, le plus souvent une affaire de vol. Dans cette seconde hypothèse, nous sous-estimons le nombre des obligations de soins. Quoi qu'il en soit, voici la progression des mesures prononcées par les juridictions au plan national (Tableau n° 7).

Tableau n° 7 : Condamnations pour infractions à la législation sur les stupéfiants selon l'année et l'infraction principale, tribunaux correctionnels

Années	Condamnations			Sursis total ou partiel avec probation		
	Total	dont usage	% usage	Total	dont usage	% usage
1965	142					
1966	105					
1967	175			3		
1968	267			13		
1969	380			58		
1970	954			186		
1971 (1)	894	304	34,0	149	48	32,2
1972 (1)	1281	418	32,6	211	48	22,7
1973 (1)	1464	561	38,3	302	127	42,0
1974 (1)	1531	766	50,0	265	175	66,0
1975 (1)	1938	933	48,1	433	217	50,1
1976	2383			392		
1977	3025			487		
1978 (1)	3896	1711		607	248	
1979	3042	1744	57,3	790	500	63,3
1980	Année non disponible					
1981	4330	2326	53,7	920	598	65,0
1982	6092	2703	44,4	969	483	49,8
1983	8831	4595	52,0	1063	579	54,5
1984	12 548	*	*	1790	845	47,2
1985	14 889	*	*	2146	961	44,8
1986	14 375	*	*	2403	1020	42,4
1987	16 504	*	*	3053	1387	45,4
1988	17 022	4930	29,0	3030	1055	34,8
1989	19 618	6795	34,6	3166	1355	42,8
1990	20 428	7485	36,6	3066	1121	36,6
1991	19 578	6658	34,0	2898	1086	37,5
1992	21 851	7374	33,7	3230	1213	37,6
1993	22 530	7699	34,2	3738	1467	39,2

Source : jusqu'à 1978 : Base DAVIDO-CESDIP, Substances vénéneuses, trafic et usage, condamnations des tribunaux correctionnels et cours d'appel, jugements contradictoires et par défaut, métropole, majeurs, non publiés, sauf (1) : Ministère de la justice, Lutte contre la toxicomanie, mai 1976 ; à partir de 1979 : Ministère de la Justice, Les condamnations (volumes successifs), La Documentation Française.

L'augmentation des condamnations pour ILS est évidente depuis 1970 : de 954 à 22530 en 1993. Elle suit de très près celle des interpellations vue précédemment, même avec le décalage lié à la durée des poursuites.

Le détail n'est pas disponible pour toutes les années. Pour la période la plus documentée, après 1979, on peut voir la diminution de la part de l'usage simple de 57 % à 34 % en 1993. Il faut

21 sans doute y voir tout simplement un changement dans la qualification retenue : la marge entre usage simple et détention de stupéfiants est souvent très mince, selon les pratiques des juridictions, voire des magistrats. De même, la notion d'usager-vendeur introduite par la loi de 1987 repose souvent sur l'appréciation du magistrat au regard de la quantité de produit saisi, nulle règle précise n'étant établie. Outre les variations régionales, nous avons sans aucun doute des variations temporelles.

Malgré ces catégories « floues », on peut remarquer que les condamnations à une peine avec sursis et probation suivent le même mouvement. Multipliées par cinq depuis 1979, elles concernent quatre fois sur dix de simples usagers, bien que cette part soit allée en diminuant.

Une étude détaillée de l'année 1991 a été effectuée à partir des données du casier judiciaire (Timbart, 1995). Elle montre bien la complexité liée aux infractions multiples : en matière d'infraction à la législation sur les stupéfiants, un tiers seulement des condamnés l'étaient pour une seule infraction. Le recours au sursis probatoire pour l'usage de stupéfiants est trois supérieur à ce qu'il est pour l'ensemble des délits.

Pour ce qui est de l'utilisation des obligations de soins par les juges d'instruction, il convient de se pencher sur les contrôles judiciaires, cadre dans lequel ces obligations sont généralement prononcées.

Les statistiques publiées au plan national ne distinguent pas les mesures de contrôle judiciaire selon les infractions, ce qui exclut toute étude sur le sujet. Seules des enquêtes locales auprès des services ou associations pourraient permettre d'évaluer le recours à cette obligation de soins. Une évaluation a été réalisée par le CLCJ pour l'année 1995⁴⁸, mais elle reste partielle puisqu'elle ne porte que sur la moitié des juridictions françaises. L'ordre de grandeur est de 1328 contrôles judiciaires pour des toxicomanes relevant d'une infraction à la législation sur les stupéfiants et 526 pour des toxicomanes relevant d'autres infractions.

3.2. Les sources sanitaires

Une estimation indirecte de l'activité des établissements sanitaires liées au renvoi des institutions judiciaires est obtenue par l'enquête du SESI, actuellement dite « enquête de novembre ». La variable « origine de la demande » comporte une modalité « instances judiciaires » dont la formulation évolue selon les années, ce que récapitule le tableau n° 8.

Tableau n° 8 : renvoi judiciaire sur les instances sanitaires dans l'enquête du SESI

Sur la période			Origine judiciaire		
Année	Nombre d'établissements	Toxicomanes accueillis	Libellé de la variable	Toxicomanes concernés	% des toxicomanes accueillis
1983	886	13899	Soins spécifiques : origine judiciaire		10,2
1984	1014	17956			10,8
1985	1141	20903			10,8
1986					
1987	728	8804	Injonction thérapeutique		6,0
1988	865	9956	injonction d'une instance judiciaire	701	7,0
Sur la période			Origine judiciaire		
Année	Nombre d'établissements	Toxicomanes accueillis	Libellé de la variable	Toxicomanes concernés	% des toxicomanes accueillis
1989	726	10604	Instance judiciaire (injonction)	723	6,8
1990	760	12538	idem	625	5,0
1991	941	14520	idem	837	5,8
1992	997	16180	idem	931	5,8

⁴⁸ - communication téléphonique avec L. Fauconnet, CLCJ

1993	1080	19281*	Instances judiciaires	1952	10,1
1994		20392*	Mesure judiciaire	2215	10,9
1995	1309	22903*			11,0
Notes * = sans élimination des doubles comptes, les tableaux sur l'origine portant sur l'ensemble des toxicomanes accueillis en novembre					
(1) Avant 1987, l'enquête porte sur le quatrième trimestre de l'année, ensuite sur le seul mois de novembre					

Source : Costes et Le Faou, 1988 ; Ministère de la Santé, SESI, enquête de novembre, années successives

L'utilisation sur le long terme de cette série est difficile du fait du nombre variable d'établissements ayant répondu au questionnaire ou ayant accueilli des toxicomanes (colonne 2) selon les années. Seule la dernière colonne est utilisable puisqu'elle donne l'ordre de grandeur des toxicomanes accueillis dans les établissements sur demande des instances judiciaires. Le libellé de la variable n'est peut être pas étranger à ces variations, les années 87 à 92 visent l'injonction, par contre avant 1987 et après 1992, l'origine est dite judiciaire sans autre précision. La notice comportant les consignes de remplissage pour le questionnaire de 1994 porte clairement « injonctions thérapeutiques et autres mesures judiciaires ». Or, pendant les deux périodes où le choix est ainsi élargi, le pourcentage de toxicomanes pour lesquels l'origine est judiciaire est double des périodes où il est restreint à la seule injonction. Est-ce à dire que l'autre moitié concerneraient les autres obligations de soins ?

D'autres hypothèses doivent également être examinées. Sachant que les établissements n'accueillent quasiment pas de consommateurs de haschich, il faut comparer cette progression à celle concernant les seuls usagers d'autres produits, pour lesquels l'offre d'injonction thérapeutique a sensiblement augmenté ces dernières années. L'augmentation la plus marquée se situe entre les années 1992 et 1993, puisque le nombre de toxicomanes accueillis sur demande judiciaire a plus que doublé. Or, cette année précisément est marquée par de grands changements dans l'organisation des centres de soins spécialisés pour toxicomanes. Plusieurs circulaires précisent ce que doit être l'offre de soins et, entre autres, que tous les centres doivent concourir à l'application de la loi, que leurs missions recouvrent *le soin aux personnes toxicomanes, qu'elles soient volontaires, qu'elles relèvent d'une obligation de soins ou qu'elles fassent l'objet d'une mesure d'injonction thérapeutique*⁴⁹. Deux effets ont pu être induits de ces directives : que plus de centres prennent en charge les demandes d'origine judiciaire ou que plus d'attention ait été portée à bien renseigner cette variable.

Pour 1995, l'estimation à partir de cette enquête fait état de 64 738 toxicomanes pris en charge par le système sanitaire et social (OFDT, 1996, p. 34). L'application du pourcentage figurant dans le tableau n° 8, donnerait 7100 toxicomanes envoyés par les instances judiciaires. Pour la même année, l'estimation de la DGS donne 6000 personnes mises en contact avec les structures de soins dans le cadre de l'injonction thérapeutique (tableau n° 4).

Par ailleurs, des enquêtes locales montrent qu'une partie des injonctions thérapeutiques sont suivies en médecine de ville (réseaux ville-hôpital, médecins agréés DDASS), non prise en compte dans l'enquête du SESI. Il est donc plausible de déduire de ces informations que l'enquête du SESI comptabilise un nombre considérable de mesures distinctes de l'injonction thérapeutique, bien que le commentaire de cette variable reste bien vague : « *La part des injonctions thérapeutiques et autres mesures judiciaires augmente régulièrement* » (Enquête de novembre 1994, SESI, 1996).

III - COMPARAISONS INTERNATIONALES

Il apparaît difficile d'établir une comparaison internationale totalement fiable des mesures alternatives à l'incarcération. D'une part les législations sont en constante évolution et leur

⁴⁹ - Circulaire DGS/2D n° 56 du 6 octobre 1992, BO MASI n° 92/42 du 17 novembre 1992, p. 55

23 application elle-même est difficile à cerner, l'exemple français présenté en détail dans cet article le montre bien, et d'autre part les données des études disponibles (Cesoni 1990, Groupe Pompidou 1996, Leroy 1996, OEDT 1995) ne présentent pas toutes le même degré de précision. Par exemple, il est très difficile de décrire pour chaque pays à quel stade de la procédure judiciaire et par quelle autorité la décision de mesure alternative sera prise.

Cette comparaison aurait nécessité un travail de recherche beaucoup plus approfondi à partir des sources de chaque pays ce qui n'était pas l'objectif de cet article. C'est pourquoi le tableau N°9 présenté ci-après a d'avantage une valeur indicative qu'une valeur exacte de la réalité des mesures alternatives et ne permet de dégager que quelques commentaires introductifs.

Ce qui se dégage de ce tableau comparatif c'est avant tout la diversité des situations nationales. L'existence d'obligations de soins aux usagers de drogues dans un pays dépend bien évidemment du contexte général des infractions à la législation sur les stupéfiants. Tous les pays intègrent la possibilité d'alternatives sanitaires, les différences entre eux dépendant du caractère obligatoire ou volontaire du traitement par l'utilisateur, du recours à des peines de substitution ou à un système probatoire plutôt qu'à la nécessité de se faire soigner.

Des critères divergents influent entre les pays pour les décisions d'application de mesures alternatives par voie judiciaire ou administrative (même si des pratiques entre certains pays sont identiques comme le montre le tableau).

On peut distinguer les critères suivants dans l'appréciation des décisions :

. En fonction des catégories d'incrimination par types de produits consommés ou d'utilisateurs:
Les différences d'appréciation de la gravité de la consommation sont importantes en terme de drogues dures ou douces; en terme d'usage sur les lieux publics ou en groupe et en cas d'usage personnel, de consommation régulière ou occasionnelle; de quantité de drogue consommée, de groupes de consommateurs particuliers (les jeunes, la première consommation, ...). Cas unique, en Grèce les usagers dépendants sont déclarés irresponsables et orientés automatiquement vers un traitement obligatoire.

. En fonction des types de mesures alternatives envisageables:
décision judiciaire différée; suspension de la peine ou jugement provisoire sous condition de traitement volontaire ou obligatoire (IT) ou si la peine est inférieure à un certain seuil; mesures dissuasives (mesure en cas de récidive uniquement, probation).

. En fonction des procédures mises en oeuvre:
possibilité d'annuler le déclenchement des poursuites; sur demande du procureur ou du juge, de prendre des sanctions administratives plutôt que judiciaires (système mis en oeuvre par une minorité de pays européens: Espagne, France, Italie, Irlande, Royaume-Uni).

Sur un plan général, du moins en Europe, rien ne permet d'affirmer que les mesures alternatives sanitaires gagnent du terrain par rapport aux sanctions pénales ou administratives, on observe même dans certains pays considérés comme « libéraux » sur le plan pénal (Espagne, Pays-Bas) un durcissement des sanctions pour usage simple alors que l'arsenal juridique intègre les mesures alternatives. Cette tendance apparaît paradoxale alors que les politiques nationales s'orientent de plus en plus vers une approche sanitaire globale, multidimensionnelle et intégrée des usagers de drogues.

Ceci étant, l'intérêt des alternatives sanitaires est reconnu dans tous les pays européens, ainsi que dans de nombreux autres pays (Etats-Unis, Canada, Australie ...). Le Conseil de l'Europe recommande clairement le développement de ce type de mesures même si, selon lui, plusieurs problèmes s'opposent à leur développement: les usagers de drogues qui restent « cachés » au stade des procédures pénales parce qu'ils sont incriminés pour d'autres motifs que l'infraction à la législation sur les stupéfiants; le problème de la récidive puisque l'utilisateur subit en priorité une peine de prison au détriment d'une obligation de soins (même si plusieurs pays favorisent une suspension de peine dans le cas d'une première voire d'une seconde ILS); le cas des usagers incriminés qui refusent l'obligation de soins; la lenteur des procédures relatives à la décision

- ²⁴ d'obligation de soins qui dissuade parfois l'utilisateur consommateur régulier d'entreprendre volontairement un traitement.

BIBLIOGRAPHIE

- BARRET L., CORNIER P., DEBRU J.L., « De quelques réflexions à propos de l'injonction thérapeutique », in *J. Med. Leg. Droit Med.* vol 33, n° 1, 1990, pp. 49-52.
- BERNAT DE CELIS J., *Drogues : Consommation interdite. La genèse de la loi de 1970 sur les stupéfiants.* Paris, l'Harmattan, 1996 (Logiques Sociales, Déviance/Cesdip), 252 p.
- BESNARD M., Note relative à l'injonction thérapeutique, in *J. Med. Leg. Droit Med.* 1990, vol 1, n° 1, pp. 37-40.
- CABALLERO F., *Droit de la drogue*, Paris, Dalloz, 1989, 416 p.
- COMBREDET P., L'enquête «Toxicomanie » auprès des établissements, in *Revue Française des Affaires Sociales*, numéro supplémentaire « La Drogue », avril 1981.
- CONSEIL DE L'EUROPE. GROUPE POMPIDOU. Demand reduction and the criminal justice system: with particular emphasis on alternatives measures to criminal proceedings and imprisonment for drug offences. Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou group), Strasbourg, 25 Juillet 1996 / P-PG\Crimjus (96) 2, 77 p.
- COSTES J.M., LE FAOU A.L., Profil des toxicomanes soignés, évolution 1983-1985, in *La Toxicomanie*, Cahiers Statistiques Solidarité Santé, n° 15, La Documentation Française, 1988.
- D.G.L.D.T., Rapport sur l'activité interministérielle en 1995, Paris, 1997, 155 p.
- DORN N., Toxicomanes et policiers : analyse d'un programme britannique, in OGIEN A. et MIGNON P., *La demande sociale de drogues*, La Documentation Française, Paris, 1994, pp. 201-212.
- FACY F., Description de l'activité des services chargés notamment du suivi des mesures d'injonction thérapeutique, 1989-1990, Le Vésinet, INSERM, 1991, 41 p.
- GORTAIS J., PEREZ-DIAZ C., Stupéfiants et justice pénale, enquête pour l'année 1981, SEPC, 1983 (Etudes et Données pénales, n° 43), 91 p. + annexes 109 p.
- GOSTIN L.O., Compulsory treatment for drug dependent persons: justifications for a public health approach to drug dependency, in BAYER R. et OPPENHEIMER G.M., *Drug policy: illicit drugs in a free society*, New-York, Cambridge Univ.press, 1993, p.258-290
- HERS D., Le toxicomane entre la justice et l'hôpital, in *Revue de Droit Pénal et de Criminologie*, vol. 70, n° 4, 1990, pp. 359-361.
- IGAS, Rapport sur la protection sociale des toxicomanes, 1989, 60 p.
- KOUCHNER B., MAURICE R., Santé publique et toxicomanie, in *Administration*, numéro 158, 1993, pp. 135-136
- LEROY B., Etude comparative des législations européennes face à l'usage de stupéfiants en 1996, Vienne, PNUCID, 1996, 11 p.
- LEUKEFELD C.G., TIMS F.M., Compulsory treatment for drug abuse, in *Internat. J. of addictions*, 1990, n° 25, p.621-640
- OEDT (Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies), Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'union européenne, Lisbonne, 1996, p.92-98
- PADIEU R., L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies, INSEE, 2 tomes, 1990.
- RABORD M., L'injonction thérapeutique, in *Echanges Santé-Social* n° 81, mars 1996, pp.49-50.
- ROBERT Ph., AUBUSSON DE CAVARLAY B., POTTIER M.L., TOURNIER P., *Les comptes du crime*, Paris, L'Harmattan, 1994.
- SABATINI J., « L'injonction thérapeutique est-elle, sur le fond, de nature thérapeutique ? », *J. Med. Leg. Droit Med.* Vol 33, n° 1, 1990, pp. 57-61.
- SAGANT V., Bilan de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique, Ministère de la Justice, janvier 1997, 95 p.
- SIMMAT-DURAND L., Les obligations de soins aux toxicomanes en France : cadre législatif, évolution réglementaire et statistique, in *Psychotropes*, Masson, 1997 (à paraître)
- SIMON F., MELGRANI L., Rapport d'activité 1995, Service des Injonctions Thérapeutiques, DDASS 92
- TIMBART O., Les condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, Ministère de la Justice, 1995, 112 p. (Etudes et statistiques justice).
- VACARIE M., Action de la direction des affaires sanitaires et sociales de Paris, Paris, Comité Départemental de lutte contre la toxicomanie, séance du 6 décembre 1993, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, 28 p.