



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales

Promotion 2000-2002

Date du Jury : **2002**

LES ALTERNATIVES AUX POURSUITES JUDICAIRES DES TOXICOMANES

Analyse du dispositif mis en place par la DDASS des Yvelines

Raphaël SODINI

Sommaire

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>1- PRÉSENTATION DU CADRE REGLEMENTAIRE ET DE SA MISE EN ŒUVRE SUR LE DÉPARTEMENT DES YVELINES</u>	5
<u>1.1 Les alternatives aux poursuites judiciaires des toxicomanes</u>	5
<u>1.1.1 La loi de 1970</u>	6
<u>1.1.1.1 Les dispositions pénales de la loi de 1970</u>	7
<u>1.1.1.2 La place des alternatives aux poursuites dans la loi de 1970</u>	9
<u>1.1.2 La difficile mise en œuvre des injonctions thérapeutiques</u>	10
<u>1.1.3 La diversification des alternatives aux poursuites : la circulaire du 17 juin 1999</u>	13
<u>1.2 La mise en œuvre de ce dispositif par la DDASS des Yvelines</u>	17
<u>1.2.1 La situation de départ : une insatisfaction quant à la qualité et à la quantité des orientations proposées</u>	17
<u>1.2.2 Le mandatement d'une association extérieure à la DDASS</u>	19
<u>1.2.3 Les procédures d'orientation</u>	21
<u>1.2.3.1 Le choix de deux procédures distinctes</u>	22
<u>1.2.3.1.1 Présentation de ces procédures</u>	22
<u>1.2.3.1.2 Caractéristiques de ces procédures d'orientation</u>	25
<u>1.2.3.2 Le financement de la structure d'orientation</u>	28

<u>2- ANALYSE DU PUBLIC VISE ET DES ORIENTATIONS RÉALISÉES DANS LE CADRE DE CE DISPOSITIF</u>	31
<u>2.1 La sélection du public par les services de police et par le Procureur de la République</u> ...	31
<u>2.1.1 Les services de police</u>	32
<u>2.1.1.1 L'interpellation des usagers de drogue et ses suites</u>	32
<u>2.1.1.2 La perception du dispositif mis en place dans le cadre de la circulaire de 1999</u>	36
<u>2.1.2 Le Procureur de la République</u>	38
<u>2.1.2.1 La qualification d'usage simple</u>	38
<u>2.1.2.2 Les suites à l'infraction d'usage</u>	40
<u>2.1.2.2.1 Le classement sans suite ou avec avertissement</u>	40
<u>2.1.2.2.2 Les alternatives sanitaires</u>	41
<u>2.1.2.2.3 Les poursuites pénales</u>	42
<u>2.2 Les orientations réalisées</u>	45
<u>2.2.1 Les centres de soins pour toxicomanes</u>	45
<u>2.2.1.1 La prise en charge des usagers dans le cadre de l'injonction thérapeutique</u>	46
<u>2.2.1.2 La prise en charge des usagers dans le cadre du classement avec orientation</u>	47
<u>2.2.2 La nécessité de diversifier les orientations ?</u>	51
<u>2.2.3 La nécessité d'orienter ?</u>	52
<u>2.3 La fin de la mesure</u>	54
<u>CONCLUSION</u>	56
<u>1) Une amélioration qualitative et quantitative du dispositif d'alternative aux poursuites judiciaires des toxicomanes</u>	56
<u>2) Des possibilités de perfectionnement du dispositif</u>	58
<u>3) Un cadre légal adapté ?</u>	60

Liste des sigles utilisés

CEDAT	Centre Départemental d'Aide aux Toxicomanes
C.O.	Classement avec Orientation
CSST	Centre de soins spécialisés pour toxicomanes
D.D.A.S.S	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
I.T	Injonction Thérapeutique
I.P.T	Information Prévention Toxicomanie
P.O.S.S	Permanence d'Orientation Sanitaire et Sociale
V.I.H	Virus de l'Immunodéficience Humaine
V.H.C	Virus de l'Hépatite C

INTRODUCTION

Depuis le vote de la loi du 31 décembre 1970¹, qui trace les contours du droit positif concernant la lutte contre la toxicomanie, les dispositions nationales en matière d'usage de produits classés comme stupéfiants sont caractérisées par la volonté de marier une répression de principe de la consommation de ces produits à la nécessaire prise en charge sanitaire des usagers. Le droit de la drogue est ainsi caractérisé en France par une double conception de l'usager de produits stupéfiants : celui-ci est à la fois « usager délinquant », auteur d'une infraction punie à l'article L-3421-1 du Code de la Santé Publique d'un an d'emprisonnement et de 25.000 F d'amende et « usager malade »², victime de sa consommation et auquel la société doit offrir une réponse et une prise en charge adaptées. L'article L-3411-1 du Code de la Santé Publique rappelle à ce titre le principe général qui est qu'une personne « *usant d'une façon illicite de substances ou de plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire* ». La loi du 31 décembre 1970 répond ainsi au « *double souci de considérer les intoxiqués comme des malades et de renforcer les peines contre les trafiquants de drogue*³. »

Le dispositif dont il sera question ici se situe précisément à la rencontre entre ces deux conceptions de l'usager de produits stupéfiants : il s'agit de la prise en charge par un dispositif sanitaire ou social d'un usager de drogues, proposée par un représentant de l'ordre répressif en contrepartie d'un arrêt des poursuites pénales à l'encontre de cet usager. Il s'agit donc d'une alternative sanitaire ou sociale à une poursuite judiciaire proposée à l'usager de stupéfiants. La plus ancienne de ces mesures, et la seule pratiquée dans de nombreux départements, est l'injonction thérapeutique et les Directions Départementales

¹ 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 des substances vénéneuses, ci-après loi de 1970. Cette loi fera l'objet d'une présentation plus complète en première partie.

² Sur cette distinction on se référera notamment à Y. BISIQUO et F. CABALLERO, *droit de la drogue*, Dalloz, 2000, pp538 ss.

³ Circulaire DGS/1200/MSI du 25 Juillet 1972 relative à l'organisation sanitaire de la lutte contre les toxicomanies, non parue au JO, BO santé 1972, N°35, citée par L. SIMMAT-DURAND, *La lutte contre la toxicomanie, de la législation à la réglementation*, l'Harmattan, logiques sociales, 2000, p.55 note 112.

des Affaires Sanitaires et Sociales sont compétentes pour assurer l'orientation de l'utilisateur dans ce cadre⁴.

Il faut ici veiller à distinguer ces mesures qui offrent à un usager de drogue la possibilité d'une véritable alternative aux poursuites pénales des mesures qui se situent en aval dans le cadre même des poursuites judiciaires (notamment le sursis avec obligation de soins). Ces dernières mesures ne seront pas étudiées ici, d'une part parce qu'elles relèvent d'une logique différente et ne sont pas en tout point assimilables aux alternatives aux poursuites, d'autre part et surtout parce ces obligations de soins relèvent pour leur mise en œuvre des services pénitentiaires et judiciaires.

Cette étude portera plus directement sur la procédure d'orientation dans le cadre des alternatives aux poursuites judiciaires existant depuis deux ans sur le département des Yvelines. La DDASS des Yvelines a en effet entièrement revu son dispositif de mise en œuvre des alternatives sanitaires aux poursuites judiciaires des toxicomanes en 1999, en s'appuyant sur les dernières préconisations de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Dépendances, et notamment sur la circulaire du ministère de la justice en date du 20 juin 1999. Ce texte prévoit, ainsi que nous le verrons, une diversification des alternatives sanitaires (avec l'introduction du classement avec orientation), assigne à ces mesures des objectifs de prévention des dépendances et de réduction des risques, et réserve l'injonction thérapeutique aux seuls usagers dépendants.

Le département des Yvelines présente l'avantage, dans le cadre de cette étude, de constituer un lieu de référence suffisamment diversifié : bien que très urbanisé⁵, il comporte une importante zone rurale, notamment au sud ; bien que connu pour sa situation enviable d'un point de vue économique et social, le département connaît des poches de pauvreté assez importantes (Mantes la Jolie, Trappes, Les Mureaux...). Du point de vue de la consommation de drogue relevée sur le territoire de ce département, une enquête réalisée en 1998 à la demande de la DDASS⁶ concluait à une banalisation de l'usage de cannabis et au développement d'une poly-consommation de substances addictives (tabac, alcool, cannabis) chez les jeunes⁷, ce qui est conforme aux évolutions franciliennes et nationales.

⁴ Voir notamment les articles L.3413-1 et suivants du CSP.

⁵ Avec une densité moyenne de 572 habitants au km².

⁶ Enquête réalisée par la société Eval, Dr C GRANON et Dr Y. CHARPAK, Toxicomanie dans les Yvelines, état des lieux, Février 1998.

⁷ Une enquête récente de l'ORS confirme cette idée : en Ile-de-France, 11,3% des jeunes consomment régulièrement alcool, tabac et cannabis, ce qui est supérieur au chiffre constaté en province. Voir : ORS Ile de France, *Conduites à risques chez les jeunes de 12 à 19 ans en Ile de France*, Mars 2000.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il convient d'observer que ces mesures d'alternatives sanitaires, et notamment la plus connue, l'injonction thérapeutique, sont l'objet de critiques récurrentes et au centre même d'une certaine polémique qui s'inscrit dans le cadre des débats actuels plus généraux sur la pertinence de la loi de 1970⁸. Il convient à ce sujet de relever que l'injonction thérapeutique est critiquée tant par les détracteurs de la loi de 1970 que par certains partisans du maintien d'une pénalisation de l'usage.

L'injonction thérapeutique est d'abord critiquée parce qu'elle serait inefficace dans la mesure où il est impossible de soigner une personne dans le cadre d'une mesure de contrainte. De manière moins maximaliste mais dans le même sens, l'injonction thérapeutique est critiquée pour son inefficience : son coût serait excessif, prohibitif, par rapport à ses avantages négligeables en terme de santé publique. Le Conseil National du Sida⁹ note à cet égard : « *la déperdition des usagers est telle que l'ampleur des moyens dégagés (12 millions de francs en 1997) pour la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique pourrait sembler disproportionnée au regard de son effectivité* ». En outre le fondement moral des alternatives aux poursuites judiciaires (la nécessaire abstinence) fait également l'objet de critiques et leur assise scientifique (l'égale dangerosité des produits stupéfiants) est fortement remise en cause, notamment suite à la parution du rapport du Pr. Roques¹⁰.

Il est également fait grief aux mesures d'alternatives sanitaires de brouiller quelque peu le principe de l'interdit posé par la loi de 1970 en exonérant une personne de sanction sans, dans le même temps, pouvoir exiger et contrôler l'efficacité de la prise en charge sanitaire. Les alternatives aux poursuites judiciaires seraient à ce titre non seulement inefficaces, mais également dangereuses, en ce sens qu'elles permettraient à de nombreux usagers de produits stupéfiants de contourner à bon compte l'interdit posé par la loi de 1970.

Parce qu'elle s'inscrit dans un cadre normatif récemment réformé et cependant toujours remis en cause, cette étude aura un double objectif.

D'une part, cette étude peut permettre d'analyser, deux ans après avoir été initié par la DDASS des Yvelines, le nouveau dispositif d'alternatives aux poursuites judiciaires des toxicomanes inscrit dans le plan de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues

⁸ Voir notamment le rapport du Conseil National du SIDA : *les risques liés aux usages de drogue comme enjeu de santé publique : proposition pour une reformulation du cadre législatif*, 21 juin 2001, p.55 et suivantes.

⁹ *Idem*, p57.

¹⁰ Ce rapport est en effet connu pour avoir mis en évidence le fait que le statut légal d'une substance psychoactive n'avait que peu à voir avec sa dangerosité sanitaire ou sociale.

et la Toxicomanie et repris par la circulaire du 20 juin 1999 du Ministère de la Justice. Cette étude sera ainsi l'occasion de voir quelle a été la déclinaison locale de la dernière circulaire du Ministère de la Justice, quelle compréhension ont eu les acteurs locaux des nouvelles finalités attribuées aux alternatives sanitaires et notamment de la nouvelle procédure de classement avec orientation.

D'autre part, cette étude peut, dans le cadre plus général des débats actuels sur la pertinence du maintien de la prohibition de l'usage des produits stupéfiants, être une illustration des vertus et limites des dispositions de la loi de 1970. S'il n'est pas question de recourir à une évaluation au sens plein du terme du dispositif mis en place par la DDASS des Yvelines, il sera néanmoins intéressant de voir comment les différents acteurs (judiciaires, sanitaires) gèrent le dispositif légal existant et quelles satisfactions et insatisfactions ils en retirent.

Ces différents points qui guideront notre réflexion seront traités au travers de deux parties :

- une première partie portera sur le dispositif des alternatives sanitaires aux poursuites judiciaires des usagers de drogue : d'une part le dispositif légal national tel qu'il résulte notamment de la loi du 31 décembre 1970 et de la circulaire du 23 juin 1999, d'autre part, sa déclinaison locale, telle qu'elle résulte notamment de la convention départementale d'objectifs de lutte contre la toxicomanie en date du 17 novembre 1999 ;
- une seconde partie portera plus spécifiquement sur les orientations effectuées dans le cadre de ce nouveau dispositif. Il s'agira de voir ici le fonctionnement au quotidien du dispositif et les relations entre les différentes autorités (policières, judiciaires, sanitaires et sociales).

C'est au vu de ces deux premières parties que sera effectué un bilan de l'action entreprise dans le département des Yvelines sous le contrôle notamment du pôle santé publique de la DDASS, et que des préconisations éventuelles quant à l'évolution de ce dispositif pourront être élaborées.

1 - PRESENTATION DU CADRE REGLEMENTAIRE ET DE SA MISE EN ŒUVRE SUR LE DEPARTEMENT DES YVELINES

L'objet de cette première partie sera de voir quelle traduction en terme de dispositif sur le département des Yvelines a été donné aux nouvelles orientations en matière d'alternatives sanitaires préconisées par la MILDT dans son plan triennal 2000-2001.

Cette interrogation nécessitera une mise en perspective historique des alternatives aux poursuites judiciaires et un remplacement de ces mesures dans leur contexte juridique avant de voir quelle traduction institutionnelle ont été données par la DDASS des Yvelines

1.1 LES ALTERNATIVES AUX POURSUITES JUDICIAIRES DES TOXICOMANES

La politique française en matière de produits classés comme stupéfiants¹¹ a été définie, et repose encore entièrement aujourd'hui sur la loi du 31 décembre 1970 dont les dispositions relatives à l'usage de ces produits n'ont pas été modifiées. Ce texte a fait l'objet d'adaptations régulières pour sa mise en œuvre, dans le cadre de circulaires gouvernementales.

Il convient de noter que cette loi n'est pas la première disposition qui se fixe pour objectif de lutter contre la consommation de substances vénéneuses ou stupéfiantes. Si on peut faire remonter l'historique des dispositions de ce type à l'ordonnance de Louis XIV datant de 1682 et réglementant le commerce des substances vénéneuses¹², c'est sans doute dans la loi du 12 juillet 1916 qui vise à lutter contre la consommation d'opium, de cocaïne et d'absinthe¹³, que l'on retrouve l'esprit de la législation actuelle : cette loi pose en effet pour la première fois le principe de la prohibition de la consommation de certaines substances en société.

L'idée d'une prise en charge sanitaire des usagers de drogue n'allait trouver, quant à elle, une traduction que plus tardivement, dans la loi du 24 décembre 1953 qui prévoit que les

¹¹ La liste de ces substances est donnée par l'arrêté du 22 février 1990 modifié fixant la liste des produits classés comme stupéfiants.

¹² Voir L.Simmat-Durand, précitée note 3, p.11.

¹³ Notons que cette loi fut déjà critiquée en son temps : voir l'apostrophe d'Antonin Artaud, *Lettre à Monsieur le législateur de la Loi sur les stupéfiants* : « Monsieur le législateur de la loi de 1916 agrémentée du décret de juillet 1917 sur les stupéfiants, tu es un con... », in *L'ombilic des limbes*, NRF Gallimard, 1979, p.68, cité par Y. BISIQU et F. CABALLERO, ouvrage précité note 2, pp.543-544.

personnes reconnues comme faisant usage de stupéfiants et inculpées par un juge d'instruction peuvent être astreintes à subir une cure de désintoxication.

On retrouve ici, pour la première fois en droit positif, un recoupement de dispositions pénales et sanitaires concernant la prise en charge des usagers de drogue. Mais c'est la loi du 31 décembre 1970 qui va mettre en place pour la première fois une véritable alternative aux poursuites judiciaires que l'on retrouve aujourd'hui aux articles L.3423-1 et L.3413-1 à 3413-3 du Code de la Santé Publique.

1.1.1 La loi de 1970

Il convient, pour ne pas trahir l'esprit de la loi de 1970, d'observer qu'elle est le produit d'un compromis entre l'interdiction de principe des produits classés comme stupéfiants, souhaitée par une grande partie de l'opinion publique et par les services répressifs - dans un contexte international favorable à une lutte active contre les drogues¹⁴ - et la nécessaire prise en charge sanitaire des personnes toxicomanes.

Cette loi contient ainsi un certain nombre de dispositions sanitaires d'importance, puisqu'elle pose notamment le principe d'une prise en charge gratuite par l'autorité sanitaire, en l'occurrence la DDASS, des toxicomanes, dans des établissements spécialisés, avec ou sans hébergement. Ces établissements deviendront les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes dont le régime a fait l'objet d'une révision globale en 1992¹⁵.

Mais cette loi se caractérise avant tout, et c'est en ce sens qu'elle a marqué les esprits, par des dispositions répressives dans le cadre desquelles s'inscrit pour le juge la possibilité de recourir à des alternatives sanitaires.

L'analyse des dispositions répressives du texte de 1970 est nécessaire à la compréhension du cadre d'intervention de la DDASS dans la mise en œuvre des alternatives aux poursuites. Les dispositions pénales de ce texte feront donc l'objet d'un point spécifique, avant que ne soit traitée la place des alternatives sanitaires dans le texte de 1970.

¹⁴ Voir Laurence SIMMAT –DURAND évoque un « *contexte international de guerre à la drogue* », en faisant notamment allusion à la convention unique sur les stupéfiants de 1961, entrée en vigueur en France le 2 mai 1969. Voir Laurence SIMMAT –DURAND, ouvrage précité, note 3.

¹⁵ Voir à ce sujet notamment le décret du 29 juin 1992 relatif aux Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes, JO du 2 Juillet 1992.

1.1.1.1 Les dispositions pénales de la loi de 1970

Au plan pénal, la première caractéristique de la loi de 1970 est qu'elle pose le principe d'une interdiction générale de l'usage de tout produit stupéfiant. Ainsi, pour la première fois en droit français, et contrairement à la loi de 1916, ce n'est plus seulement l'usage en société ou la détention de produits classés comme stupéfiants, mais toute absorption intentionnelle, même solitaire et au domicile privé de l'utilisateur qui est proscrite. Notons cependant que n'est prohibé, au titre de l'article L-3421-1 du Code de la Santé Publique, que l'usage illicite de produits stupéfiants : l'usage de ces produits dans le cadre d'un traitement médical de substitution ou de limitation de la douleur est bien évidemment parfaitement légal.

Cette prohibition de principe de l'usage de produits stupéfiants est, depuis l'adoption de la loi, l'objet de vives contestations tenant à la fois à l'efficacité d'un point de vue de santé publique de cette interdiction et aussi à la constitutionnalité, en droit français, de l'article L-3421-1 du Code de la Santé Publique. Ainsi que le notent Francis CABALLERO et Yann BISIQU, « *le fait de pénaliser ce type de comportement porte atteinte à plusieurs libertés fondamentales : droit de faire ce qui ne nuit pas à autrui, droit de chacun sur son propre corps, droit à l'inviolabilité du domicile, bref la liberté prise dans ses composantes les plus essentielles*¹⁶.» Or, selon ces auteurs, on peut s'interroger sur le fait de savoir si les limitations apportées à ces libertés étaient nécessaires et proportionnelles à la gravité de l'acte. Dans la mesure où cette loi n'a jamais été portée à la connaissance du Conseil Constitutionnel¹⁷, les doutes exprimés sur sa légalité ne peuvent être totalement levés¹⁸.

La seconde caractéristique des dispositions pénales concernant l'usage de stupéfiants contenues dans la loi de 1970 modifiée tient en la grande imprécision de ce texte, ce qui laisse une importante marge de manœuvre tant au pouvoir exécutif, par le biais de l'édiction de circulaires, qu'aux acteurs de terrain (police, justice services sanitaires et sociaux).

En effet, on peut relever, d'une part, que l'interdiction de l'usage de stupéfiants posée par l'article L-3421-1 est une règle générale, qui s'applique quel que soit le produit et sans référence à une quantité minimale en deçà de laquelle des poursuites ne seraient pas pertinentes. Cette règle n'étant ni justifiable d'un strict point de vue de santé publique, ni

¹⁶ Voir Y. BISIQU et F. CABALLERO, ouvrage précité note 2, pp. 547 et suivantes.

¹⁷ Elle est en effet antérieure à l'extension du bloc de constitutionnalité aux grandes libertés et à la possibilité de saisine du Conseil par 60 députés et sénateurs.

¹⁸ La Cour Européenne des Droits de l'Homme n'a, pour l'instant, pas remis en cause les dispositions de la loi de 1970. Il semble cependant qu'un emprisonnement pour simple fait d'usage de stupéfiants serait susceptible d'être sanctionné au titre de l'article 5-1 e) de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, voir CEDH Bizzotto c. Grèce, 15 nov. 1996, annuaire CEDH vol. 39, 1996, n°28, p.260.

applicable sur le terrain, elle a été mise en œuvre de manière différenciée tant dans l'espace, en fonction de la problématique toxicomane de chaque territoire et de la personnalité des acteurs locaux, que dans le temps, en fonction des évolutions politiques en matière de lutte contre la toxicomanie. Ainsi, on peut notamment observer qu'une circulaire du Ministère de la Justice, en date du 17 mai 1978 proposait, sur la base du rapport Pelletier, une procédure allégée pour les usagers de cannabis avec une simple mise en garde effectuée sans autre suite par les services de police. Cette procédure, justifiée notamment par la banalisation de l'usage de cannabis, aboutissait à la fois à une dépénalisation de fait de l'usage de cannabis, qui a été largement remise en cause par la suite, et à une absence d'orientation sanitaire de ces usagers par la police ou la justice.

D'autre part, l'absence de clarté de la loi de 1970 modifiée transparait également à travers la diversité des qualifications qui peuvent être appliquées, à la discrétion du Procureur, au même usage de produit stupéfiant. Ainsi, l'usager de produits classés comme stupéfiants peut, comme nous l'avons mentionné, être poursuivi au titre de l'article L- 3421-1 du Code de la Santé Publique pour usage illicite : il est dans ce cadre passible d'un an d'emprisonnement et de 50.000F d'amende. Le Procureur peut cependant décider de classer sans suite le dossier ou de proposer à l'intéressé une orientation sanitaire en échange d'un arrêt des poursuites à son encontre. Mais ce même usager pourra également être poursuivi au titre de l'article L-222-37 alinéa 1^{er} du Nouveau Code Pénal qui punit de dix ans d'emprisonnement et de 50.000.000F d'amende le transport, la détention, l'offre, la cession l'acquisition ou l'emploi illicite de stupéfiants, dans le cadre d'un trafic¹⁹.

Or, il n'y a pas de différence clairement établie entre ces textes. Certes, l'un vise l'usage simple, l'autre vise la détention dans le cadre d'un trafic. Mais, comme l'a indiqué la Cour de Cassation, tout usage de produits stupéfiants suppose « *nécessairement la détention de la marchandise prohibée*²⁰ » de sorte, qu'en pratique, la qualification selon l'un ou l'autre des articles (usage ou détention) dépendra de circonstances locales ou d'éléments propres à la personnalité de la personne interpellée (qualité de son insertion sociale, antécédents d'interpellation pour usage ou détention). Certes, une circulaire du garde des Sceaux du 30 mars 1973 établit que la détention de stupéfiants pour usage personnel doit être assimilée à de l'usage, et que les « *condamnations prononcées pour détention et infraction à l'article [L-*

¹⁹ Il pourra également être poursuivi au titre de l'article 222-36 1er alinéa du NCP qui punit l'importation de produits classés comme stupéfiants de 10 ans d'emprisonnement et de 50.000.000F d'amendes s'il a acheté le produit illicite à l'étranger, ou au titre de 222-35 alinéa 1er qui punit la production de 20 ans de réclusion criminelle et 50.000.000F d'amende, si le produit a été produit par l'usager (cas fréquent chez les usagers de cannabis).

222-37 al 1^{er} du Nouveau Code Pénal – ex-article L.627] à l'égard de personnes trouvées en possession de quantités négligeables de stupéfiants » constituent des « errements » qui « ne doivent plus être suivis à l'avenir. » Mais il n'existe pas de référence légale à ce qui pourrait constituer une quantité négligeable de stupéfiants, ou de critères objectifs permettant de différencier un usage personnel ou une détention au sens de l'article L-222-37 alinéa 1^{er} du NCP.

Cette existence d'un concours de qualification est particulièrement problématique et nuit à l'uniformisation des traitements concernant notamment le cas des usagers revendeurs, qui constituent une part importante des usagers de drogue. Une circulaire de 1987 prévoit que les parquets doivent privilégier la poursuite de ces usagers sur le fondement de l'article L-222-37 al 1^{er} du Nouveau Code Pénal, ce qui exclut la mise en œuvre d'une alternative aux poursuites. Mais la notion d'usager-revendeur n'est pas précisément établie et il n'existe notamment pas, comme dans d'autres pays, de quantité de produits stupéfiants au delà de laquelle la fonction de revendeur primerait sur celle d'usager. De ce fait, la qualification d'usage ou la recherche d'une autre qualification (détention, cession, importation voire production) dépend en pratique dans une large mesure de la politique pénale de chaque parquet voire de chaque commissariat.

1.1.1.2 La place des alternatives aux poursuites dans la loi de 1970

Ces éléments pourraient paraître marginaux dans le cadre de l'étude qui nous intéresse. C'est en fait un point essentiel qui vient d'être vu ici, dans la mesure où il ne peut y avoir une alternative sanitaire aux poursuites judiciaires des usagers de drogue que s'ils sont poursuivis au titre de l'article L- 3421-1 du Code de la Santé Publique, c'est à dire en tant qu'usagers simples. Pour toutes les autres qualifications, qui sont, ainsi que nous venons de le voir, parfois concurrentes, la mise en œuvre d'alternatives aux poursuites est impossible. Certes, la mise en place d'obligations de soin reste possible, mais uniquement dans le cadre de la procédure pénale, soit dans le cadre de l'instruction, soit lors du jugement ; il s'agit alors de mesures différentes, pour lesquelles la DDASS n'est pas compétente.

La politique retenue par le Procureur et par les différents services de police en matière de qualification des usages de stupéfiants est d'une importance capitale pour l'étude de la mise en œuvre des alternatives aux poursuites. Dans un rapport récent édité par l'OFDT, il est notamment noté à cet égard : « *la façon dont est établie la frontière entre le simple usager et*

²⁰ Crim, 24 mars 1978, Lexis. Cité par Y. BISIQUO et F. CABALERO, ouvrage précité note 2, pp. 559.

celui soupçonné de se livrer à des transactions ou détenant un produit illicite (...) pèse lourdement sur la définition du public cible de l'injonction thérapeutique. (...) Pour certains Procureurs de la République, l'usager simple d'héroïne n'existe pas (...) pour la simple raison qu'ils ne peuvent pas exister ! (...) Leur vision est fondée sur une représentation de l'usager d'héroïne dépendant, aux ressources limitées et contraint à assurer son approvisionnement en participant au fonctionnement du marché. Bref, un usager d'héroïne ne serait toujours et de quelque façon un dealer [ce qui conduit le Procureur] à ne prononcer aucune injonction thérapeutique.²¹»

Il a été fréquemment observé que la politique suivie par chaque parquet variait largement d'un territoire à un autre à une même époque. On a notamment pu observer que l'injonction thérapeutique et les alternatives aux poursuites sont très répandues dans les zones urbaines, et nettement moins connues en zones rurales, ce qui signifie en creux que le risque judiciaire est plus important pour les usagers dans ces zones. D'une manière générale, les alternatives aux poursuites judiciaires des toxicomanes, et plus spécifiquement, l'injonction thérapeutiques sont très inégalement mises en œuvre sur le territoire national²².

Dans le même ordre d'idée, il convient de noter que les alternatives aux poursuites ont considérablement évolué au gré des plans de relance de la lutte contre la toxicomanie et que l'injonction thérapeutique, notamment, a connu une mise en œuvre difficile de 1970 à 1999.

1.1.2 La difficile mise en œuvre des injonctions thérapeutiques

Les injonctions thérapeutiques ont longtemps constitué la seule alternative sanitaire ou sociale aux poursuites judiciaires des toxicomanes²³. Cette mesure est prévue dès le vote de la loi de 1970 et est actuellement codifiée aux articles L-3423-3 et L-3413-1 à 3²⁴. Elle est susceptible de concerner tout usager de drogue interpellé par les services de police pour usage de stupéfiants : le Procureur peut proposer à cette personne, en échange d'un arrêt des poursuites judiciaires à son encontre, un traitement médical dont la mise en œuvre est assurée par la DDASS. Ce choix de recourir à l'injonction thérapeutique est laissé à la discrétion du magistrat. C'est à la DDASS que revient ensuite la tâche de mettre en contact

²¹ Voir *L'injonction thérapeutique : évolution du dispositif légal de prise en charge des usagers de drogues interpellés*, CNRS GAPP, Paris, OFDT, 159 p., août 2000

²² Voir à ce sujet, Laurence SIMMAT DURAND, Disparités régionales des injonctions thérapeutiques aux usagers de stupéfiants, *Santé Publique (SFSP)*, Septembre 2000, pp.405-418.

²³ Par alternative sanitaire ou sociale aux poursuites judiciaires des toxicomanes, il n'est question ici que des mesures qui prévoient une véritable orientation de l'usager de produits stupéfiants. Le classement du dossier avec rappel à la loi ou avertissement ne sera donc pas évoqué ici.

l'usager avec un médecin, de contrôler la mesure et de faire un retour au Parquet sur le suivi de l'IT. Il convient en effet de rappeler que l'injonction thérapeutique est une véritable obligation de soins, et que le Procureur a la possibilité et même, en théorie, le devoir, de reprendre les poursuites judiciaires à l'encontre de tout usager de drogues qui n'aurait pas suivi sa mesure d'injonction.

Cette double compétence nécessite que la mise en place de l'injonction thérapeutique soit effectuée dans un cadre partenarial associant au minimum le Parquet et la DDASS (il pourrait être élargi aux services de police et aux équipes soignantes du département). Cette nécessité d'un travail en partenariat a été rappelée par l'ensemble des circulaires depuis 1970, signe sans doute de la difficulté de sa mise en œuvre effective, et a été formalisée depuis 1993 - et particulièrement depuis 1999 - dans le cadre des conventions d'objectif justice-santé.

Si le texte instituant l'injonction thérapeutique n'a pas changé depuis 1970, il a fait l'objet de diverses circulaires d'adaptation.

De 1971 à 1986, le déroulement de l'injonction thérapeutique est clarifié et la répartition des rôles DDASS-Parquet est posée. Surtout, les possibilités de prise en charge dans le cadre de l'IT évoluent : à la seule cure de désintoxication prévue par le texte de 1970 s'ajoutent la possibilité de visites régulières chez un médecin ou une orientation sociale dans le cadre de l'IT. D'autre part, et dans la ligne du rapport Pelletier, la circulaire du 17 mai 1978 restreint l'IT aux usagers de « drogues dures » en considérant que par principe elle ne convient pas aux usagers de haschich.

Depuis la circulaire du 12 mai 1987, qui rompt avec la logique du rapport Pelletier et abroge les circulaires précédentes, toutes les politiques qui se sont succédées ont eu pour but de relancer l'injonction thérapeutique, notoirement sous-utilisée par les parquets. La circulaire de 1987 élargit ainsi le champ d'application de l'IT, qui est destinée à tout « *usager d'habitude présentant des signes d'intoxication ou reconnaissant se livrer régulièrement à la consommation de stupéfiants* », rompant ainsi avec la séparation entre drogues douces et dures. Cette référence faite à l'état dépendance et non au produit consommé ne sera pas remise en cause par la suite²⁵. Cette volonté d'élargir les possibilités d'un recours à l'IT sera

²⁴ Notons que le Code n'emploie pas le terme injonction thérapeutique qui n'apparaîtra pour la première fois que dans une circulaire de 1984.

²⁵ Dans le même sens, la circulaire du 28 avril 1995 sur l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique réserve cette mesure à « *tout usager d'héroïne ou de cocaïne et les gros consommateurs dépendants de cannabis ou qui associent la consommation de cannabis à celle d'autres produits.* »

renforcée par la circulaire du 28 avril 1995 qui élargit l'injonction thérapeutique aux usagers mineurs, aux usagers de drogues ayant déjà suivi, sans succès, une mesure d'injonction²⁶, ou aux usagers ayant commis une infraction connexe à l'usage de produits stupéfiants²⁷.

Parallèlement à cet élargissement relatif de l'injonction, la procédure d'orientation effectuée par la DDASS a été précisée, afin à la fois de garantir l'effectivité de l'orientation et d'harmoniser les pratiques. La DDASS est chargée, pour chaque injonction, de l'orientation de l'utilisateur et du suivi de cette mesure. L'orientation peut être effectuée par le Médecin Inspecteur de Santé Publique (s'il y a peu de mesures prononcées), ou par une cellule d'orientation composée de médecins vacataires. La prise en charge médicale du toxicomane peut être effectuée par le Médecin Inspecteur, par un praticien libéral ou par un dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes. Il doit s'articuler avec un suivi psychologique et social. La DDASS doit rendre compte à toutes les étapes de la procédure au Parquet du déroulement de la mesure.

Au cours de cette période, de 1987 à 1995, la volonté d'accroître le nombre d'injonctions thérapeutiques s'est manifestée de manière constante. Il convient de noter que cette politique n'a pas été inefficace puisque le nombre d'injonctions thérapeutiques a été multiplié par 4 de 1981 à 1995²⁸. Cette volonté s'explique par deux types de considérations :

- la première est bien sur d'ordre sanitaire et social : il va sans dire que la polyconsommation de produits psychoactifs constitue un grave problème de santé publique, et touche des jeunes, souvent très éloignés du soin et en situation de précarité. Pour ces personnes, une injonction thérapeutique peut être l'occasion d'un premier contact avec le système de soins ou l'amorce d'une prise en charge sociale.
- La seconde est de nature judiciaire et pénale, comme le reconnaît la circulaire du 8 avril 1995. L'importance prise par la consommation de produits classés comme stupéfiants rend difficile l'application stricte de la loi de 1970. Les services de police et de justice peuvent se trouver démunis face à la banalisation d'un comportement interdit et de ce fait difficile à réprimer. La mise en place d'une alternative sanitaire aux poursuites permet d'assurer qu'à « tout acte de délinquance corresponde une mesure appropriée » et, ce faisant, légitime l'interdiction de l'usage de produits stupéfiants posée par la loi de 1970.

²⁶ Mais dans ce cas, l'IT, même suivie, peut se cumuler avec des poursuites pénales. Il s'agit ici du rappel du texte de la loi de 1970, (article L-3423-1) qui prévoit que l'injonction thérapeutique n'entraîne une dispense de poursuites pénales de manière automatique que lors de son premier prononcé.

²⁷ Ce qui contredit les termes de la circulaire du 14 janvier 1993.

²⁸ De 2075 IT prononcée en 1981 à 8630 IT en 1995. Depuis cette date, le nombre d'injonctions semble stagner, ce qui relativise l'efficacité de la circulaire de 1995.

La généralisation de la mise en œuvre d'alternatives aux poursuites judiciaires des toxicomanes peut donc être, pour les pouvoirs publics, une occasion de sortir par le haut du débat sur la légitimité de l'interdiction de l'usage des produits classés comme stupéfiants. Cette perspective va être confirmée par les orientations de la MILDT et surtout par la circulaire de la Garde des Sceaux en date du 17 juin 1999.

1.1.3 La diversification des alternatives aux poursuites : la circulaire du 17 juin 1999.

C'est toujours dans le cadre de la loi de 1970 que va la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) va élaborer son plan d'action pour 1999-2001. Pourtant, ce cadre législatif avait fait l'objet de critiques renouvelées. La question de la pertinence en terme de santé publique de la distinction drogue licite et drogue illicite a été plus que jamais posée par le rapport Roques qui concluait que la classification pénale des substances ne recouvrait en rien leur dangerosité. Les derniers éléments statistiques publiés laissaient entrevoir une banalisation de la consommation de cannabis, ce qui était susceptible de renforcer l'idée de la non adéquation de la loi de 1970 par rapport aux pratiques rencontrées sur le terrain.

C'est dans ce contexte particulier que le plan de la MILDT pour 1999-2001 va être présenté par sa nouvelle présidente, avec d'emblée un changement d'objectif, puisque ce programme ne traite plus, comme ses prédécesseurs, de la lutte contre la toxicomanie, mais est devenu « plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances ». Sur la base notamment du rapport Roques, la MILDT marque ici sa volonté de traiter le problème de la dépendance en tant que tel, sans effectuer de distinction selon le statut légal de chaque produit.

Cette volonté de moins se focaliser sur le statut légal des produits trouve sa traduction dans les nouvelles mesures de relance des alternatives sanitaires aux poursuites judiciaires des toxicomanes qui sont détaillées dans le cadre de ce plan par une circulaire du Ministère de la Justice en date du 17 Juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies.

D'une part, il convient de noter que, pour la première fois, les alternatives aux poursuites des toxicomanes figurent dans le plan triennal au titre des actions de prévention, et non comme des mesures répressives, ce qui témoigne, en tout état de cause, d'une évolution des pouvoirs publics à leur égard. Ces mesures se voient assigner des objectifs de réduction de la consommation de drogue, mais aussi de prévention et de réduction des risques et

dommages sanitaires associés à cette consommation, ce qui offre un cadre d'action plus général.

D'autre part, et c'est le point le plus important, la circulaire du 17 juin 1999 met en place une diversification des alternatives aux poursuites et tente de faire correspondre chaque alternative à une problématique sanitaire ou sociale.

Ainsi, l'injonction thérapeutique, dont l'organisation générale n'est pas modifiée, « *s'adresse aux héroï nomanes et autres toxicomanes faisant un usage massif ou répété de produits illicites, le cas échéant, en associant plusieurs produits licites ou illicites, lorsqu'il apparaît nécessaire de leur imposer un cadre coercitif plus fort* ». Sans reprendre la distinction par produits posée par le rapport Pelletier, cette circulaire limite le champ de l'IT aux seuls comportements réellement toxicomanes en restreignant son champ à la seule prise en charge des usagers réellement dépendants.

Le classement avec avertissement (rappel solennel à la loi effectué soit par un officier de police, soit par une personne extérieure habilitée), déjà présent dans la circulaire de 1995 est mentionné également comme une possible alternative aux poursuites « *adaptée aux consommateurs occasionnels de produits stupéfiants, surtout de cannabis* » qui ne nécessitent pas de prise en charge sanitaire et pour qui des poursuites judiciaires seraient inadaptées²⁹.

Surtout, et c'est l'innovation essentielle de cette circulaire, il est prévu une troisième mesure, intermédiaire entre le classement avec avertissement et l'injonction thérapeutique qui est le classement avec orientation (CO). Il s'agit d'une mesure de classement du dossier de l'utilisateur de drogue, sans ouverture de poursuites judiciaires, mais avec une orientation sanitaire ou sociale proposée directement lors de l'interpellation par les services de police à la demande du Procureur. Cette mesure rentre dans le cadre des classements sous condition prévus par l'article 41-1 du Code de Procédure Pénale. Cet article dispose que le Procureur peut, préalablement à sa décision sur l'action publique, orienter l'auteur des faits répréhensibles vers une structure sanitaire, sociale ou professionnelle lorsqu'il lui apparaît qu'une telle mesure est de nature à « *mettre fin au trouble résultant de l'infraction* » ou « *à contribuer au reclassement de l'auteur des faits* ».

Concernant l'usage de stupéfiants, la circulaire du 17 juin 1999 dispose que cette orientation comme pour l'injonction thérapeutique est mise en œuvre par la DDASS.

Cette mesure vise « les usagers de substances psychoactives dont l'interpellation laisse paraître des difficultés d'ordre familial, médical, social, professionnel ou scolaire » ; il n'est pas d'ailleurs nécessaire que cette mesure soit mise en œuvre dans le cadre d'une procédure pour usage de stupéfiants : elle peut aussi viser des usagers interpellés dans un autre cadre (ivresse sur la voie publique, par exemple) mais qui ont des comportements addictifs marqués.

Cette mesure convient également, selon cette circulaire, aux usagers de drogues de synthèse (ecstasy...) qui consomment ces drogues de façon récréative sans avoir conscience des dangers de ces drogues : la finalité de cette mesure est alors d'offrir un message de prévention et de réduction des risques (limitation des overdoses et des séquelles psychologiques et physiques liées à la surconsommation de ces produits.). Elle est également adaptée, toujours selon le texte de 1999, aux usagers de drogues dures qui ne relèveraient pas de l'injonction thérapeutique.

Le spectre parcouru par cette énumération est vaste et vise tout ce que l'on pourrait regrouper sous l'item « consommations problématiques ou abusives » de produits stupéfiants, par opposition d'une part aux consommations purement récréatives qui ne posent pas de risques de dommages sanitaires et ne s'inscrivent pas sur une problématique psychologique ou sociale, et d'autre part aux conduites de dépendance qui relèvent plutôt de l'injonction thérapeutique. La hiérarchie des alternatives sanitaires reprend ici, peu ou prou, la distinction entre usager récréatif, usager abusif et usager dépendant.

Un point reste à examiner concernant le classement avec orientation : le Procureur peut-il, comme pour l'injonction thérapeutique, entamer des poursuites à l'encontre d'un usager qui ne satisferait pas à ses obligations dans le cadre d'un CO ? Dans quelle mesure l'orientation constitue-t-elle la condition du classement et, en fait, dans quelle mesure est-elle obligatoire ? Ici il convient de différencier le CO de l'IT. L'IT se situe dans le cadre de l'action publique, et si son respect entraîne automatiquement l'extinction de l'action publique³⁰, son non respect doit, en théorie, être sanctionné par des poursuites pénales. Le classement avec orientation est une mesure administrative préalable à l'action publique et qui suspend la prescription de celle-ci. Juridiquement, rien ne s'oppose à ce que le Procureur « ressorte » à

²⁹ Cette alternative aux poursuites sera peu vue ici, dans la mesure où la DDASS n'est évidemment pas chargée de sa mise en œuvre.

³⁰ Au moins, lors de son premier prononcé.

tout moment le dossier d'un usager ayant fait l'objet d'un tel classement, notamment s'il lui semble que la mesure n'est pas suivie³¹.

D'une manière générale, il faut retenir que, parce qu'il se situe préalablement à l'ouverture de l'action publique, le CO est une mesure plus souple, moins encadrée, moins solennelle – dans la mesure où elle est notifiée à l'usager par un officier de police sans que celui-ci soit convoqué devant le Procureur – et généralement moins contraignante que l'injonction thérapeutique. Néanmoins, tout va dépendre de la pratique du substitut en la matière. Il n'est pas exclu que certains substituts décideront d'engager des poursuites après un CO non suivi par l'usager ; à l'inverse, il arrive couramment que des Procureurs ne poursuivent pas un usager qui n'a pas satisfait aux obligations découlant d'une mesure d'injonction thérapeutique.

En conclusion de ce premier point, il convient de noter que le cadre normatif et, peut-être plus encore l'esprit des mesures alternatives aux poursuites judiciaires des usagers de drogue, a été considérablement modifié par la circulaire du 17 juin 1999. En effet, celle-ci a développé trois types d'alternatives qui correspondent chacune à trois relations différentes de l'usager au produit : pour les usagers récréatifs, un simple rappel à la loi est nécessaire. Pour les usagers ayant une consommation abusive ou nocive, un classement avec orientation semble pertinent. L'injonction thérapeutique doit, elle, être réservée aux usagers dépendants.

On assiste donc avec cette circulaire à une volonté de privilégier une approche nettement plus sanitaire des alternatives aux poursuites judiciaires des toxicomanes, et à une tentative d'inscrire ces mesures dans une logique moins répressive, avec le développement de mesures se situant avant l'ouverture de l'action publique.

C'est dans le cadre de ces mesures renouvelées que la DDASS des Yvelines, a eu, à revoir de fond en comble sa procédure d'orientation sanitaire et sociale des toxicomanes sous main de justice.

³¹ Encore faut-il que le Procureur soit alors informé par la DDASS du nombre d'usagers ayant suivi leur orientation. La circulaire du 17 juin 1999 prévoit que la DDASS doit informer le Parquet des orientations effectuées par ces services dans le cadre du CO, mais que ces informations doivent être transmises de façon non nominative - ce qui, en pratique, revient à exclure toute poursuite à l'encontre d'un usager qui ne se rendrait pas aux orientations proposées. La circulaire prend donc note du fait que, même si le CO est une mesure « *de classement sous la condition que les usagers aient un entretien d'orientation médico-sociale* » comme l'a indiqué la DGS dans une note du 17 juillet 1999, en pratique, il est rare que les Procureurs aillent rouvrir un dossier

1.2 LA MISE EN ŒUVRE DE CE DISPOSITIF PAR LA DDASS DES YVELINES

1.2.1 La situation de départ : une insatisfaction quant à la qualité et à la quantité des orientations proposées

La circulaire du 17 juin 1999 et le plan triennal de la MILDT 1999-2001 ont été rendus publics à une époque où la procédure retenue par la DDASS des Yvelines pour la mise en œuvre des injonctions thérapeutiques donnait très peu de satisfaction, tant à la DDASS qu'aux partenaires extérieurs (substitut du Procureur chargé des stupéfiants, partenaires chargés du soin aux toxicomanes).

L'orientation était effectuée auprès d'un médecin psychiatre vacataire qui recevait 3 demi-journées par semaine dans une structure située auprès d'un CSST à Versailles l'ensemble des personnes envoyées dans le cadre des mesures d'injonction par le Procureur de la République. Ce médecin, aidé d'un temps de secrétariat, effectuait généralement lui-même le suivi des personnes envoyées.

Ce dispositif, excessivement simple dans son principe était d'un coût modéré: autour de 300.000F par an ce qui est peu pour un département d'Ile de France. Notons qu'en revanche, il ne concernait qu'un nombre très limité d'usagers (55 personnes en 1997, ce qui est très faible en regard de la problématique toxicomane du département des Yvelines), et quasiment pas d'usagers de cannabis, alors que ceux ci représentent la très grande majorité des interpellations.

A titre de comparaison, on pourra se reporter au tableau ci dessous :

classé. Néanmoins, et pour clore ce débat, la DDASS des Yvelines a, dans la pratique, décidé de transmettre au Procureur, de manière nominative, la liste des personnes ayant fait l'objet d'un CO.

	Nombre d'injonction réalisées (1996)	Coût (1996) ³²	Nombre d'injonctions réalisées (1997)	Coût (1997)
Paris (75)	414	425 000 F	283	671 000 F
Seine et Marne (77)	170	325 000 F	155	450 000 F
Yvelines (78)	110	390 000 F	55	334 000 F
Essonne (91)	90	232 000 F	70	236 000 F
Hauts de Seine (92)	292	1 504 000 F	276	1 630 000 F
Seine St Denis (93)	844	751 000 F	810	797 000 F
Val de Marne (94)	354	570 000 F	399	571 000 F
Val D'Oise (95)	95	275 000 F	104	275 000 F

A ce faible rendement quantitatif s'ajoutaient des problèmes qualitatifs. Il n'y avait pas de distinction entre une phase de suivi et une phase d'orientation, ce qui nuisait à la lisibilité et à la connaissance par la DDASS du travail effectué par ce médecin qui se chargeait lui-même du suivi. Le rapport d'activité établi pour 1998 laisse clairement apparaître en outre un problème de communication entre lui et la substitut du Procureur chargée des stupéfiants. Il semble que celle-ci ait éprouvé des difficultés à obtenir de la part du médecin chargé des injonctions des renseignements sur les orientations effectuées, au point que le rapport évoque une véritable rupture de confiance entre elle et le médecin.

La DDASS a décidé de réaliser une inspection surprise qui a révélé le caractère profondément insatisfaisant de ce dispositif. Il est notamment apparu que sur les trois demi-journées payées hebdomadairement, une seule était systématiquement utilisée, les deux autres étant le plus souvent vides de tout rendez-vous.

C'est dans ce contexte que la DDASS a décidé en juin 1999, en concertation avec le substitut du Procureur de revoir de fond en comble sa procédure d'orientation dans le cadre des injonctions thérapeutiques qui, de l'aveu même de l'inspecteur principal alors chargé de la lutte contre la toxicomanie, « *manquait quelque peu de dynamisme* ³³ ».

³² Les importantes différences relevées entre les budgets s'expliquent par le fait que les IT fonctionnent d'une manière très différente d'un département à un autre.

³³ Voir le courrier en date du 22 juin 1999 du directeur de DDASS à l'association IPT, reproduit en annexe.

1.2.2 Le mandatement d'une association extérieure à la DDASS

Par un courrier en date du 22 juin 1999, le Directeur de DDASS par intérim, M. YOUSSOV, demandait à l'association Information Prévention Toxicomanie de bâtir un projet de structure et de prise en charge des alternatives aux poursuites.

Cette procédure est surprenante à plus d'un titre. D'abord, il convient de noter que, souvent, les alternatives aux poursuites judiciaires des toxicomanes sont gérées directement par la DDASS ; il est rare qu'une association ait à bâtir un projet de prise en charge des personnes dans ce cadre. Dans la plupart des DDASS d'Ile de France, notamment, les orientations sont effectuées par des professionnels (médecins ou psychologues) qui exercent leur activité dans les locaux de la DDASS et sont payés directement, souvent à la vacation, par celle-ci. Ce choix d'une association présente ici l'avantage d'une plus grande souplesse, notamment dans la gestion des personnels embauchés, qui vont relever dès lors du droit commun du travail. Il permet aussi de confier l'animation de ce dispositif à des personnes, et notamment à la directrice de l'association IPT, disposant d'une plus grande habitude qu'un cadre de l'administration du management d'une équipe intervenant dans le cadre de la toxicomanie. Enfin et surtout, un tel choix permettait à la DDASS des Yvelines d'obtenir des financements sur des crédits d'intervention MILDT (chapitre 47-16 article 30), ce qui facilitait considérablement le montage financier à réaliser pour la mise en place d'une structure d'orientation dans le cadre des alternatives aux poursuites. Il convient cependant de noter que, parce qu'il apparaissait qu'au titre notamment de la circulaire de 1995 la DDASS ne pouvait pas déléguer à une association la mise en œuvre des orientations dans le cadre des injonctions thérapeutiques³⁴, il a été décidé que la DDASS continuerait à payer directement le médecin injoncteur, créant ainsi un double mode de financement des alternatives aux poursuites³⁵.

Ensuite, le courrier révèle que l'association IPT n'était au départ pas demandeuse d'un tel projet. Sa directrice et son président d'alors n'ont accepté ce projet que parce qu'ils estimaient qu'il leur permettrait de gagner une plus grande confiance de la part de leur principal financeur ainsi qu'une plus grande visibilité par les différents acteurs intervenant sur le champ de la toxicomanie sur le département des Yvelines.

³⁴ De fait, cette circulaire ne prévoit que deux modalités d'orientation dans le cadre des Injonctions thérapeutiques: soit directement par le médecin inspecteur de santé publique, soit par un médecin payé à la vacation par la DDASS. C'est cette seconde hypothèse qui a été retenue ici.

Pour la DDASS ce choix s'est porté sur IPT pour différentes raisons.

D'une part, l'inspecteur principal en charge de ce dossier souhaitait confier l'orientation dans le cadre des alternatives aux poursuites à une association chargée de la prévention, et non chargée du soin, pour assurer une dissociation entre orientation et soin. Le fait de confier la mise en œuvre des alternatives aux poursuites à un CSST, comme cela existe parfois (par exemple dans le Val de Marne) aurait en fait abouti à envoyer tous les usagers de drogue sous main de justice à une même structure de soin, ce qui ne correspond pas à la volonté des pouvoirs publics. Ce choix s'est avéré encore plus pertinent à la lecture de la circulaire de 1999 (qui n'était pas encore connue de la DDASS lors du mandatement d'IPT) qui place les alternatives sanitaires parmi les mesures de prévention, comme nous l'avons vu.

D'autre part, et ce point n'est pas anecdotique, le fait de confier cette mission à une association chargée de la prévention primaire, auprès des jeunes notamment, était de nature à moins heurter de front le Parquet, qui avait une vision très répressive de son rôle dans l'application de la loi de 1970. Si l'association mandatée avait été chargée du soin aux toxicomanes, le partenariat avec la justice aurait sans doute été compliqué par les divergences de vues et de logique entre ces deux acteurs.

A cette époque, seules deux associations étaient en charge de la prévention de la toxicomanie sur le département des Yvelines : l'association ADATO et l'association IPT. A la première, il avait été décidé de confier la mise en œuvre d'une antenne mobile (un bus) de réduction des risques et d'échange de seringue. IPT était dès lors la seule association disponible pour réaliser le projet d'alternative sanitaire sur le département, et présentait en outre l'avantage d'être connue sur le département et de travailler fréquemment en partenariat avec des CSST des Yvelines (le CEDAT de Mantes la Jolie, notamment).

Le fait de confier à une association la mise en œuvre des orientations dans le cadre des alternatives sanitaires impliquait que soient définies avec précision et sous le double contrôle de la DDASS et du Parquet, le cahier des charges et notamment les modalités d'orientation dans le cadre des alternatives aux poursuites.

³⁵ Le mode de financement de la structure d'orientation dans le cadre des alternatives aux poursuites sera détaillé plus loin.

1.2.3 Les procédures d'orientation

C'est sur la base de la lettre de M. YOUSOV, qui restait évasive sur les modalités d'orientation, qu'a été mise en place une procédure d'orientation pour les usagers de drogue entrant dans le cadre des mesures alternatives aux poursuites.

Cette procédure a plus particulièrement été élaborée par Madame ABRAMATIC, directrice de l'association Information Prévention Toxicomanie, et par M. COUTERON, psychologue spécialisé dans la prise en charge des toxicomanes et directeur du CEDAT de Mantes-la-Jolie, en lien avec la DDASS des Yvelines (M. ABIVEN et le Médecin Inspecteur de Santé Publique, le Docteur DUGLEUX) et la substitut du Procureur chargé de la toxicomanie.

Elle a fait ensuite l'objet d'une validation officielle dans la convention départementale d'objectifs de lutte contre la toxicomanie et de prévention des dépendances signée entre le Préfet du Département des Yvelines et le Procureur de la République près le tribunal de Grande Instance de Versailles, dans le cadre du plan triennal de la MILDT. Cette convention triennale³⁶, visant à coordonner l'action des autorités sanitaires et répressives sur le département, a été notamment prise en application de la note d'orientation de la MILDT en date du 12 février 1999 qui plaidait pour une re-dynamisation de ces conventions départementales d'objectifs. En effet, celles-ci, avaient été mises en place en 1993 sur les quinze départements prioritaires³⁷ et concernaient tous les points de rencontre entre autorité sanitaire et judiciaire dans la lutte contre la toxicomanie (alternatives sanitaires aux poursuites judiciaires, bien sûr, mais aussi, par exemple, prise en charge des toxicomanes sortant de prison).

Dans l'élaboration de la procédure d'orientation des usagers de drogue, M. COUTERON et Mme ABRAMATIC se sont, en accord avec la DDASS, très largement inspirés de la circulaire du 17 juin 1999 du Ministère de la Justice et du plan triennal de la MILDT. Ils ont ainsi choisi de mettre en place deux procédures distinctes, pour le classement avec orientation et l'injonction thérapeutique, mais dans une même structure d'orientation, une Permanence d'Orientation Sanitaire et Sociale.

³⁶ Reproduite en annexe.

³⁷ Dont le département des Yvelines ; voir circulaire interministérielle du 14 janvier 1993 relative à la mise en œuvre des conventions départementales d'objectifs pour la prise en charge locale des toxicomanes sous main de justice.

1.2.3.1 Le choix de deux procédures distinctes

1.2.3.1.1 *Présentation de ces procédures*

A) le classement avec orientation

Le classement avec orientation constitue donc la nouvelle procédure mise en place sur le département des Yvelines. Comme nous allons le voir, le choix a été fait ici de faire pour chaque personne une orientation sur la base d'entretiens de type psycho-social, et de tenter, dans un cadre plus souple que ce qui a été mis en place pour l'injonction thérapeutique, d'effectuer un suivi de ces orientations.

L'association IPT a donc reçu l'accord de la DDASS pour recruter une assistante sociale et une psychologue initialement toutes deux à mi-temps pour réaliser les orientations dans le cadre de ce dispositif.

La procédure retenue était la suivante³⁸.

L'utilisateur, interpellé par les services de police en possession de stupéfiants, ayant éventuellement fait l'objet d'une garde à vue et d'une perquisition, est convoqué à une permanence au tribunal de grande instance. Dans la plupart des cas, la convocation est notifiée à l'utilisateur pendant sa présence au commissariat, c'est à dire, le plus souvent, pendant sa garde à vue. L'officier de police se met en relation avec le substitut du Procureur chargé des stupéfiants qui décide du classement du dossier avec orientation, le greffe du substitut fixant le jour et l'heure du rendez vous.

Un premier entretien se tient dans les locaux du tribunal, dans une salle affectée à cet effet un jour par semaine soit avec l'assistante sociale, soit avec la psychologue – chacune des deux intervenant une demi journée. Initialement, la volonté des rédacteurs de ce projet était que la permanence soit tenue conjointement par ces deux personnes, ce qui s'est vite avéré inutile, dès lors que le premier entretien au tribunal se déroule selon une procédure standardisée.

Il a été difficile au tribunal de dégager une salle correspondant aux besoins de l'équipe : pendant longtemps, cette permanence a eu lieu dans une salle isolée, mal éclairée et sans

³⁸ La procédure est par ailleurs décrite dans des tableaux reproduits en annexe.

téléphone, ce qui avait l'effet regrettable de faire sentir à l'utilisateur que cette mesure n'est pas prioritaire pour la justice.

Le déroulement de cet entretien a été normalisé : il vise essentiellement à mieux connaître l'utilisateur, sa consommation habituelle de produits, mais aussi sa situation familiale et professionnelle. Il est aussi l'occasion de présenter à l'utilisateur la mesure du classement avec orientation, ses objectifs et son déroulement. La psychologue ou l'assistante sociale explique notamment à l'utilisateur que s'il interrompt la mesure avant son terme, cette rupture sera notifiée au Parquet qui pourra juger de l'opportunité de poursuivre l'utilisateur.

A la suite de ce rendez vous, un second entretien a lieu dans les locaux mêmes de la Permanence d'Orientation Sanitaire et Sociale (P.O.S.S) qui sont loués par la DDASS à l'extérieur du tribunal. Ce second entretien a lieu soit avec la psychologue, soit avec l'assistante sociale en fonction de la personne qui a reçu l'utilisateur la première fois, et, le cas échéant, en fonction de la problématique de l'utilisateur s'il est apparu lors du premier entretien qu'il relevait plus d'une orientation psychologique ou d'une orientation sociale.

C'est sur la base de cet (ces) entretien(s) qu'est décidée, le cas échéant, l'orientation de l'utilisateur soit vers une structure sanitaire, soit vers une structure sociale.

Enfin, à la suite de cette orientation, quatre mois après son premier entretien, l'utilisateur doit à nouveau se rendre à la permanence afin d'effectuer le bilan de cette mesure avec la psychologue, ou l'assistante sociale.

Le suivi de ces entretiens fait l'objet d'une note normalisée adressée à la DDASS en fin de mesure qui, nominativement, expose quelle a été l'orientation suivie par chaque usager de drogue, et quel avis (favorable ou défavorable) la permanence peut émettre sur la mesure. Initialement, la note faisait apparaître de manière complète le compte rendu des entretiens de façon à ce que la DDASS puisse savoir précisément et en temps réel quels usagers étaient concernés par cette procédure ; cet usage, qui était relativement lourd et pouvait faire craindre à l'équipe d'IPT une dérive vers un contrôle par l'administration des orientations effectuées, a été supprimé en accord avec le Médecin Inspecteur de la DDASS, qui n'estimait pas un tel formalisme nécessaire.

Le Médecin Inspecteur communique ensuite au substitut du Procureur la liste nominative des personnes qui ont suivi la mesure d'orientation et ceux qui ne l'ont pas suivi, ce qui, ainsi que

nous l'avons vu, a été voulu par le Parquet alors que cela contredit les termes de la circulaire du 17 juin 1999.

Il convient de noter que cette procédure de classement avec orientation a fait l'objet en 2001 d'une adaptation particulière aux usagers mineurs. La procédure suivie est la même, sauf en ce qui concerne le premier entretien durant lequel les parents sont impliqués. Ceux-ci sont en effet reçus au tribunal avec l'utilisateur mineur conjointement par la psychologue et l'assistante sociale qui associent les parents à l'explication des modalités de la prise en charge dans le cadre de cette mesure.

B) L'injonction thérapeutique

Alors que le classement avec orientation est décidé préalablement à l'ouverture de l'action publique, l'injonction thérapeutique est décidée par le substitut du Procureur chargé des stupéfiants devant lequel l'utilisateur a été convoqué dans la première phase de cette action publique.

La mesure d'injonction thérapeutique est proposée directement par le Procureur à l'utilisateur qui reste libre de la refuser, auquel cas des poursuites sont effectivement engagées contre lui. Il faut bien évidemment noter que très rares sont les cas d'utilisateurs qui refusent cette mesure : Mlle FOY, substitut du Procureur chargée des stupéfiants, a notamment affirmé n'avoir vu dans toute sa carrière qu'un seul utilisateur préférer des poursuites pénales à une obligation de soin.

L'utilisateur placé sous mesure d'injonction est directement envoyé à la permanence tenue par IPT au tribunal dès sa sortie du bureau du substitut, soit devant la psychologue, soit devant l'assistante sociale.

L'utilisateur est, à la suite de cet entretien, systématiquement convoqué à la Permanence d'Orientation Sanitaire et Sociale pour être reçu et orienté par un nouveau médecin vacataire. La DDASS a en effet, dans le cadre d'une interprétation stricte de la circulaire de 1995³⁹, préféré que l'orientation dans le cadre de la mesure d'injonction thérapeutique soit effectuée par un médecin. Celui-ci est la personne référente en matière d'injonctions

³⁹ Ce texte prévoit en effet que l'orientation dans le cadre de l'injonction thérapeutique ne peut être effectuée que par un médecin, ce qui correspond au texte de la loi de 1970. Dans la pratique, de nombreuses Directions

thérapeutiques pour lesquelles il intervient de façon systématique. Il peut éventuellement demander un avis à l'assistante sociale en cas de besoin mais souhaite, en tout état de cause, être en dernier ressort la seule personne compétente pour décider de l'orientation de l'utilisateur. On peut s'étonner de ce que le médecin, bien qu'il soit amené à orienter toutes les personnes soumises à une mesure d'injonction, ne soit pas présent au tribunal lors du premier rendez-vous. Cette solution qui a semblé initialement préférable, pour des raisons essentiellement pratiques, permet de garantir une certaine pluri-professionnalité en faisant réaliser le premier entretien par une personne différente de celle qui est chargée de l'orientation. Néanmoins, on peut se demander si, à certains égards, une évolution sur ce point ne serait pas souhaitable : il semble plus rationnel que le médecin qui devra *in fine* décider de l'orientation soit présent dès le début de la procédure.

Le médecin chargé des injonctions doit, en un ou deux rendez vous, décider d'une orientation de l'utilisateur. Il effectue à plusieurs reprises un contrôle du fait que l'utilisateur se rend effectivement à la mesure de suivi qui lui a été proposée. L'utilisateur doit d'abord attester du fait qu'il s'est bien rendu à la structure de soins choisie (généralement, un CSST) en faisant remplir une attestation. Il est en outre convoqué après cinq mois pour faire un premier bilan, puis neuf mois après son interpellation pour un bilan définitif.

Au terme de ces neuf mois d'observation et de suivi, le médecin dresse un bilan de l'injonction qu'il envoie à la DDASS. Ce bilan est plus circonstancié que la note qui existe pour les classements avec orientation, puisqu'elle précise de manière nominative l'ensemble des constatations médicales ou autres ayant justifié l'orientation.

1.2.3.1.2 Caractéristiques de ces procédures d'orientation

Il convient de noter ici le fait que ces deux procédures d'orientations sont définies de manière très précise et sont remarquablement encadrées. Rares sont les départements qui ont mis en place une procédure d'orientation différente pour les classements avec orientation et les injonctions thérapeutiques : seule sur l'Île-de-France, la DDASS de Paris a mis en œuvre une procédure différente pour ces deux mesures.

En outre, il convient de noter que la procédure mise en place sur le département des Yvelines s'est appliquée à respecter trois contraintes :

- une distinction nette de l'orientation et du suivi sanitaire ou social de l'utilisateur ;

Départementales ne sont pas opposées à ce qu'une orientation dans le cadre de l'IT puisse être prononcée par un autre professionnel (psychologue, notamment).

- un cadre pluri-professionnel à la mesure d'orientation ;
- un meilleur suivi des orientations et un meilleur retour au Parquet.

A) Une distinction orientation / suivi marquée

La procédure d'orientation est décrite de manière à ce qu'à aucun moment, il ne puisse y avoir de confusion, pour l'utilisateur comme pour chacun des membres d'IPT, entre orientation et suivi sanitaire ou social. Le médecin, pour les injonctions, et l'assistante sociale et la psychologue pour les classements avec orientation ne sont chargés que de l'orientation : tout suivi, même sommaire, d'un usager ne peut être réalisé par ces personnes mais par une structure (CSST, Missions locales) ou une personne (médecin libéral) désigné par elles. Cette distinction est clairement posée dans le projet tel qu'il a été rédigé par l'association IPT et était une exigence forte de la DDASS pour éviter la dérive constatée précédemment avec l'ancien médecin injoncteur.

Il faut noter qu'elle ne va pas de soi : certains départements d'Ile de France (92 et 94, notamment) font assurer de manière quasi systématique le suivi des usagers de drogues soumis à une mesure d'injonction par la structure ou la personne chargée de les orienter.

La DDASS des Yvelines a poussé assez loin cette logique de la séparation entre orientation et suivi. Ainsi, la procédure retenue pour l'orientation est très brève de manière à assurer qu'elle ne soit qu'une évaluation de l'utilisateur et non un véritable début de suivi psychosocial. En outre, il est explicitement interdit au médecin injoncteur de pratiquer des examens médicaux, même sommaires, ainsi que des prescriptions. Il ne peut pas prescrire notamment un test HIV ou VHC sur les patients qu'il reçoit, ou effectuer des prélèvements urinaires afin de constater ou non l'absorption récente de stupéfiants. Il doit, en toutes circonstances et en toutes hypothèses, envoyer l'utilisateur vers une structure ou un praticien qui sera à même de pratiquer ou de faire pratiquer ces tests. Cet état de fait est parfois déploré par l'équipe de la Permanence d'Orientation Sanitaire et Sociale, qui, s'ils comprennent le fondement d'une telle distinction, trouvent leur rôle défini de manière trop rigide.

B) Une orientation pluri – disciplinaire

La DDASS a veillé à garantir un regard pluri-disciplinaire sur les dossiers. Elle a ainsi mis en place, en accord avec l'association IPT et le Procureur de la République, une Permanence d'Orientation Sanitaire et Sociale suivant en cela les préconisations de la MILDT dans son

plan triennal 1999-2001⁴⁰. Le caractère pluri-professionnel de cette mesure correspondait d'emblée au désir de la DDASS et doit permettre une orientation qui prenne en compte la globalité de la problématique du sujet, et pas seulement l'aspect médical, psychologique ou social.

Dans le déroulement concret de la procédure, le caractère pluri-professionnel de l'orientation n'est pas une règle absolue. Il n'est en effet pas prévu que l'usager soit vu systématiquement par chacun des professionnels comme cela existe dans d'autres départements (77). Il peut donc arriver qu'un usager sur CO soit vu seulement par la psychologue ou par l'assistante sociale ; en ce qui concerne les IT, si on met de côté le premier rendez vous au tribunal, l'usager est quasiment exclusivement vu par le médecin injoncteur. Afin de trouver un équilibre entre la nécessité d'avoir une personne référente pour chaque usager et la mise à profit des compétences de chacun, la permanence a prévu une fois par semaine la tenue d'une séance d'examen collectif des dossiers où chaque dossier est évoqué par la personne qui a eu à suivre cet usager. Il semble que ce système, qui permet un examen pluri-professionnel des dossiers tout en conservant pour l'équipe de la permanence une certaine souplesse, fonctionne de manière satisfaisante. Cette solution paraît préférable au fait de faire suivre à chaque usager, quel que soit son profil, le même circuit devant des professionnels différents avant que soit décidée l'orientation.

C) Un suivi strict de chaque mesure

La procédure retenue est également très précisément définie en ce qui les modalités de suivi de l'orientation proposée. On devine ici que la DDASS des Yvelines a veillé à ce que chaque mesure fasse l'objet d'un suivi strict et nominatif de manière à permettre une information du substitut du Procureur. Ce point apparaissait en tout état de cause nécessaire pour les injonction thérapeutiques. En ce qui concerne le classement avec orientation, le doute pouvait subsister dans la mesure où la circulaire du 17 juin 1999, par souci d'insister sur le caractère facultatif de l'orientation, prévoyait que la DDASS ne devait faire remonter au Procureur que des informations non nominatives⁴¹.

⁴⁰ La MILDT prévoyait notamment dans ce plan : « [Cette] diversification des réponses judiciaires nécessitera la mise en place de permanences d'orientation sanitaire et sociale. »

⁴¹ Le circulaire prévoit en effet : « Un rapport d'activité périodique, et au minimum semestriel, sera adressé au Parquet, permettant d'établir, de manière non nominative, le nombre de personnes reçues et les orientations réalisées ». La pratique de la DDASS des Yvelines est fort différente, puisqu'il est prévu qu'un rapport doit être adressé, environ tous les deux mois, précisant juste pour quels usagers la DDASS propose un avis favorable.

Notons également que la procédure mise en place a prévu que l'utilisateur devait retourner en fin de mesure (IT ou CO) à la permanence pour établir le bilan de son orientation (pour l'IT, il existe également un bilan intermédiaire). Cette procédure a plusieurs avantages. Elle permet à la permanence de disposer ainsi d'informations utiles sur l'orientation réalisée, informations qu'elle peut transmettre à la DDASS (surtout dans le cadre de l'IT). Ce dernier entretien peut aussi être l'occasion de faire le bilan avec l'utilisateur, et de voir les éventuelles évolutions depuis son interpellation. Il est aussi un moyen pour la permanence d'effectuer en continu avec les usagers, une évaluation des orientations effectuées, et éventuellement de repérer les structures d'orientation ne correspondant pas à certains profils d'utilisateurs ou dont le travail n'est pas satisfaisant dans le cadre de ces mesures.

1.2.3.2 Le financement de la structure d'orientation

La mise en place d'une structure d'orientation des usagers sous main de justice s'inscrit dans le cadre de la convention départementale d'objectifs justice-santé signée entre le Préfet du département des Yvelines et le Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance de Versailles. Cette structure fait donc l'objet d'un financement spécifique dans le cadre de cette convention.

La particularité du mode de financement retenu par la DDASS, dont le directeur est chef de projet MILDT, est qu'il est en fait double : il associe des dépenses dites d'intervention publiques (dépenses du titre IV et plus précisément du chapitre 47-16 – « crédits interministériels de lutte contre la toxicomanie ») à des dépenses du titre III, c'est à dire aux moyens propres des services de l'Etat. En effet, lorsque le projet de financement des alternatives sanitaires a été monté par la DDASS, il a été convenu que, d'une manière générale, l'injonction thérapeutique relevait d'une compétence propre de la DDASS qu'il convenait de financer sur des crédits du titre III, alors que le classement avec orientation pouvait, lui, faire l'objet d'un financement sur les crédits d'intervention MILDT. En fait, rien n'obligeait la DDASS à procéder de la sorte. L'IT comme le CO peuvent tous deux être financés par l'une ou l'autre des lignes budgétaires.

Le financement de la P.O.S.S. est dès lors assez complexe. Pour 2001, deux subventions ont été versées par la DDASS dans le cadre des crédits d'intervention MILDT (chapitre 47-16). Ces subventions correspondent l'une à la prise en charge des usagers majeurs (300.000 F), l'autre au temps supplémentaire qu'il a été nécessaire de dégager en 2001 pour la prise en charge des mineurs (80.000 F). Ces deux subventions couvrent les salaires et les cotisations sociales de l'assistante sociale, de la psychologue et de la directrice d'IPT (au

prorata du temps qu'elle consacre à cette activité de son association) : ces salaires et charges représentaient 350.000 F en 2001. Le reliquat sert au financement de diverses fournitures nécessaires au fonctionnement de la structure et à la prise en charge des honoraires d'un comptable.

Sur le titre III sont directement versées par la DDASS au médecin-injoncteur, qui dépend juridiquement de la DDASS et non d'IPT, le paiement de ces deux vacations hebdomadaires, soit 61.152 F (payés sur le chapitre 31-96) et 30.784F de charges employeur, payées sur le chapitre 33-90.

La DDASS rembourse par ailleurs à l'association IPT sur ces mêmes chapitres le salaire du poste de secrétariat (66.390F) et les charges employeur (26 090F).

Le loyer de la permanence d'orientation est également pris en charge sur le titre III, et à ce titre, c'est la DDASS et non IPT qui loue effectivement les locaux dans lesquels les orientations sont réalisées, pour 54.888,60 F par an. L'intérêt d'une telle procédure a été de donner au bailleur des garanties très solides de paiement en temps et en heure ; en outre, il est toujours moins effrayant pour un bailleur de louer son bien à une administration qu'à une association chargée de l'orientation des toxicomanes.

Enfin sont pris en charge sur le titre III un certain nombre de frais matériels (téléphone, transports) et l'entretien des locaux (17 940,00 F).

Le coût total de la mesure s'élève ainsi, pour 2001, à 640 110,00 F environ⁴².

Il faut d'abord noter que cette somme est relativement élevée, si on la compare au coût de la procédure précédente sur le département des Yvelines. Elle est néanmoins à mettre en relation avec le nombre important d'orientations effectuées, et avec la qualité de la procédure d'orientation retenue. Les comparaisons entre départements ne sont pas pertinentes, dans la mesure où la procédure d'orientation peut varier considérablement d'un département à un autre⁴³.

Le choix d'un double financement a entraîné deux types de conséquences.

⁴² Cette somme ne comprend pas certains frais matériels payés sur le titre III .

⁴³ Pour certains départements, l'orientation est effectuée en un rendez-vous chez avec un médecin payé à la vacation. Dans d'autres, la structure chargée de l'orientation effectue le plus souvent le suivi médical et social de l'utilisateur.

D'une part, elle a par moment été source d'une complexité parfois induite. A titre d'illustration, pour le financement 2000, il avait été prévu que l'affranchissement du courrier de la structure soit financé par la DDASS sur ces crédits de titre III, et suive le trajet normal du courrier au sein de cette administration. Ceci avait entraîné une procédure exagérément complexe, pour les 2 à 300 lettres par an envoyées par IPT (attente d'un porteur de la DDASS chargée de collecter régulièrement les lettres et d'apposer un tampon pour l'affranchissement). Pour 2001, la DDASS a heureusement cessé cette procédure et entrepris de financer l'affranchissement dans le cadre de la subvention sur le chapitre 47-16.

D'autre part, ce double financement a pour conséquence d'introduire une double hiérarchie au sein de la Permanence d'Orientation Sanitaire et Sociale (P.O.S.S). Alors que les personnes chargées du classement avec orientation sont employées sur la base de contrats de droit privé par IPT et dépendent hiérarchiquement de la directrice de l'association, le médecin est payé directement par la DDASS, dont il dépend hiérarchiquement. La P.O.S.S. est donc une structure hybride, ni émanation pure et simple d'IPT, ni structure dépendant directement de la DDASS. Le médecin-injoncteur considérera d'ailleurs, notamment du fait de cette position hiérarchique particulière, qu'il est en tout état de cause la personne habilitée par la DDASS à trancher toute difficulté d'orientation dans le cadre de l'injonction thérapeutique.

On notera, en outre, que ce double financement est relativement complexe. Par mesure de simplification, sans passer à un financement unique sur le chapitre 47-16, qui n'est finalement ni souhaité par la DDASS, ni réclamé par la P.O.S.S, sans doute serait il opportun de faire passer l'ensemble des frais matériels sur ce chapitre. Il apparaît en effet, que certains frais matériels (téléphone, transports..) sont financés partiellement sur le titre III et sur le titre IV, ce qui est source de confusion.

La DDASS des Yvelines a donc profité de la circulaire du 17 juin 1999 pour revoir totalement l'orientation des personnes sous injonction thérapeutique qui ne donnait pas satisfaction. Elle a ainsi subventionné la création d'une structure chargée spécifiquement de l'orientation des usagers faisant l'objet d'une mesure d'alternative aux poursuites.

Le dispositif d'orientation mis en place paraît conforme aux préconisations de la MILDT et est caractérisé par la volonté d'assurer une orientation adaptée à la problématique sanitaire de chaque usager.

2 - ANALYSE DU PUBLIC VISE ET DES ORIENTATIONS REALISEES DANS LE CADRE DE CE DISPOSITIF

Comme nous l'avons vu, la DDASS des Yvelines a mis en place un dispositif complexe et complet qui tente de « coller » au maximum au texte de la loi de 1970 et surtout de la circulaire du 17 juin 1999.

Néanmoins, la description de ce dispositif donne peu de renseignements sur la façon dont les acteurs sur le terrain vont lui donner vie. Il importe en effet de voir en amont quelles sont les modalités de sélection de la population des usagers de drogues qui vont être envoyés devant la Permanence d'Orientation Sanitaire et Sociale. Ce point fera l'objet d'une attention particulière en première partie, où seront étudiés les modalités de placement sous injonction thérapeutique et sous classement avec orientation tant au niveau des services de police (interpellation, placement en garde à vue) que du Procureur (choix de l'alternative).

Il convient également de voir, en aval, quelles sont les possibilités d'orientation existant sur le département des Yvelines et quelles modalités de prise en charge ces structures ou ces praticiens peuvent proposer aux personnes placées sous mesure d'alternative sanitaire aux poursuites judiciaires. Ce point fera l'objet d'une analyse particulière dans un second point.

2.1 LA SELECTION DU PUBLIC PAR LES SERVICES DE POLICE ET PAR LE PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE

La particularité des alternatives aux poursuites judiciaires des usagers de drogue est que nous sommes là face à une mesure de santé publique pour laquelle le public cible est sélectionné par des services dont les préoccupations et les contraintes sont autres. Il y a bien dans les mesures d'alternatives sanitaires une superposition de deux logiques : une logique judiciaire, dont le souci est le respect de la loi, et une logique de santé publique, dont le souci est l'amélioration du bien être psychique et physique des individus.

C'est évidemment dans la sélection du public visé par les mesures que la superposition entre les deux logiques est la plus sensible ; dans une étude récente consacrée à la mise en

œuvre de l'injonction thérapeutique, l'OFDT note à cet égard : «[concernant l'IT] *chaque acteur joue un rôle sélectif, du policier au thérapeute, (...) [et] modifie de façon irréversible la taille et la nature du public-cible. Ce phénomène est renforcé par la faible visibilité de l'ensemble du processus dont dispose chaque acteur (...). Ainsi, les policiers contribuent à l'IT de façon décisive mais biaisée par leurs enjeux répressifs (...). Les PR décident d'accorder les IT, mais ne connaîtront pas les conséquences de leur choix dont ils redoutent que certaines soient négatives sur leur politique anti-drogue.* ⁴⁴»

2.1.1 Les services de police

2.1.1.1 L'interpellation des usagers de drogue et ses suites

Lorsqu'il s'agit d'une affaire simple d'usage, la plupart des interpellations se font dans le cadre du flagrant délit. Ces cas correspondent surtout à l'utilisateur de cannabis qui se fait interpellé par les services de police alors qu'il consommait son produit sur la voie publique. Il se peut également que la présence de produits stupéfiants soit décelée lors d'un contrôle d'identité justifié par un soupçon d'infraction ou plus exactement par un *«indice apparent pouvant révéler l'existence d'une infraction»*. D'une manière générale, il faut observer que l'interpellation d'un utilisateur simple de stupéfiants est généralement fortuite et s'inscrit, pour les cas d'usage simple, exceptionnellement dans le cadre des enquêtes qui sont par ailleurs diligentées pour trafic.

Le principe énoncé sur le département des Yvelines par le Procureur de la République et repris dans la plupart des commissariats est celui de la tolérance zéro : interpellation systématique de tous les utilisateurs de drogues, quelles que soient les quantités et le produit, avec mise en garde à vue et perquisition systématiques. Les éventuelles suites judiciaires ou alternatives aux poursuites ne doivent être décidées par le substitut qu'à l'issue de la mise en œuvre de ce traitement policier de l'usage de drogue.

Ces principes rencontrent dans la pratique un certain nombre de limites dans leur mise en œuvre sur le terrain.

D'abord, concernant l'interpellation, cette mesure fait toujours l'objet d'un jugement en opportunité par les services de police. On peut notamment supposer que l'interpellation dans certains quartiers difficiles de fumeurs de cannabis dépendra des circonstances propres à

⁴⁴ Voir *L'injonction thérapeutique*, ouvrage précité note 21, pp17-19, notamment.
Raphaël SODINI – Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2002

chaque cas d'espèce. Il peut ne pas être opportun, pour une patrouille de police, au vu notamment de ses effectifs, de prendre le risque d'une interpellation groupée de jeunes dans certains quartiers.

On pourra d'ailleurs trouver une confirmation de cette hypothèse dans les chiffres retraçant les interpellations par arrondissement, dans lesquels apparaissent une très forte concentration des interpellations sur les arrondissement urbains et avec une faible problématique sociale.

Arrondissement	Hommes 20-39 ans	Interpellations	Taux pour 100.000
Mantes	41 318	151	37
Rambouillet	34 809	130	37
St Germain en Laye	75 758	809	107
Versailles	61 018	843	138

Source DDSP des Yvelines - année 1996⁴⁵

On retrouve d'ailleurs ces éléments dans le rapport d'activité de la Permanence d'Orientation Sanitaire et Sociale pour 2000 : seuls 12 % des jeunes envoyés pour suivre une mesure d'orientation provenaient de l'arrondissement de Mantes la Jolie, alors que plus de 80% provenaient des arrondissements moins difficiles de Versailles et de St Germain en Laye. Il semble que les difficultés d'interpellation sur le Mantois et peut être une certaine difficulté à appréhender les usagers de drogue en zone rurale puissent expliquer, au moins partiellement, cet écart.

D'une manière plus générale, sur le territoire de certaines communes, il peut être inopportun, pour les forces de l'ordre, de procéder à des interpellations puis des placements en garde à vue avec perquisitions pour un simple usage de cannabis. La sociologie particulière et les difficultés d'intervention dans certains quartiers font que l'on comprendra aisément que la police concentre ses efforts sur le trafic de stupéfiants, et n'attache qu'une importance relative à l'interpellation des usagers.

Ensuite, même si l'utilisateur a fait l'objet d'une interpellation, le placement en garde à vue n'est pas absolument automatique. En effet, si certains commissariats affirment pouvoir placer en garde à vue tous les usagers de drogue interpellés, quelles que soient les quantités ou les

⁴⁵ Il n'a pas été possible d'obtenir d'informations plus récente de la part de la DDSP ; celles ci sont tirées du rapport réalisé par l'institut Eval et sont dès lors relativement anciennes.

substances en cause, un commissariat, au moins, a fait état du fait qu'il recourait parfois à une procédure simplifiée.

Pour ce commissariat, lorsque un usager est interpellé avec une quantité négligeable de résine de cannabis⁴⁶ et qu'il n'est pas connu des services de police, il ne sera pas, dans la plupart des cas, placé en garde à vue et fera en fait l'objet d'une procédure simplifiée qui trouve son inspiration dans la circulaire de 1978. L'usager est libéré après avoir eu à signer une mise en garde⁴⁷ qui vise à le prévenir qu'en cas de réitération « *il sera déféré au Parquet* » et qui l'invite à solliciter une personne qualifiée pour l'aider à « *résoudre les problèmes personnels qui ont pu l'amener à user de stupéfiants* ». On pourra noter au passage que cette mise en garde fait explicitement référence à la circulaire de 1978 qui prévoyait une procédure simplifiée de ce type pour les usagers de cannabis mais qui est abrogée depuis 1987. Il convient cependant de ne pas exagérer les effets pour l'usager du recours à une procédure obsolète : comme nous le verrons, dans le cadre de la politique pénale appliquée par le substitut du Procureur, ce profil d'usager (interpellé avec une faible quantité et pour la première fois) doit faire l'objet d'un simple rappel à la loi.

Il reste cependant que, dans ce cas, l'usager ne fait pas l'objet d'une garde à vue, ce qui paraît contredire tant les textes que la pratique affichée par le substitut du Procureur chargé des stupéfiants. Il semble qu'il faille voir dans cette distance entre la position du Parquet et l'attitude des services de police le signe des difficultés pratiques qu'engendreraient le placement en garde à vue de tous les usagers de cannabis interpellés du fait de la banalisation de son usage. Interrogée sur cette difficulté, l'ancienne substitut chargée des stupéfiants a reconnu que le placement en garde à vue des usagers de cannabis ne pouvait être systématique du fait de la faiblesse des effectifs policiers ainsi que de la récente loi sur la présomption d'innocence, coupable, selon elle, de complexifier de manière indue la procédure lors de la garde à vue. Notons cependant à cet égard que cette dernière loi n'a pas eu d'incidence négative sur les alternatives aux poursuites des usagers de drogue : le nombre d'usagers concerné par ces mesures a considérablement augmenté depuis janvier 2001, en dépit de l'entrée en vigueur de la loi Guigou et de la baisse du nombre de mise en garde à vue enregistrée au niveau national.

Enfin, durant le placement en garde à vue, il doit être procédé à une perquisition au domicile de l'usager, en sa présence, afin de voir notamment si des indices peuvent laisser penser

⁴⁶ L'officier de police interrogé a affirmé que les quantités pouvant entraîner la mise en œuvre d'une simple procédure simplifiée pouvait aller, à titre exceptionnel, jusqu'à 15 grammes.

⁴⁷ Reproduite en annexe.

qu'il se livre également à un trafic de stupéfiants, ce qui aurait pour effet de modifier la qualification juridique des faits. Là également, il convient de souligner que si la perquisition est théoriquement obligatoire et systématique, des éléments d'opportunité peuvent entraîner les policiers à y renoncer : c'est notamment le cas dans les quartiers difficiles de Mantes la Jolie ou des Mureaux, où le fait de recourir à une perquisition nécessiterait un déplacement d'effectifs de police importants, ce qui n'est pas toujours possible, notamment en cas d'interpellation de nuit.

C'est généralement après avoir été placé en garde à vue et après qu'une perquisition a été effectuée à son domicile que l'utilisateur va faire l'objet d'une mesure d'alternative aux poursuites judiciaires, décidée par le Procureur. Notons néanmoins qu'il est toujours possible que la police décide d'un classement avec orientation en concertation avec le Parquet, sans que la personne interpellée ait fait l'objet d'un placement en garde à vue au préalable. Ces cas correspondent à des usagers de cannabis qui ne sont pas soupçonnés de trafic mais pour lesquels on constate une consommation visiblement très abusive. Ils restent exceptionnels : la logique judiciaire et policière impose que tout usager de drogue interpellé fasse l'objet d'un placement en garde à vue et d'une perquisition à son domicile.

Dans la grande majorité des cas, une personne soumise à une mesure d'alternative aux poursuites a préalablement à son orientation devant la Permanence d'Orientation Sanitaire et Sociale fait l'objet de mesures de nature répressive qui sont relativement lourdes à mettre en place. Les difficultés concrètes rencontrées par les forces de police contribuent, comme nous l'avons vu, à une première sélection du public concerné par l'IT ou le CO, qui reste concentré plus sur les arrondissements de Versailles et de Saint Germain que sur celui de Mantes.

L'intervention des forces de police dans le cadre de l'IT et du CO ne se limite pas à cette « sélection » des usagers de drogue. Ce sont également eux qui vont présenter la mesure à l'utilisateur, notamment dans le cadre du CO, pour lequel, rappelons-le, l'utilisateur ne rencontre pas le substitut du Procureur. Il n'est pas inutile, dans ce cadre, de s'interroger sur la perception que les forces de police ont de la circulaire du 17 juin 1999 et de la diversification des alternatives aux poursuites.

2.1.1.2 La perception du dispositif mis en place dans le cadre de la circulaire du 17 juin 1999

Dans la grande majorité des cas, l'interpellation des usagers de drogue, et notamment de cannabis, a lieu alors que ceux ci consomment leur produit sur la voie publique, donc se mettent dans une situation de risque par rapport à l'interdit légal, voire de défi vis à vis des forces de police. Cette attitude de l'utilisateur, même si elle ne révèle pas par elle même un problème sanitaire⁴⁸, rend du point de vue de la logique policière indispensable une réponse, sauf à perdre toute crédibilité dans l'application de la loi de 1970.

Ce besoin d'une réponse à apporter aux infractions d'usage de cannabis était particulièrement sensible sur le département des Yvelines dans la mesure où celui-ci est un des départements d'Ile de France les plus actifs en matière d'interpellation des usagers de drogue, et notamment de cannabis. Cet état de fait, dont on peut voir une traduction dans le tableau ci-dessous, s'explique notamment par la volonté conjointe du Procureur Général et du substitut chargé des stupéfiants de mener une politique très active dans ce domaine.

	Nombre total d'interpellations pour usage de cannabis en 2000	Nombre d'interpellations pour usage de cannabis pour 100.000 Habitants
Paris (75)	1512	71
Seine et Marne (77)	2748	230
Yvelines (78)	2839	209
Essonne (91)	1326	116
Hauts de Seine (92)	2612	182
Seine St Denis (93)	2993	216
Val de Marne (94)	2361	192
Val d'Oise (95)	1983	179

Les services de police étaient dès lors en demande d'une mesure qui leur permettrait de pouvoir donner un sens à la loi de 1970, tout en étant conscients que la banalisation de l'usage de cannabis rendait impossible une application stricte et répressive de l'article L-3421-1 du Code de la Santé Publique. Les mesures d'alternatives aux poursuites, et particulièrement le classement avec orientation, ont été plébiscitées parce qu'elles

⁴⁸ Cette attitude de l'utilisateur peut traduire néanmoins une certaine banalisation de l'usage de substances psychoactives ; cette banalisation peut être le signe, d'un usage abusif, même s'il convient de rester très prudent sur ce point.

permettent d'offrir une issue pour le traitement policier d'usagers de drogue et particulièrement de cannabis. Les officiers de police rencontrés ont pu faire état de la difficulté devant laquelle ils s'étaient précédemment trouvés, confrontés à des usagers interpellés à plusieurs reprises pour usage de cannabis pour lesquels un nouveau rappel à la loi n'aurait eu aucun sens et une sanction pénale aurait été disproportionnée. Le classement avec orientation permet donc aux forces de police de ne pas rester sans réponse face à ces usagers ; un officier de police a même reconnu que ce type de traitement de l'affaire « constitue une bonne sanction », ce qui traduit, à tout le moins, une perception biaisée d'une mesure qui se veut exclusivement sanitaire et sociale.

Ce point doit être souligné. Les services de police, s'ils connaissent tous la mesure de classement avec orientation, la considèrent souvent comme n'étant qu'une « filière utile » pour le traitement des usager de cannabis. Ils n'ont que peu de connaissance du déroulement concret de la mesure et de ces éventuelles vertus au plan sanitaire ou social. Or, en pratique, c'est aux policiers que revient la charge de décrire et de justifier le recours à la mesure de classement avec orientation auprès de l'usager de drogue. L'équipe d'IPT se plaint fréquemment que les usagers envoyés dans ce cadre ont une vision erronée de ce qu'est le CO. Pour obtenir une meilleure cohérence entre le message délivré par la police et le message sanitaire délivré par IPT, l'association a demandé au substitut du Procureur de passer une note expliquant aux différents commissariats ce qu'était le classement avec orientation. Malgré cette note qui a, semble-t-il, été suivie d'une amélioration dans l'explication par les policiers de la mesure, il subsiste une importante différence entre la mesure de classement avec orientation et la représentation qu'en ont les usagers lorsqu'ils sont orientés. Il semble qu'il serait opportun que l'association IPT, en liaison avec le substitut, continue à développer un effort de pédagogie et d'explication du CO auprès des commissariats, pour leur permettre notamment d'avoir une meilleure connaissance du déroulement de la mesure et de ce qu'elle peut offrir comme plus-value dans le traitement des usagers de drogue.

Sans préjuger de l'efficacité du CO d'un point de vue sanitaire, force est de constater qu'il a, sur le département des Yvelines, comblé un vide dans le traitement policier des affaires d'usage simple de cannabis. Cette mesure est donc appréciée par les services de police, pour des raisons qui ont peu à voir avec ses vertus d'un point de vue de santé publique.

2.1.2 Le Procureur de la République

La majorité des orientations sont décidées par une seule et même personne pour tout le département des Yvelines, le substitut du Procureur chargé des stupéfiants, ce qui facilite le travail de la DDASS et de l'association IPT dans la construction d'un partenariat avec la justice. A l'exception du cas particulier des mineurs pour lesquels le classement avec orientation est décidé par un des substituts chargés des enfants, l'essentiel des injonctions thérapeutiques et des classements avec orientations sont décidées par une même personne⁴⁹ ce qui assure une certaine cohérence dans les orientations effectuées.

Il convient de rappeler que la mise en œuvre d'alternative sanitaire ne sera retenue par le Procureur qu'à la condition que nous soyons effectivement en présence d'une infraction qui sera qualifiée d'usage simple de produits stupéfiants. La distinction sur le terrain entre les infractions d'usage simple et les autres constituera le premier point de cette partie. Même dans le cas de l'usage simple, le substitut dispose d'une palette de solutions dont l'alternative sanitaire ne constitue qu'une des possibilités, comme nous le verrons dans un second point.

2.1.2.1 La qualification d'usage simple

Au titre même de la loi de 1970, la qualification d'usage simple, et donc la mise en œuvre de mesures alternatives aux poursuites, n'est possible qu'en l'absence de preuves que la personne interpellée participait à un trafic (qui fait l'objet d'une qualification spécifique et est puni aux articles L-222-34 à L-222-43 du nouveau code pénal). Il convient cependant de noter que la notion de trafic doit être entendue largement. Ainsi, le fait de vendre des produits stupéfiants afin de financer sa propre consommation (l'usage-revente) n'est pas, de manière explicite depuis 1987, assimilable à un usage simple mais bien à un trafic de stupéfiants.

En pratique, l'interrogatoire de l'utilisateur interpellé par les forces de police et la perquisition sont les principaux éléments qui vont permettre au substitut de qualifier l'infraction constatée d'usage simple ou d'usage-revente voire de trafic. Dès lors que la perquisition au domicile de l'utilisateur aura permis la découverte d'instruments de mesure des produits (des balances notamment) ou de grandes quantités de produits stupéfiants, de l'argent liquide, des carnets

⁴⁹ Il s'agissait de Mlle FOY jusqu'en juin 2001. Depuis cette date, elle a été remplacée. Il sera plus ici question du travail effectué par Mlle FOY dans la mesure où le recul manquerait pour apprécier si la politique suivie par son

de comptes ou s'il ressort de l'interrogatoire de l'utilisateur que celui-ci participe à un trafic, les alternatives aux poursuites judiciaires ne seront pas retenues, et l'utilisateur sera généralement poursuivi pénalement⁵⁰. Par ailleurs, il apparaît que les éventuels antécédents judiciaires de trafic inciteront d'une manière générale les forces de police et le substitut à accentuer leurs efforts pour trouver des éléments permettant de recueillir cette qualification.

Cette distinction peut paraître opportune d'un point de vue judiciaire ; elle reste évidemment difficile à soutenir strictement d'un point de vue sanitaire. En effet, et ceci est surtout vrai pour ce qui concerne les usagers de drogue dures, le prix des produits amène un grand nombre d'usagers dépendants à de fait se livrer à une revente de produits pour assurer leur consommation. Beaucoup d'usagers d'héroïne deviennent donc, à un moment de leur toxicomanie, des usagers-revendeurs d'un point de vue judiciaire sans que cette qualification ait changé quoi que ce soit à leur situation sanitaire. Il convient néanmoins de relativiser cette apparente contradiction entre les logiques judiciaires et sanitaires : le déclenchement de poursuites pénales ne signifie pas que toute prise en charge sanitaire de l'utilisateur est exclue. En effet, diverses obligations de soins, plus contraignantes que l'injonction thérapeutique, peuvent être prononcées à l'issue du procès ou au cours de l'instruction pour amener l'utilisateur vers une structure de soins. Rappelons que pour ces obligations, c'est l'autorité judiciaire (et non plus la DDASS) qui est chargée de leur mise en œuvre.

Un autre cas limite doit être mentionné : le cas des usagers simples ayant commis une infraction connexe à l'usage de stupéfiants. Dans la mesure où un certain nombre d'infractions peuvent avoir pour source l'usage de produits stupéfiants, il pouvait sembler opportun d'ouvrir les alternatives sanitaires à ces usagers. La circulaire de 1995 avait d'ailleurs indiqué expressément que l'injonction thérapeutique pouvait être proposée à des usagers de drogue coupables d'un délit connexe, contredisant d'ailleurs en cela la circulaire de 1993.

Malgré le texte de 1995, qui sur ce point fixe théoriquement l'état du droit en la matière, le substitut du Procureur chargé des stupéfiants sur le département des Yvelines a considéré que l'existence d'un délit connexe rendait impossible la mise en œuvre d'une alternative sanitaire. Les usagers interpellés pour un délit connexe à l'usage de stupéfiants n'ont donc

successeur est différente. Tout juste pourra-t-on souligner qu celui-ci s'est explicitement placé dans la continuité du travail entrepris par sa prédécesseur.

⁵⁰ Quelques (très rares) cas de trafiquants qui avaient réussi à se faire passer pour des usagers simples et ont bénéficiés à ce titre de mesures alternatives aux poursuites ont été signalées par la Permanence d'orientation sanitaire et sociale. Ces cas sont cependant exceptionnels, le substitut du Procureur étant particulièrement vigilant sur le fait de ne laisser les alternatives aux poursuites qu'aux usagers simples de produits.

pas bénéficié d'une prise en charge sanitaire dans le cadre des mesures alternatives aux poursuites judiciaires ; la seule piste ouverte pour eux reste donc, d'une manière générale, les obligations de soins dans le cadre des mesures de justice. Ce point peut être vu comme une illustration du caractère répressif de la politique mise en œuvre par le Parquet de Versailles en matière de stupéfiants.

C'est cette politique qui caractérise également l'attitude du Parquet dans la lecture des suites possibles à l'infraction d'usage.

2.1.2.2 Les suites à l'infraction d'usage

Le Procureur a, au titre des articles 39 et suivants du code de procédure pénale, une grande liberté dans la conduite de l'action publique et, à ce titre, choisit les suites à donner à une affaire. Il peut donc, pour toute affaire d'usage de stupéfiants, décider soit de classer l'affaire sans suite, ou avec un rappel à la loi ou une orientation sanitaire, soit proposer au prévenu une mesure d'injonction thérapeutique, soit poursuivre pénalement cette infraction.

2.1.2.2.1 *Le classement sans suite ou avec avertissement*

Tous les usagers interpellés ne font pas l'objet d'une alternative sanitaire. Bien au contraire, la grande majorité d'entre eux fait l'objet d'un classement sans suite ou avec avertissement⁵¹. L'avertissement dans ce cadre est un rappel à la loi qui peut prendre une forme solennelle – effectué par le délégué du substitut au tribunal devant lequel l'usager est formellement convoqué - ou plus souple – par un officier de police au commissariat. Cette mesure est, dans l'esprit du substitut, exclusivement réservée aux usagers de cannabis (à l'exclusion a priori de tous les autres produits) lorsqu'ils n'ont pas d'antécédents judiciaires ou policiers connus. On trouve ici les deux principaux critères (produits consommés et antécédents judiciaires et policiers) permettant au substitut d'orienter les usagers de drogue vers l'un ou l'autre des dispositifs. D'autres critères vont rentrer en ligne de compte : la quantité de produits lors de l'interpellation ou lors de la perquisition pourra conduire le substitut à privilégier plutôt les suites pénales, soit au titre de l'usage, soit, notamment, en fonction des résultats de la perquisition, pour trafic. La consommation déclarée par l'usager lors de la garde à vue pourra également entraîner le substitut à privilégier une mesure sanitaire d'alternative aux poursuites (classement avec orientation, la plupart du temps).

⁵¹ On peut relever à cet égard dans un récent rapport édité par l'OFDT et le CESDIP : « *en ce qui concerne la répression de l'usage simple, nous avons observé sans surprise que le classement est la réponse majoritaire* »

2.1.2.2.2 Les alternatives sanitaires

L'étude des orientations réalisées par le Procureur de la République vers l'une ou l'autre des mesures d'alternatives aux poursuites judiciaires (IT ou CO) révèle l'importance prise par le produit d'interpellation. Dans la très grande majorité des cas, les usagers envoyés vers le classement avec orientation sont les usagers interpellés avec du cannabis, les usagers envoyés vers l'injonction thérapeutique étant les usagers qui consomment d'autres produits stupéfiants (héroïne, cocaïne, drogues de synthèses diverses).

➤ Le classement avec orientation :

Le CO s'adresse sur le département des Yvelines aux usagers de cannabis ayant déclaré une consommation importante de cette substance (une consommation quotidienne ayant été spontanément citée comme exemple de consommation excessive), ou ayant fait l'objet de plusieurs interpellations pour usage de cannabis. Le nombre d'usagers visé par cette mesure est en forte augmentation sur le département des Yvelines, ce qui illustre une fois de plus à quel point une mesure d'orientation des usagers de cannabis était nécessaire pour les services de police. En effet, cette mesure avait concerné 128 usagers en 2000, soit moins de 5% des usagers interpellés pour usage de cannabis. En 2001, le taux des usagers interpellés pour usage de cannabis ayant fait l'objet d'un classement avec orientation serait plutôt supérieur à 10% (246 personnes du 1^{er} janvier au 31 octobre 2001)⁵². Ces usagers sont très majoritairement jeunes (22 ans d'âge moyen en 2000, alors que la procédure était réservée aux majeurs), vivant chez leur parents pour plus de 90% d'entre eux, avec 26% d'étudiants, et seulement 23% de personne disposant d'un CDI (37% de personnes avec un emploi précaire, et 14% d'inactifs). Ces usagers étaient des hommes à 97% . Si le produit d'interpellation est presque toujours le cannabis, leur consommation (fréquence et quantité) est très variable d'un jeune à un autre.

➤ L'injonction thérapeutique

D'une manière générale, dès lors qu'elle est connue du substitut, toute consommation de drogues dures rend impossible la prise en charge de l'utilisateur dans le cadre du classement

apportée à ces faits. », in BARRE, POTTIER et DELAITRE, Toxicomanie, police justice : trajectoires pénales OFDT, CESDIP n°87, Avril 2001, p.79.

⁵² Ces chiffres, fournis par l'association IPT sont relativement sous-évalués. Ils ne tiennent compte que des usagers placés ayant fait l'objet d'un classement avec orientation et s'étant rendus effectivement au premier entretien au tribunal. Les usagers qui ne se sont pas rendus à ce premier entretien n'ont pu être comptabilisés ici.

avec orientation, et a fortiori tout mesure encore moins contraignante comme le classement avec rappel à la loi. C'est donc, en l'absence de poursuites pénales, l'injonction thérapeutique qui sera privilégiée. Cette procédure est réservée a priori sur le département aux usagers de drogues dures ; leur profil est assez différent des usagers envoyés dans le cadre du CO : ce sont des usagers plus âgés, plus ancrés dans leur toxicomanie, avec des problèmes sociaux importants pour une majorité d'entre eux et souvent des antécédents judiciaires.

Il faut néanmoins souligner ici l'importance du produit d'interpellation. La plupart des usagers de drogues dures envoyés devant le médecin injoncteur sont également consommateurs de cannabis. S'ils sont interpellés avec cette seule substance, et s'ils taisent leurs autres consommations, ils peuvent donc faire l'objet d'un « simple » classement avec rappel à la loi ou orientation. Il est arrivé, peu fréquemment, que des usagers de drogues dures soient dans ce cadre envoyés pour un classement avec orientation.

2.1.2.2.3 Les poursuites pénales

Le substitut dispose toujours, en matière d'usage de stupéfiants, de la possibilité de recourir à des poursuites pénales sur le fondement de l'article L- 3421-1 du Code de la Santé Publique. L'ouverture de telles poursuites va surtout dépendre en pratique d'éléments liés à la personnalité de la personne interpellée et notamment à ses antécédents judiciaires. Comme le note un récent rapport édité par l'OFDT : « *on fait souvent l'hypothèse que l'existence d'antécédents accroît la probabilité des poursuites. C'est en tout cas une constatation que nous avons faite en matière de traitement de l'usage de stupéfiants.* »⁵³ Même s'il n'y a pas de règles en la matière, le substitut sera généralement plus enclin à ouvrir des poursuites lorsque l'utilisateur a déjà fait l'objet de poursuites pénales. Cette règle s'applique notamment très strictement aux usagers faisant l'objet d'une mesure de sursis avec mise à l'épreuve. Elle trouve également à s'appliquer pour les usagers ayant un passé judiciaire important pour lesquels le substitut pourra souhaiter mettre en place un cadre plus coercitif que l'injonction thérapeutique.

Le substitut sera également enclin à poursuivre l'utilisateur à qui une mesure d'alternative sanitaire aux poursuites a déjà été proposée et qui n'a pas tiré le profit attendu de cette mesure. D'une part, le substitut pourra poursuivre tout usager placé sous injonction thérapeutique qui n'aura pas respecté les obligations minimales découlant de l'injonction

⁵³ Voir, Toxicomanie, police, justice, ouvrage précité note 51, p.58.

(pour lequel le médecin inspecteur de la DDASS n'aura pas transmis d'attestation faisant état du respect par celui-ci de la mesure d'injonction thérapeutique). D'autre part, si un usager de cannabis ayant fait l'objet d'un classement avec orientation n'a pas satisfait aux exigences du substitut et est à nouveau interpellé, le substitut préférera renoncer aux alternatives sanitaires, qui ne jouent alors pas leur rôle, et ouvrir des poursuites pénales à son encontre. Dans ces différents cas de figure, la volonté du substitut est de mettre en place d'un cadre plus coercitif qui n'exclut d'ailleurs pas la mise en oeuvre d'obligations de soins (sursis avec mise à l'épreuve notamment).

On le voit ici, les critères retenus pour l'orientation des usagers de drogue vers l'un ou l'autre des dispositifs sont assez éloignés du texte et de l'esprit de la circulaire du 17 juin 1999. Celle-ci prévoyait une diversification des alternatives aux poursuites pour permettre, lors des interpellations pour infractions à l'usage, de distinguer entre usagers récréatifs (pour lesquels un classement avec avertissement était requis), usagers abusifs ou présentant une problématique sanitaire ou sociale particulière (pour lesquels un classement avec orientation devait être opéré) et usagers dépendants (qui devaient être orientés vers l'injonction thérapeutique). Le Parquet du tribunal correctionnel de Versailles a substitué à ces critères sanitaires des critères fondés sur une logique plus répressive : il accordera notamment de l'importance aux antécédents policiers et judiciaires de chaque usager. Alors que la circulaire de 1999 n'établissait pas de distinction définitive entre drogue douce et drogue dure et préférait s'attacher au comportement de l'utilisateur vis à vis de la substance, la pratique du substitut du Procureur a de fait créé une filière par produit en réhabilitant la distinction drogues douces/ drogues dures : aux premières (cannabis) correspond le CO, aux secondes (héroïne, cocaïne, amphétamines, drogues de synthèse...) correspond l'IT. La possibilité présente dans la circulaire de recourir au CO pour les usagers non dépendants d'héroïne ou de cocaïne ainsi que pour les usagers récréatifs de drogues de synthèse (public des soirées raves notamment) afin de leur délivrer un message d'information sur la dangerosité des produits consommés est totalement absente de la logique retenue par les magistrats du Parquet. Il est vrai que, dans la mesure où ceux-ci ont à décider de recourir à un CO sans avoir vu l'utilisateur⁵⁴, ils ont tendance à privilégier pour le choix de la mesure sanitaire un critère simple.

D'une manière plus générale on peut voir ici que la sélection du public s'effectue selon une procédure et des modalités qui suivent avant tout une logique policière et judiciaire. Il y a peu

⁵⁴ Rappelons que le Procureur ne reçoit pas l'utilisateur pour les mesures de classement (sans suite, avec avertissement ou avec orientation) ; la décision de classement est prise par le substitut au vu des éléments qui lui sont transmis, par téléphone, par l'officier de police.

de place à ce stade de la procédure pour une approche plus sanitaire ou sociale. Ceci est d'ailleurs largement compréhensible : il est difficile de demander à des policiers ou des magistrats d'orienter les usagers en suivant une grille de lecture (usager récréatif, abusif et dépendant) qui ne rentre pas dans leurs modes d'appréhension habituels de la toxicomanie.

Cette différence de logique entraîne deux conséquences majeures pour l'équipe de la P.O.S.S.:

- d'une part, une partie importante de leur travail va être, avant l'orientation proprement dite, d'amener l'usager à percevoir qu'il est sorti du cadre répressif dans lequel il a subi diverses mesures qu'il peut avoir mal vécues (la perquisition au domicile des jeunes usagers vivant chez leurs parents est souvent difficilement supportée⁵⁵) pour entrer dans un cadre sanitaire ou social où on va lui proposer une écoute et une aide. Il est ainsi nécessaire de sortir l'usager de la relation de défiance qu'il a pu avoir vis à vis des services de police, voire du Procureur, pour l'amener à une relation de confiance, préalable indispensable à une orientation sanitaire et sociale réussie. Il est fréquent que l'usager, parce qu'il perçoit mal qu'il est sorti du circuit judiciaire, continue de sous estimer voire de nier sa consommation actuelle de produits stupéfiants. Il est d'autant plus difficile d'extraire l'usager de la logique répressive dans laquelle il a été placé que celui-ci sait pertinemment que, s'il ne suit pas la mesure d'IT ou de CO, son dossier remontera au substitut qui décidera des suites à lui apporter. Il va sans dire que le positionnement de la P.O.S.S. est difficile ; tous les départements sont d'ailleurs confrontés peu ou prou à la même difficulté dans la mise en œuvre des alternatives aux poursuites.
- D'autre part, ces différences de logiques et d'approches rendent nécessaires la tenue de concertations périodiques entre le substitut et l'équipe de la P.O.S.S. sur le profil des personnes envoyées, permettant de discuter éventuellement des cas où une orientation vers l'une ou l'autre mesure n'a pas semble opportune à l'équipe IPT. Il serait envisageable, et dans une certaine mesure souhaitable, d'associer à ces séances des officiers des commissariats et des membres de différentes équipes soignantes. Ces séances de pilotage sont explicitement prévues par la circulaire du 17 juin 1999 qui évoque la nécessité de réunions de ce type au minimum tous les 6 mois. Ces concertations n'ont cependant pas eu encore lieu de façon formelle sur le département des Yvelines, ce qui nuit sans doute à la mise en place d'un partenariat véritable entre autorités policières, judiciaires et sanitaires. Le développement de ce type de réunions de pilotage pourrait permettre, sinon de gommer les différences de logiques, au moins

d'aboutir à en limiter les effets par une meilleure prise en compte par chacun des intérêts et contraintes des autres partenaires.

2.2 LES ORIENTATIONS REALISEES

C'est le public sélectionné par les autorités judiciaires qui fait donc l'objet d'une orientation par la P.O.S.S. dans le cadre de deux ou trois entretiens avec le médecin généraliste (IT)⁵⁶, ou avec l'assistante sociale et/ou la psychologue (CO). Ces orientations s'effectuent prioritairement, et c'est une caractéristique du département des Yvelines qu'il faut souligner, en direction de trois centres de soins pour toxicomanes, les CEDAT (centre départemental d'aide aux toxicomanes). Cet élément fera l'objet d'une analyse dans un premier point. Il faudra ensuite s'interroger sur la nécessité pour la permanence de diversifier ses orientations vers d'autres structures du département, avant de voir si l'orientation vers une structure doit être retenue de façon systématique ou si le passage devant la P.O.S.S. peut constituer la seule mesure de suivi sanitaire et social pour certains usagers.

2.2.1 Les centres de soins pour toxicomanes

Il existe plusieurs CSST sur le département des Yvelines. Il ne sera pas question ici du CSST en milieu pénitentiaire, ni du CSST de Nézel, tenu par l'ADATO qui est un centre de post-cure avec hébergement visant à la réinsertion sociale de personnes ayant arrêté leur consommation de produits stupéfiants, et n'est donc pas adapté, sauf pour des cas exceptionnels, aux usagers de drogue sous main de justice.

Seules quatre structures sont chargées spécifiquement des soins aux toxicomanes en ambulatoire sur le département des Yvelines et peuvent constituer, à ce titre, un cadre adapté au suivi des toxicomanes. L'une de ces structures est cependant très peu utilisée comme structure d'orientation des usagers sous main de justice : il s'agit du CAAT 78, situé à Versailles, qui, bien qu'étant juridiquement qualifiée de CSST, n'est pas à proprement parler une structure de prise en charge sanitaire. Il s'agit plutôt d'une structure d'écoute des toxicomanes et de leur famille. Il est exceptionnel que la permanence adresse un usager au CAAT 78 dans la mesure où la P.O.S.S. a déjà effectué une écoute psychosociale des

⁵⁵ Notons que 90% des personnes ayant fait l'objet d'un CO vivaient chez leurs parents au moment de la perquisition.

⁵⁶ Rappelons cependant que même dans le cadre de l'IT, le premier entretien a lieu avec le psychologue ou l'assistante sociale au tribunal.

usagers de drogue et, éventuellement, de leur famille et que l'envoi vers le CAAT risquerait d'être, dès lors, redondant.

La majorité des usagers suivis par la P.O.S.S. sont envoyés vers les trois structures restantes chargées du soin en ambulatoire aux toxicomanes. Ces structures forment une seule et même entité juridique, le CEDAT (Centre Départemental d'Aide aux Toxicomanes) dépendant juridiquement du centre hospitalier de Versailles et qui fonctionne sur trois sites : Versailles, Saint-Germain-en-Laye et Mantes la Jolie. La coordination de ces structures est assurée par un médecin psychiatre, le Dr Martine CARPENTIER. Notons qu'une quatrième structure de ce type, dépendant également de l'hôpital de Versailles, spécialisée dans le traitement de toutes les addictions (et non seulement de la toxicomanie), devrait voir le jour au cours de l'année 2002 sur le territoire de la ville nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines.

Le CEDAT a, dès la création de la permanence, été la principale structure vers laquelle les usagers soumis tant à une IT qu'à un CO étaient orientés. Il est vrai que, sur le département des Yvelines, le CEDAT constitue la structure principale pour la prise en charge médicale des toxicomanes, avec 844 patients accueillis en 2000. Le public accueilli par ce centre est constitué d'une majorité relative d'héroïnomanes, mais les trois structures accueillent également un grand nombre d'usagers de cannabis : le CEDAT pouvait donc avoir légitimement pour vocation d'accueillir les usagers faisant l'objet d'un CO. En outre, il existe des liens forts unissant le CEDAT à la P.O.S.S. : comme nous l'avons déjà mentionné, le projet d'orientation des usagers sous main de justice, tel qu'il a été mis en œuvre par l'association IPT, a été co-écrit avec le directeur du CEDAT de Mantes, M. COUTERON. Pour ces raisons, la P.O.S.S. jouit auprès des CEDAT d'une bonne visibilité, et c'est assez naturellement que les trois sites de ce centre ont constitué la première et principale orientation pour les usagers passant par la permanence.

2.2.1.1 La prise en charge des usagers dans le cadre de l'injonction thérapeutique

La très grande majorité des usagers faisant l'objet d'une mesure d'injonction thérapeutique sont orientés vers les CEDAT. Ainsi, sur les 41 usagers ayant fait l'objet d'une mesure d'injonction thérapeutique en 2000, 38⁵⁷ avaient été orientés vers des CSST. Lorsqu'ils n'existait pas de volonté particulière de l'usager d'aller vers un CSST qu'il connaissait, l'orientation s'est généralement effectuée vers le CEDAT (30 orientations en 2000).

⁵⁷ Il y avait eu en outre deux orientations chez le médecin traitant, et une orientation vers un point écoute jeune.
Raphaël SODINI – Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2002

Dans le cadre de l'injonction thérapeutique, ce choix est dicté par deux types de considérations.

D'une part, le profil des usagers orientés correspond bien au type de prise en charge effectué dans ces centres. Les CEDAT assurent en effet la prise en charge médicale, psychologique et sociale de tous les usagers de drogues par une équipe pluri professionnelle : personnel médical (2 praticiens temps partiel, 6 attachés assurant en tout 31 vacations), 4,70 ETP de psychologues, 5 ETP d'infirmières et un peu plus de 3 ETP de travailleurs sociaux. Ce sont les seules structures du département habituées à recevoir des usagers de drogues dures et à en assurer le suivi médical ; les CEDAT délivrent notamment, de manière régulière, des traitements de substitution pour les usagers d'héroïne (SUBUTEX® ou METHADONE®). Il convient ici de rappeler que, par souci d'une stricte séparation des rôles, le médecin injoncteur travaillant au sein de la P.O.S.S. n'est habilité ni à prescrire, ni même à faire un véritable examen médical.

D'autre part, il existe une bonne connaissance par les CEDAT de la procédure d'orientation mise en place des injonction thérapeutiques et du travail effectué par le médecin injoncteur. Ceci est d'importance : en pratique, le médecin injoncteur demande aux centres de soins de lui fournir un certain nombre d'informations sur le traitement suivi par l'utilisateur de drogue dans le cadre de son orientation, sur la qualité du suivi effectué et sur sa coopération. Il est particulièrement important à cet égard que les rapports entre le médecin et la structure de soins soient des rapports de confiance réciproque. Il peut exister, et le problème s'est posé avec d'autres structures de soins aux toxicomanes situés dans d'autres départements d'Ile de France, une certaine défiance vis à vis de la mesure d'injonction thérapeutique qui peut entraîner un refus d'effectuer un retour satisfaisant d'information au médecin injoncteur en temps voulu. On comprend aisément dans ce cadre que les trois sites du CEDAT constituent les sites d'orientation principaux, sauf lorsque l'utilisateur fait initialement l'objet d'un suivi dans un autre centre vers lequel il sera généralement orienté.

2.2.1.2 La prise en charge des usagers dans le cadre du classement avec orientation

Le fait que les centres de soins pour toxicomanes constituent, en termes relatifs, la première orientation proposée aux personnes faisant l'objet d'un classement avec orientation (simples usagers de cannabis) peut paraître étonnant à première vue. La notion de centre de soins pour toxicomanes renvoie en effet spontanément plus à la prise en charge d'usagers de drogues « dures » plus qu'à celle d'usagers de cannabis.

Cependant, afin de faire face à l'importance prise par l'usage de cannabis en Ile de France et sur le département des Yvelines⁵⁸, les CEDAT ont tous développé des modalités de prise en charge adaptées à la spécificité sociologique et sanitaire des usagers de cannabis. Certains ont réservé des périodes spécifiques pour le suivi de ce jeune public. Tous ont mis en place des modalités ou des protocoles particuliers de prise en charge.

On peut s'arrêter, à titre d'exemple, sur le travail réalisé par M. COUTERON au sein du CEDAT de Mantes la Jolie qui a mis en place une méthode spécifique d'auto-évaluation des usagers de cannabis. Il s'agit d'un protocole expérimental⁵⁹ se déroulant sur la base d'une séquence de trois entretiens visant à permettre au jeune d'évaluer l'impact sur sa vie quotidienne de sa consommation de cannabis, ainsi que sa capacité à contrôler ses effets. L'intérêt de ces travaux dans le cadre spécifique du classement avec orientation, est qu'ils partent du constat, qui correspond au cadre du CO, que l'usager de cannabis est rarement demandeur d'une prise en charge sanitaire ou sociale. La demande vient plus souvent de l'extérieur, qu'il s'agisse du milieu familial ou, pour le cas qui nous intéresse, de la justice. Plutôt que d'asséner le discours adulte traditionnel sur la nécessaire abstinence, discours dont les adolescents connaissent les limites, il est proposé au jeune d'être guidé dans l'évaluation de sa propre consommation.

Durant le premier entretien, l'usager détaille l'ensemble des aspects de sa consommation. L'entretien porte notamment sur la qualité du produit consommé (shit, pollen, herbe), sur les modes de consommations (joint, bang, en groupe, seul, à son domicile ou à l'extérieur...), sur les quantités et les périodes de consommation (week-end, tout la journée...). Toutes ces questions doivent amener le jeune à réfléchir sur son type d'usage du cannabis (hypnotique, occupationnel, convivial..) et vont l'amener à évoquer les effets ressentis, les effets souhaités (stimulants, euphorisants, hypnotiques, relaxants...) et les éventuels effets indésirables (perte de mémoire, baisse de résultats scolaires, perte du contrôle de soi...).

Sur la base des éléments posés par l'adolescent, le ou les entretien(s) suivant(s) vont être préparés dans le but de rendre le jeune actif vis à vis de sa consommation : il doit définir des situations symboliquement importantes pour lui et expérimenter sa capacité à les vivre sans y associer la prise de produits. Une évaluation est ensuite réalisée en entretien pour permettre à l'usager d'évaluer la conséquence de la prise de produits sur son existence.

⁵⁸ On pourra se référer à cet égard, outre à l'enquête ESCAPAD déjà mentionnée, au rapport de l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France : « Conduites à risques chez les jeunes de 12 à 19 ans en Ile de France », ORS Ile de France, mars 2000. Ce rapport met notamment l'accent sur le fait qu'en Ile de France un jeune de 19 ans sur cinq consomme régulièrement du tabac, de l'alcool et du cannabis. Notons qu'il signale également que ces jeunes se déclarent en moins bonne santé physique et mentale que les autres.

⁵⁹ L'essentiel de ce paragraphe est tiré d'une note rédigée par M. Couteron. « Accueil d'usagers de cannabis : intérêt d'une auto-évaluation ».

Cette méthode, qui devrait faire l'objet d'une évaluation approfondie⁶⁰, a pour l'instant donné des résultats satisfaisants du point de vue de la participation des jeunes aux entretiens. Notons que d'autres types d'évaluations de la consommation de cannabis existent et sont pratiquées aux CEDAT de Versailles et de Mantes.

Ces entretiens nous paraissent particulièrement adaptés au classement avec orientation. On pourra objecter que le but de ces entretiens, qui n'est pas l'abstinence, mais plutôt la maîtrise par le jeune de sa consommation de cannabis, est en contradiction avec le principe de l'interdit légal et que, dans cette mesure, il faudrait envisager d'autres types de prise en charge, plus directives. Cette objection paraît cependant particulièrement difficile à soutenir dans le cadre réel de la banalisation de la consommation de cannabis. Elle ne correspond d'ailleurs pas au texte et à l'esprit des différentes circulaires d'application de la loi de 1970, qui assignent aux alternatives sanitaires d'autres objectifs que la nécessaire abstinence. Soulignons enfin qu'un discours trop répressif sur le cannabis, totalement déconnecté des études récentes sur la dangerosité de ce produit, ne risque pas de rencontrer l'adhésion des jeunes et qu'adopter une telle attitude serait à bien des égards contre-productif.

Même si les centres de soins pour toxicomanes peuvent constituer un cadre adapté à la prise en charge d'usagers de cannabis, il convient de souligner que, dans le cadre du CO, ils ne peuvent convenir à l'ensemble du public reçu. D'une part, l'auto évaluation présentée ci-dessus ne peut être adaptée qu'à des usagers se livrant à une consommation abusive de cannabis ; pour des usagers dont la consommation est purement récréative et occasionnelle, la mesure risque de n'avoir guère de sens. D'autre part, il faut qu'existe, sinon une demande réelle de l'utilisateur, au moins une acceptation de la mesure. Souvent l'utilisateur, qui ne s'identifie pas à un toxicomane, sera réticent à se rendre dans un CSST.

De fait, il a été noté une certaine déperdition des personnes sous CO orientées en 2000 vers des CSST : si, en 2000, 40,5% des 128 jeunes reçus avaient bénéficié d'une telle orientation (soit 52 jeunes), ce chiffre ne se retrouve pas dans les statistiques des CEDAT⁶¹. Il faut observer que la P.O.S.S. a pu, dans ses premiers mois de fonctionnement, du fait d'un manque d'expérience, orienter un nombre important de jeunes vers les CEDAT alors que leur consommation de cannabis ne justifiait pas une telle orientation. On pourra observer à cet égard que parmi les jeunes vus en 2001 (au 31 octobre), seuls 29% avaient fait l'objet

⁶⁰ C'est en tout état de cause le souhait exprimé par Mme MAESTRACCI, Présidente de la MILDT.

⁶¹ Cet élément doit néanmoins être pris avec précaution : les CEDAT peuvent mal identifier ou mal répertorier, dans le cadre très souple du classement avec orientation, le nombre de jeunes envoyés dans le cadre de cette mesure. Il reste que l'on pourra regretter que la P.O.S.S. ne publie pas d'éléments plus précis sur la part des orientations effectivement suivies.

d'une orientation vers les CSST, ce qui constitue une baisse importante. La permanence, afin d'éviter une déperdition d'usagers, semble aujourd'hui être plus sélective dans le choix de ses orientations.

Cette perte lors de l'orientation d'usagers peut également être vue comme une conséquence de la complexité de la procédure mise en place pour le classement avec orientation. En effet, dans le cadre de cette procédure, l'usager vit une sorte de nomadisme institutionnel. Il est d'abord convoqué au tribunal pour un entretien, puis à la permanence (dans les locaux loués par la DDASS), pour un voire deux entretiens, éventuellement devant une personne différente de celle qu'il a vu au tribunal, puis envoyé devant une structure de soins avant finalement de revenir pour un dernier entretien dans les locaux de la P.O.S.S. Il est clair qu'à chacune de ces étapes, un certain nombre d'usagers sort du circuit ⁶².

Pour limiter cette sortie de prise en charge, la DDASS a proposé, en concertation avec l'association IPT et le CEDAT de Versailles, qu'une partie des consultations cannabis de ce CSST soient délocalisées et se déroulent dans les locaux mêmes de la P.O.S.S. Cette mesure, qui devrait être mise en œuvre dès le début de l'année 2002⁶³, doit permettre aux usagers de cannabis de bénéficier ainsi d'une évaluation de leur consommation et d'une éventuelle prise en charge dans un lieu qu'ils connaissent et qui est moins stigmatisant qu'un centre de soins pour toxicomanes. La création de ce type de consultation permettra à la P.O.S.S d'avoir ainsi un suivi plus direct de certains usagers. Notons qu'une telle évolution rendra plus complexe encore l'organigramme de la P.O.S.S. Déjà structure bicéphale DDASS / IPT du fait de son financement, la permanence deviendrait une structure à trois têtes : la DDASS assurerait le financement direct de l'IT, IPT continuerait à superviser la mise en œuvre du CO et le CEDAT (donc l'Hôpital de Versailles) détacherait un psychologue pour assurer le suivi de certains usagers. Cette réelle complexité ne devrait pas, pour autant, déboucher sur une structure ingérable dans la mesure où les rôles de chacun paraissent clairement établis.

⁶² La permanence relevait ainsi qu'en 2000 : sur 100 usagers présents au tribunal, 17 étaient absents au deuxième rendez vous (à la permanence) et seulement 43 venaient pour le bilan après orientation -mais il convient de noter que certains usagers (24%) n'ont pas fait ou souhaité faire l'objet d'une orientation et étaient à ce titre dispensés d'effectuer un bilan.

⁶³ La DDASS, en 2001, a financé un temps de psychologue supplémentaire au CEDAT de Versailles et au CEDAT de Mantes pour assurer des consultations des usagers de cannabis

2.2.2 La nécessité de diversifier les orientations ?

Concernant l'injonction thérapeutique, nous avons déjà souligné que l'orientation était effectuée de manière quasi systématique vers les CSST et majoritairement vers le CEDAT. Ceci correspond d'ailleurs parfaitement à l'esprit de la mesure dès lors que celle-ci s'adresse plutôt aux usagers dépendants, conformément à la circulaire du 17 juin 1999.

En revanche, concernant le classement avec orientation, on a déjà pu souligner le caractère moins systématique de l'orientation vers les CSST qui ne concerne que 30 à 40% des usagers. D'autres orientations sont en fait effectuées notamment vers les missions locales et les Points Ecoute et Points Accueil Jeunes.

On aurait pu imaginer que ces deux types de structures, et particulièrement les dernières, allaient constituer les structures privilégiées d'orientation des jeunes dans le cadre du CO. Les Points Accueil Jeunes, créés par la circulaire du 14 juin 1996, et les Points Ecoute Jeunes, créés par la circulaire du 10 avril 1997, s'adressent en effet aux jeunes marginalisés, en difficulté d'insertion, et visent notamment à répondre aux problèmes d'addiction et à prévenir les toxicomanies⁶⁴. Sociologiquement, et d'un point de vue sanitaire, le public et les problématiques auxquels ces centres sont confrontés apparaissent proches du public envoyé par le Procureur dans le cadre du CO. Il convient de noter que le département des Yvelines est particulièrement bien doté en ce qui concerne les PEJ et PAJ, avec 12 structures qui touchent toutes les zones urbaines du département (y compris certaines zones éloignées des CSST et difficiles d'accès comme Rambouillet et, dans une moindre mesure, Aubergenville ou Plaisir). Certains de ces PEJ se sont largement spécialisés dans l'écoute et la prise en charge des usagers de drogue. C'est le cas notamment du PEJ des Mureaux, « le Point Virgule » qui est géré par l'association SOS Drogue International. Même lorsqu'ils sont moins spécialisés, tous les Points Ecoute et Points Accueil Jeunes du département sont confrontés de manière très habituelle à l'accompagnement et au suivi psychosocial de jeunes souvent poly-consommateurs et disposent de personnels qualifiés (psychologues, pour la plupart).

Le lien privilégié d'IPT avec le CEDAT a sans doute nui à l'établissement d'un partenariat plus fort avec les PEJ et PAJ du département des Yvelines. Sur la première année de fonctionnement de la P.O.S.S., seuls 5% des usagers placés sous CO étaient orientés vers

⁶⁴ Pour plus d'éléments sur les PEJ et PAJ, il conviendra de se référer à une étude de l'OFDT : E. JACOB, M. JOUBERT, S. TOUZE, *Evaluation des Points Ecoute Jeunes et/ou parents*, RESSCOM, OFDT étude n°23, octobre 2000. Voir notamment les pp.228 et 229 pour un tableau comparatif des circulaires de 1996 et 1997.

les Points Jeunes. En 2001, une tendance à la diversification des orientations est apparue : alors que la part des orientations vers les CEDAT a diminué, on a pu noter, dans le même temps, un très léger accroissement des orientations vers les PEJ ou les PAJ (qui tendent vers 10% des usagers sous CO). Les chiffres 2001 continuent cependant à témoigner du lien privilégié existant entre la P.O.S.S et le CEDAT. Il conviendrait de voir s'il ne faudrait pas à l'avenir développer un partenariat plus direct avec les Points Jeunes qui présentent le double avantage d'être mieux répartis sur le territoire du département et plus spécialisés dans l'accueil du type de public faisant l'objet d'un CO. Ces centres pourraient ainsi constituer une solution d'orientation alternative pour les jeunes dont la consommation de cannabis ne justifie pas à elle seule une prise en charge sanitaire spécifique au sein d'un CSST, mais qui peuvent avoir besoin d'une écoute et d'un suivi.

Par ailleurs, il serait intéressant que la P.O.S.S. publie dans son rapport d'activité la part des orientations effectivement suivies, ventilées par structures de prise en charge (CSST, PEJ...). Ceci pourrait permettre une meilleure évaluation du travail de la P.O.S.S et des difficultés auxquelles elle est confrontée.

2.2.3 La nécessité d'orienter ?

Nous avons indiqué précédemment le fait que la procédure mise en place par la DDASS des Yvelines pour l'orientation des usagers de drogue se caractérisait par une distinction très marquée entre l'orientation proprement dite et le suivi. Ceci implique que, théoriquement, tout usager envoyé devant la P.O.S.S., ou un maximum d'entre eux, doit faire l'objet d'une orientation, faute de quoi la mesure pourrait être vue comme n'ayant pas donné les résultats escomptés par le substitut ou par la DDASS.

Ce point est d'ailleurs peu discuté pour l'injonction thérapeutique, les usagers envoyés devant faire l'objet d'un suivi relativement lourd que le médecin injoncteur n'aurait pas le temps de mettre pratiquement en place. Il reste que, même concernant cette mesure, le fait que le médecin injoncteur ne puisse ni effectuer d'examen médical, ni prescrire - y compris un dépistage du VIH ou du VHC – est parfois mal vécu⁶⁵. On devine que la DDASS a voulu éviter que les errements de la procédure précédente, au cours de laquelle le médecin injoncteur suivait et prenait en charge l'ensemble des patients qui lui étaient envoyés dans le cadre de l'IT, se renouvellent.

Concernant le classement avec orientation, la situation est encore plus complexe. D'une part, il est clair qu'un certain nombre d'usagers ne va pas faire l'objet d'une orientation, soit

⁶⁵ Rien légalement n'impose cette interdiction. Néanmoins, dans de nombreuses autres structures d'orientation, on trouvera une limitation identique du rôle du médecin injoncteur (cas du médecin injoncteur de Seine-et-Marne, notamment).

qu'ils n'y soient pas favorables, soit, plus simplement, que leur consommation de cannabis et leur situation sociale ne justifient pas de prise en charge particulière. Dans le cadre de cette mesure, environ 40% à 50% des usagers envoyés ne font l'objet d'aucune orientation, pour les raisons que nous avons évoquées ci-dessus⁶⁶.

Cette absence d'orientation peut être vue comme le symptôme de l'échec de la mesure en général ou de son caractère inapproprié. D'un point de vue plus maximaliste, cette absence d'orientation pourrait être perçue par les autorités répressives comme une remise en cause de leur décision. Il convient ici de faire preuve de prudence. D'une part, absence d'orientation ne signifie pas désintérêt pour l'utilisateur et pour sa consommation. Elle signifie dans de nombreux cas que l'utilisateur a été reçu, et qu'il n'a pas semblé opportun de l'orienter, soit parce que la permanence n'a pas pu faire émerger un début de demande d'orientation, soit parce que l'utilisateur ne nécessitait pas de suivi particulier. Loin d'être le symptôme d'un échec, l'existence d'utilisateurs non orientés démontre que la permanence essaie au maximum de donner un sens aux orientations proposées, notamment en tentant de faire émerger une demande. En outre, même en l'absence d'orientation, l'utilisateur peut avoir commencé à élaborer avec l'équipe de la permanence une réflexion sur sa consommation ou sur sa situation sociale ou professionnelle au cours des deux ou trois entretiens qu'il a pu avoir.

Enfin, un dernier cas où l'opportunité de l'orientation se présente doit être mentionné. Il n'est pas toujours évident pour l'équipe chargée de l'orientation, tant dans le cadre de l'IT que dans le cadre du CO, de faire la part des choses entre ce qui relève de l'évaluation préalable à l'orientation et ce qui relève de la prise en charge de l'utilisateur. Il se peut qu'émerge au cours des entretiens avec les utilisateurs une relation de confiance propice à la prise en charge et que la mesure d'orientation risque alors de ne plus être comprise. Ces cas sont marginaux, mais posent alors le problème de la souplesse de la procédure mise en place par la DDASS. Il serait sans doute concevable que, dans des cas très limités quantitativement, un membre de l'équipe soignante puisse, après en avoir référé au médecin inspecteur de la DDASS, effectuer le suivi du patient, notamment s'il lui apparaît qu'un suivi est nécessaire et qu'une mesure d'orientation risquerait fort de ne pas être couronnée de succès.

L'orientation posait également le problème, ainsi que nous l'avons vu, du nomadisme institutionnel de l'utilisateur qu'elle entraînait dans le cadre, notamment, de la mesure du

⁶⁶ En 2000, la permanence note que, pour 20% des utilisateurs, aucune orientation n'a été proposée ; pour 21%, l'absence de l'utilisateur a rendu impossible la mise en place d'une orientation et 4% ont refusé l'orientation. Sur les dix premiers mois de 2001, la permanence observe que 45% des utilisateurs (en tout) n'ont pas été orientés. Ce chiffre est donc relativement stable sur ces deux années.

classement avec orientation⁶⁷. La venue prochaine d'un psychologue du CEDAT de Versailles au sein même de la permanence, chargé d'effectuer le suivi de certains usagers de cannabis, paraît à ce titre une mesure nécessaire, susceptible de limiter la déperdition des usagers.

D'une manière générale, le fait d'orienter les usagers vers un dispositif n'est pas quelque chose de simple. Les problèmes que nous avons mentionnés se retrouvent dans l'ensemble des structures chargées de l'orientation dans le cadre des alternatives sanitaires qui lui ont apporté des solutions variées⁶⁸. La P.O.S.S des Yvelines se distingue par la recherche systématique de l'orientation et par le recours privilégié à une orientation vers les structures de soins.

2.3 LA FIN DE LA MESURE

Un mot doit être dit brièvement sur les suites de ces orientations. Comme nous l'avons indiqué, la procédure mise en place sur le département des Yvelines vise à assurer tant un suivi par la P.O.S.S de la mesure qu'un retour rapide de l'information au Procureur. En effet, tant les usagers suivis dans le cadre de l'IT que les usagers orientés dans le cadre de CO doivent théoriquement revenir à la P.O.S.S. en fin de mesure pour en faire le bilan. C'est suite à ce bilan qu'est généralement proposée la fin de la mesure, sauf lorsque celle-ci est intervenue précédemment du fait de l'absence de l'utilisateur ou de sa non orientation⁶⁹.

La proposition de fin de mesure est envoyée au Médecin Inspecteur de la DDASS des Yvelines avec un avis sur le suivi de la mesure par l'utilisateur (avis détaillé pour l'injonction thérapeutique, plus sommaire pour le classement avec orientation).

D'une manière générale, la P.O.S.S. proposera un avis favorable dès lors que l'utilisateur s'est soumis à la mesure proposée, même si, évidemment, cela ne signifie pas que la mesure lui a été profitable. Ainsi, la permanence peut parfaitement émettre un avis favorable pour un utilisateur qui ne bénéficierait d'aucune orientation dans le cadre du CO. L'attitude de l'utilisateur est réellement l'élément déterminant dans l'élaboration de l'avis, ce qui est conforme d'ailleurs à l'esprit de la mesure.

Une synthèse de ces avis, sans informations médicales, est ensuite envoyée par le médecin au substitut. Celui-ci considère généralement qu'il a l'obligation de poursuivre les rares

⁶⁷ Dans le cadre de l'IT ce nomadisme est moins marqué, dans la mesure où la prise en charge de l'utilisateur est plus longue.

⁶⁸ Par contraste, la DDASS des Hauts-de-Seine a institutionnalisé le fait que le suivi des utilisateurs de cannabis se déroule auprès de la structure d'orientation.

usagers pour lesquels un avis défavorable a été émis après une mesure d'injonction thérapeutique. Cette position, très intransigeante, est conforme à l'esprit la loi de 1970 et à la notion même d'injonction thérapeutique. Il reste qu'en pratique cette position de principe ne semble pas systématiquement avoir été suivie.

Concernant le CO, rien n'interdit au substitut de déclencher des poursuites contre un usager qui ne se serait pas soumis à la mesure proposée. Il reste qu'il s'exposerait alors au risque d'encombrer les prétoires avec des affaires portant sur des faits que de nombreux juges du siège regardent comme ne justifiant ni condamnation, ni obligation de soins. La position des deux substituts qui se sont succédés était dès lors plus nuancée et consistait à ne poursuivre que les usagers qui, après avoir refusé de se soumettre aux très faibles obligations dans le cadre du CO, étaient à nouveau interpellés en possession de produits stupéfiants. En pratique donc, le fait pour un usager de ne pas se soumettre à une mesure de classement avec orientation n'aura de conséquence pour lui qu'en cas de récidive.

⁶⁹ Ce dernier point concerne bien sûr surtout le CO.

CONCLUSION

La procédure d'orientation mise en place par la DDASS des Yvelines s'efforçait, ainsi nous l'avons vu, de respecter les dispositions de la circulaire de 1999. Il est évidemment particulièrement tentant de voir en conclusion quel regard l'expérience mise en œuvre par la DDASS des Yvelines nous permet de porter sur la circulaire de 1999 et, par suite, sur la loi de 1970. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que le système mis en place par la DDASS des Yvelines n'est qu'un exemple et qu'il peut exister des éléments à améliorer et des difficultés qui ne sont pas dues au cadre difficile de la loi de 1970, mais à des particularités locales.

1) UNE AMELIORATION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE DU DISPOSITIF D'ALTERNATIVE AUX POURSUITES JUDICIAIRES DES TOXICOMANES

Le premier élément qu'il convient de souligner concernant la procédure mise en place par la DDASS des Yvelines est qu'elle a, au moins sur ce département, le mérite d'avoir permis une indéniable amélioration quantitative et qualitative du dispositif des alternatives aux poursuites.

Quantitativement, le succès de la nouvelle structure est indéniable, surtout s'il est comparé aux quelques dizaines, au mieux, de personnes orientées avant 2000 dans le cadre des alternatives aux poursuites judiciaires. On notera que la structure devrait recevoir près de 300 personnes au cours de l'année 2001, ce qui constitue presque un doublement de son activité par rapport à l'an 2000. Notons que ce chiffre ne représente que 10% des usagers de drogue interpellés sur le département des Yvelines : on peut penser que la P.O.S.S pourrait encore connaître un accroissement de son activité en 2002. Il faut noter à cet égard que le nombre d'usagers vus dans le cadre de l'IT reste relativement faible (30 à 40 personnes par an). L'accroissement du public concerné par les alternatives sanitaires est dû avant tout à la mise en place des CO et à la diversification des usagers qui en a résulté. Comparé aux autres départements d'Ile de France, ce chiffre se situe dans la moyenne haute ; il est cependant difficile d'effectuer des comparaisons purement quantitatives tant les modalités d'orientation peuvent différer d'un département à un autre. En outre, le fait d'avoir créé une procédure spécifique de classement avec orientation a permis une diversification réelle du profil des usagers orientés, ce qui satisfait pleinement les services de police et le substitut chargé des stupéfiants, et est pertinent d'un point de vue de santé publique. La diversification du public a été également rendue possible par la mise en place d'une procédure spécifique pour les mineurs.

Qualitativement, les procédures d'orientations retenues correspondent à ce qui pourrait être considéré comme de « bonnes pratiques » dans le cadre des alternatives sanitaires⁷⁰. Les orientations sont effectuées par une équipe pluri-professionnelle, et non comme cela était le cas auparavant, et comme c'est souvent le cas sur de nombreux départements, par un médecin seul, ce qui garantit une pluralité de vues et une certaine collégialité. L'orientation est effectuée dès qu'une prise en charge spécifique de l'usager est nécessaire après une écoute approfondie, sur deux voire trois entretiens. L'orientation fait enfin l'objet d'une évaluation en fin de mesure avec l'usager. Là encore, de nombreux départements n'ont pas mis en place une telle procédure.⁷¹.

Enfin, la DDASS des Yvelines est l'une des seules en Ile-de-France à avoir développé une double procédure (IT et CO), conformément aux préconisations de la circulaire du 17 juin 1999. On peut affirmer, au vu de l'expérience des Yvelines, mais aussi d'autres DDASS contactées, que cette double procédure apporte une réelle plus value. Si elle n'est pas appliquée par les services répressifs exactement dans le sens voulu par la circulaire sur le département des Yvelines, il reste qu'elle permet de séparer les usagers les plus problématiques (consommateurs de drogues dures, souvent dépendants) des autres. Elle rend ainsi possible la mise en œuvre d'alternatives aux poursuites ciblées, faites sur mesure pour deux catégories distinctes d'usagers.

Elle permet d'éviter la situation qui prévaut dans la plupart des départements en France où un seul protocole d'orientation tente de s'appliquer tant aux usagers de drogues dures dépendants qu'aux petits fumeurs de cannabis : les modalités d'orientations ne peuvent alors être définies que de manière très imprécises, et, de ce fait, tout dépendra finalement de l'improvisation des acteurs de terrain⁷².

L'autre avantage de cette circulaire est qu'elle oblige les services répressifs à se demander pour chaque usager laquelle, de l'injonction thérapeutique ou du classement avec orientation, constituerait la mesure sanitaire la plus appropriée. Cette interrogation amène le Parquet à poser des critères sanitaires lorsqu'il décide d'orienter un usager vers l'une ou l'autre mesure. Nous avons vu, et pointé comme une insuffisance, que, sur le département des Yvelines, les critères d'orientation du Parquet ne recoupaient qu'imparfaitement les catégories fixées par la circulaire de 1999. Cependant, ces critères ont le mérite d'exister et

⁷⁰ Pour avoir une idée de la diversité des pratiques existantes, et donc des bonnes pratiques et des autres, on pourra se référer surtout à *L'injonction thérapeutique*, ouvrage précité note 21.

⁷¹ On pourra néanmoins souligner que le département des Hauts-de-Seine a mis en place une procédure encore plus novatrice, puisque le bilan est réalisé avec le substitut qui a prononcé la mesure. Notons que cette procédure n'est pertinente que dans le cadre de l'injonction thérapeutique.

⁷² C'est sans doute en partie pour cette raison que l'on constate, en pratique, une si grande diversité dans la mise en œuvre des injonctions thérapeutiques.

de constituer un positionnement en terme de santé publique qui pourra ensuite faire l'objet de discussions avec la DDASS ou avec l'autorité chargée des orientations..

2) DES POSSIBILITES DE PERFECTIONNEMENT DU DISPOSITIF

Au cours de cette étude, nous avons parfois souligné quelques lacunes de l'actuel dispositif. Elles s'expliquent pour l'essentiel par le caractère très récent de ce dispositif, et pourront être corrigées.

Les premières lacunes tiennent à la relative faiblesse du travail en partenariat dans le cadre de ces mesures d'orientation.

En amont de l'orientation, il est clair qu'un véritable travail en partenariat avec le substitut du Procureur doit être effectué afin de clarifier au maximum les critères sanitaires justifiant le recours à l'une ou l'autre des mesures d'alternative aux poursuites. Ce nécessaire travail conjoint est posé comme une obligation par la circulaire de 1999 dans le cadre des CO. Il paraît essentiel de systématiser la tenue de ces réunions qui devraient au moins associer tous les six mois IPT et les services du substitut et permettre notamment d'évoquer, de manière éventuellement non nominative, les cas d'usagers qui ont posé des difficultés particulières soit au substitut, soit à la P.O.S.S. Il semble également opportun que la P.O.S.S cherche à se rapprocher des services de police, et particulièrement des officiers chargés des stupéfiants. Il faudrait sans doute, en accord avec le Parquet, organiser au moins une réunion avec eux afin de faire connaître la mesure de classement avec orientation et de montrer clairement en quoi elle consiste sur la base d'exemples concrets.

En aval, nous avons déjà souligné la nécessité d'impliquer plus certaines structures d'orientation comme les points écoute jeunes. Il semble que toutes ces structures sont encore mal identifiées par la P.O.S.S et qu'elles-mêmes connaissent mal les alternatives aux poursuites. Là encore, organiser sur une demi journée, une réunion permettant à chaque point accueil ou point écoute de présenter à la P.O.S.S le travail qu'il effectue et à l'équipe chargée des CO de montrer quel est le sens de cette mesure pourrait constituer un moyen simple de réactiver ce partenariat nécessaire.

Les secondes difficultés observées sont essentiellement dues à la rigidité de l'actuel dispositif. D'une manière générale, la DDASS a voulu mettre en place deux procédures très

cadrées afin d'éviter que les dérives constatées dans le cadre du dispositif précédent se répètent. Il en résulte que si le dispositif actuel donne des satisfactions, il peut être également vécu, notamment par la P.O.S.S, comme constituant un carcan trop rigide. Il paraît nécessaire d'y introduire un peu plus de souplesse sur un ou deux points.

Il n'est par exemple pas acquis, même si un travail en partenariat entre le substitut et la P.O.S.S. se développe, que le Parquet ne commettra pas des erreurs d'aiguillage entre injonction thérapeutique et classement avec orientation. Il serait souhaitable que lorsque l'équipe de la P.O.S.S. observe après un ou deux entretiens qu'un usager faisant l'objet d'une IT relèverait plutôt d'un CO (ou réciproquement), elle puisse d'elle même réorienter l'utilisateur vers le protocole d'orientation qui correspond le mieux à sa problématique. Ce type de souplesse, sans remettre en cause l'autorité des décisions du Parquet, serait sans doute de nature à assurer à terme que les critères sanitaires d'orientation prévus par la circulaire de 1999 soient finalement mieux respectés. Il va sans dire qu'à chaque fois qu'elle aurait recours à des réorientations de ce type, la permanence devrait en avvertir la DDASS et le substitut du Procureur.

On pourrait également concevoir que les durées prévues par chaque procédure d'orientation (4 mois pour les CO, 9 mois pour les IT) soient interprétés avec une grande souplesse par la P.O.S.S. Notamment, s'il semble au médecin injoncteur ou à la personne chargée du CO que l'utilisateur a besoin d'une mesure plus longue ou avec un ou deux entretiens supplémentaires à la permanence pour l'encadrer et l'orienter, il ne faudrait pas que ce besoin soit entravé par l'application mécanique d'un protocole.

La limite essentielle à cette nécessaire souplesse est que la P.O.S.S. doit conserver comme mission l'orientation rapide des usagers vers les structures de droit commun. En aucun cas, la permanence ne peut et ne doit devenir une structure chargée de la prise en charge psychologique et médicale des usagers de drogue faisant l'objet d'une mesure alternative aux poursuites judiciaires. Ceci reviendrait à transformer la P.O.S.S. en une sorte de CSST « sauvage », chargé de la prise en charge des usagers sous main de justice. La question se pose juste de savoir si, dans les cas où une relation de confiance s'est nouée entre l'utilisateur et la personne chargée de son orientation, et où aucune mesure d'orientation n'est envisageable dans l'immédiat, il ne conviendrait pas de permettre un suivi plus poussé de cet usager par la P.O.S.S.. Dans des cas limités, une interprétation plus souple des protocoles d'orientation doit pouvoir prévaloir, dès lors que les compte-rendus à la DDASS signalent lorsque l'orientation n'a pas suivi la procédure habituelle.

3) UN CADRE LEGAL ADAPTE ?

Nous avons commencé cette étude en soulignant à quel point le cadre légal dans lequel elle s'inscrivait était source de critiques. De plus en plus, la loi de 1970 est jugée par beaucoup comme étant inadaptée à la réalité de la toxicomanie⁷³.

Il est vrai que la loi de 1970 est à plus d'un titre eu satisfaisante : son caractère très répressif et, dans le même temps, assez imprécis, ne peut constituer un cadre totalement pertinent d'un point de vue de santé publique.

Il est vrai également que les alternatives aux poursuites ne peut pas être un cadre d'intervention idéal au point de vue sanitaire. Comme il a été évoqué précédemment, il n'est pas facile pour l'équipe de la P.O.S.S. d'intervenir et d'établir une relation de confiance en s'inscrivant dans la continuité d'une garde à vue, d'une perquisition, souvent au domicile parental. La coexistence de la logique répressive et de la logique sanitaire au sein d'une même mesure est source de difficultés importantes⁷⁴. Nous avons notamment pointé à cet égard que la sélection du public envoyé n'obéissait pas à une logique purement sanitaire.

De ce fait, il ne faut pas se leurrer sur l'efficacité des mesures d'alternatives aux poursuites. Leur objectif n'est pas l'abstinence à court ou même à moyen terme de l'utilisateur : ceci est d'ailleurs ce que reconnaît explicitement la circulaire de 1999⁷⁵. En effet, le classement avec orientation, d'une part, constitue une véritable mesure de prévention et de réduction des risques, et l'abstinence ne saurait être sa finalité. D'autre part, l'injonction thérapeutique se solde rarement par un arrêt pur et simple de la toxicomanie. La P.O.S.S. a notamment fait observer, que dans ce cadre contraint, aucun usagé qu'elle avait orienté avait fait l'objet d'un traitement de substitution à l'héroïne.

Néanmoins, il ne faut pas déduire de ce qui précède que les alternatives aux poursuites sont des mesures inutiles. D'une part elles peuvent servir à un premier contact de l'utilisateur avec une structure chargée du soin, et à l'amener à une première réflexion, voire une première prise de conscience de son comportement addictif. Elles peuvent aussi constituer une véritable mesure de prévention en permettant au jeune de prendre conscience de façon de

⁷³ On pourra se rapporter notamment du Conseil National du Sida (précité note 5) qui après une analyse des limites des alternatives aux poursuites plaidaient pour une dépénalisation de l'usage de toutes les drogues.

⁷⁴ Même si des cas, très minoritaires, ont cependant été signalés par la POSS pour lesquels l'intervention de la police avaient déclenché un début de prise de conscience chez un usager de la nécessité d'arrêter sa consommation excessive de cannabis.

⁷⁵ Malgré tout, ce point semble encore source de controverses : il semble qu'un substitut du Procureur en Ile de France exigeait encore que des tests urinaires soient pratiqués sur les usagers en fin de mesure d'injonction afin de juger de « l'efficacité » de la mesure.

ses conduites à risques et en permettant d'agir de manière précoce sur les causes de ces conduites. Elles peuvent aussi être un cadre important pour permettre une information du jeune sur les dangers à court terme de sa consommation en termes sanitaires (overdose, mais aussi perte de mémoire, ou conduites à risque liés à l'ivresse cannabique) ou sociaux (difficultés scolaires ou dans l'insertion professionnelle, désocialisation).

Lorsqu'une orientation permet d'atteindre ces objectifs, l'interdit pénal posé par la loi de 1970 peut prendre plus de sens. Il nous semble que le dispositif mis en place sur le département des Yvelines permet, dans un grand nombre de cas, que ces objectifs soient atteints. La permanence mise en place s'est efforcée d'orienter un maximum d'utilisateurs vers la structure la plus adaptée à sa problématique sanitaire ou sociale et, en ce sens, remplit pleinement sa mission.

Il n'est évidemment pas interdit de penser que ces mêmes objectifs pourraient être atteints dans un autre cadre pénal, en accompagnant une dépénalisation partielle de l'usage de stupéfiants de véritables mesures de prévention précoce des comportements à risque. Mais il reste que, dans le cadre pénal actuel, le développement de mesures alternatives aux poursuites est nécessaire et utile. Si on considère que ces mesures aboutissent *in fine* à tester, pour chaque utilisateur, le sens en terme de santé publique de l'interdit posé par la loi de 1970, leur développement pourrait même constituer une porte de sortie honorable au sempiternel débat sur la pertinence de ce texte.

Bibliographie

Ouvrages

- BARRE M.D, POTTIER S., DELAITRE S., *Toxicomanie, police, justice : trajectoires pénales*, CESDIP, Paris, OFDT, 196 p., avril 2001
- BISIQU Y. et CABALERO F., *Droit de la drogue*, Dalloz, 2000, 640p.
- JACOB E., JOUBERT M., TOUZE S., *Evaluation des points écoutes jeune et/ou parents* , RESSCOM, Paris, OFDT, 268 p., septembre 2000
- SETBON M., *L'injonction thérapeutique : évolution du dispositif légal de prise en charge des usagers de drogues interpellés*, CNRS GAPP, Paris, OFDT, 159 p., août 2000
- SIMMAT-DURAND L., *La lutte contre la toxicomanie, de la législation à la réglementation* , l'Harmattan, logiques sociales, 2000, 240p.

Etudes et statistiques

- Drogues et Toxicomanies, indicateurs et tendances, Paris, OFDT, 266p., 1999.
- Regards sur la fin de l'adolescence - Consommations de produits psychoactifs dans l'Enquête ESCAPAD 2000, Paris, OFDT, 226 p., décembre 2000
- TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) , OFDT, Paris, OFDT, 104 p., mars 2000
- Tendances récentes - rapport TREND, OFDT, Paris, OFDT, 172 p., juin 2001

Articles

- Simmat-Durand L., Rouault T., injonctions thérapeutiques et autres obligations de soins, in *Revue Documentaire Toxibase*, vol.3, 1997, 1-28.
- Simmat-Durand L., Disparités régionales des injonctions thérapeutiques aux usagers de stupéfiants, in *Santé Publique*, vol. 12, n° 3, 2000, pp. 405-418.
- Simmat-Durand L., H. Martineau, Vingt-cinq années de répression de l'usage illicite de stupéfiants, in *Population*, n° 4/5, 1999, pp. 777-791.

LISTE DES PERSONNES CONTACTEES DANS LE CADRE DE CETTE ETUDE⁷⁶ :

Police Judiciaire :

- Mme le Capitaine VINANDY, Commissariat de Versailles
- M. le Commissaire ELOIR, Commissariat de Mantes le Jolie
- M. le Commissaire LAISSY, commissariat de saint Germain en Laye

Justice :

- Mlle FOY, ancienne substitut chargée des stupéfiants, Tribunal Correctionnel de Versailles
- M. CALAIS⁷⁷, substitut chargé des stupéfiants, Tribunal Correctionnel de Versailles

Orientation :

- Mme ABRAMATIC, directrice d'IPT
- Dr. ROLLAND, médecin chargé des injonctions
- Mme VALETTE, psychologue
- Mme LEHMANN, assistante sociale

Suivi sanitaire :

- Dr CARPENTIER, coordinatrice des CEDAT
- M. COUTERON, directeur du CEDAT de Mantes la Jolie
- Dr LYS, Directeur du CEDAT de Saint-Germain-en-Laye

Autre :

- Mme SIMMAT DURAND, maître de conférences à l'université Paris V
- Mme STANKOFF, chargée de mission à la MILDT
- M. ABIVEN, ancien Inspecteur Principal chargé des actions de santé à la DDASS des Yvelines

Toutes les DDASS d'Ile de France ont été contactées par téléphone et ont présenté leur procédure d'orientation dans le cadre des alternatives aux poursuites judiciaires.

⁷⁶ Sont mentionnés ici tous les contacts y compris téléphoniques ou par courrier électronique. Le nom des personnes rencontrées est souligné.

⁷⁷ Par manque de temps, M. CALAIS n'a pas pu être rencontré dans le cadre spécifique de cette étude. J'ai néanmoins assisté à une réunion durant laquelle il a exposé l'ensemble de sa politique en matière d'alternative sanitaire et pu, dans ce cadre, lui poser quelques questions.