

12. Alternatives à l'incarcération

Politique, organisation, structures

Politique et stratégie nationale

Jamais, depuis la Libération, les prisons françaises n'ont été autant surpeuplées, avec un taux d'occupation record de 125 % en juillet 2003 (jusqu'à 240 % dans certaines maisons d'arrêt). Le débat public engagé en 2000 par la publication du témoignage du médecin-chef de la Prison de la Santé (Vasseur, 2000) et les rapports d'enquête parlementaires qui en ont découlé – qualifiant l'état des prisons de véritable « *humiliation pour la République* » (Mermaz et Floch, 2000 ; Hyst et Cabanel, 2000) – a permis de faire émerger un consensus sur la nécessité d' « *incarcérer moins pour incarcérer mieux* », en développant notamment les alternatives à l'incarcération pour les délinquants toxicomanes.

Toutefois, l'inflation carcérale s'est poursuivie et a progressé, en parallèle à l'inexécution relative des peines (en 2003, le taux d'exécution des peines privatives de liberté était estimé à 48 % seulement). Dernièrement encore, le rapport Warsmann (2003) a affirmé la nécessité de réserver l'emprisonnement aux infractions les plus conséquentes, relançant ainsi le débat sur le sens de la peine. Le développement des alternatives à l'incarcération a donc été à nouveau préconisé, trois ans après les recommandations des rapports du Sénat et de l'Assemblée nationale, parmi « 87 propositions concrètes » formulées par le député Warsmann pour rendre plus crédibles les peines non privatives de liberté afin que les tribunaux y aient davantage recours.

S'agissant des infractions à la législation sur les stupéfiants, l'obligation de se soigner existe dans des dispositions spécifiques à l'usage de produits illicites mais aussi dans le cadre du régime commun à toutes les infractions pénales. L'obligation de se soigner existe ainsi, d'une part, avant les poursuites (« troisième voie ») et d'autre part, après le déclenchement de celles-ci, soit en pré-sentenciel, soit au moment de la condamnation, soit encore au moment de l'aménagement de la peine prononcée à l'encontre du contrevenant³⁸.

L'essor des mesures dites de la « troisième voie » et des alternatives à la détention est encouragé, particulièrement pour les auteurs d'infractions connaissant un problème d'usage de stupéfiants, depuis une dizaine d'années³⁹. Après plusieurs rapports d'information parlementaire publiés dans le milieu des années 1990 faisant état de l'inadaptation du cadre pénitentiaire pour les toxicomanes, le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001) a affirmé qu'il convenait de réserver les poursuites et l'emprisonnement « *aux cas où la consommation est source de dangers, soit pour l'usager lui-même, soit pour son environnement* » (MILDT, 2000, p.58). Une circulaire du Garde des Sceaux (17 juin 1999) est venue accompagner cette préconisation publique, invitant les procureurs de la République à privilégier, dans le traitement pénal des usagers de drogues interpellés, la lutte contre le trafic local plutôt que la lutte contre l'usage simple, et les alternatives à l'incarcération plutôt que les peines de prison, jugées disproportionnées pour de tels délits⁴⁰. Au cours de la période d'application du plan triennal, l'emprisonnement ferme pour usage de stupéfiants a effectivement diminué, passant de 690 en 1998 à 395 en 2001

³⁸ Cf Barré, M.-D., , : (2002) *Les soins obligés : cadre pénal et mise en oeuvre en France. Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, Dalloz, Lille. et Simmat-Durand, L. et Rouault, T. (1997) Injonctions thérapeutiques et autres obligations de soins, *Revue Documentaire Toxibase*, **3**, 1-28.

³⁹ La « troisième voie » concerne, de façon générale, les alternatives aux poursuites, il s'agit du traitement des affaires par le Parquet. Par ailleurs on distingue les « peines alternatives à l'emprisonnement » et plus globalement les « alternatives à la détention » qui englobent a) les alternatives à la détention provisoire (pré-sentenciel), b) les peines alternatives à l'emprisonnement (sentenciel) et c) les aménagements de peine (post-sentenciel). On peut se référer ici aux travaux de : Tournier, P. V. (2002) Alternatives à la détention en Europe, *Questions pénales*, **XV**, (4), 1-4.

⁴⁰ Circulaire DACG-DAP-DPJJ du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies (NOR : JUSA9900148C).

(pour un usage seul), même s'il continuait à faire partie, à la marge, de la pratique judiciaire. Les alternatives à l'emprisonnement ne semblent toutefois pas avoir connu un essor en proportion (cf. section mise en œuvre des interventions), d'autant que leur prononcé et leur mise en œuvre s'avèrent difficiles à chiffrer (cf. section suivi des mesures). Toutefois, le développement de ce type de peines a été clairement énoncé parmi les axes forts de la stratégie nationale.

Le cadre d'action de la politique de lutte contre les drogues pour les années à venir a été défini par le plan quinquennal de lutte contre les drogues rendu public en août 2004 : l'une de ses dispositions prévoit de « rendre plus performante l'articulation justice-santé », notamment en cherchant à « rendre plus effectives les obligations de soins ». Il s'agit, dans le texte, d' « adapter » le dispositif médico-pénal existant, notamment à travers la redéfinition du cadre juridique de l'injonction thérapeutique et des modalités de mise en œuvre des obligations de soins. Il faut noter cependant que la réflexion sur les futures orientations s'inscrit dans un contexte politico-institutionnel renouvelé, du fait notamment de la loi dite « Perben II » qui a pris l'initiative d'une importante réforme de l'application des peines⁴¹. Cette loi a pour but de donner davantage de moyens à la Justice pour « lutter efficacement contre la criminalité organisée » et d'« améliorer le fonctionnement général de la justice pénale et du système pénitentiaire ». Compte tenu de ces nouvelles priorités pénales, le gouvernement a engagé un programme de construction de 13 200 places en détention – qui semble contredire l'objectif d'une réduction de charge des établissements pénitentiaires⁴². Si la loi mentionne néanmoins les alternatives à l'incarcération, elle les envisage désormais dans un cadre plus restreint (pour améliorer la prise en charge des détenus atteints de troubles psychiatriques ou sous la forme de placements sous surveillance électronique), qui tend à privilégier la répression sur les soins.

La MILDT est l'autorité en charge de la coordination et du suivi statistique des mesures pénales prises à l'égard des toxicomanes, de façon à favoriser l'articulation avec les dispositifs de soins. Ses plans d'action pluriannuels visent à organiser la coopération entre les acteurs des champs sanitaire et pénal.

Législation

Le cadre législatif français se singularise par le double statut qu'il confère au toxicomane : usager en infraction à la législation sur les stupéfiants, il est considéré comme un délinquant éventuellement dangereux pour la société, mais également comme un malade, dangereux pour lui-même, et nécessitant à ce titre une prise en charge. Ainsi existe-t-il en France un cadre législatif commun qui permet d'articuler soins et justice, autour de la notion d'obligation de soins (article 138 du Code de procédure pénale et article 132 du Code pénal). La loi du 31 décembre 1970 tente de résoudre cette ambiguïté en associant le principe de l'injonction thérapeutique à tous les stades de la procédure pénale, depuis la saisine du procureur jusqu'au jugement définitif.

Ainsi le justiciable toxicomane a-t-il la possibilité d'échapper aux poursuites ou à l'incarcération en se soumettant à une cure de désintoxication, qui se décline en trois types d'injonctions :

- celles du Procureur de la République où le traitement est imposé en échange de l'abandon des poursuites (« *injonction thérapeutique* » à proprement parler),
- celles des juridictions d'instruction où il est prescrit à titre de *mesure de protection provisoire*,

⁴¹ Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, adoptée le 11 février 2004 par le Parlement (NOR : JUSX0300028L).

⁴² Ce programme immobilier est issu de la loi d'orientation et de programmation pour la justice promulguée le 9 septembre 2002.

- et celles des juridictions de jugement où il est subi comme une peine (*obligation de soins*). C'est cette dernière modalité que recouvrent, au sens strict, les « alternatives à l'incarcération » à contenu sanitaire.

En France donc, les « alternatives à la détention » désignent l'ensemble des mesures de substitution à l'enfermement prononcées par la juridiction de jugement, pour des raisons médicales, professionnelles ou familiales. Entendue au sens propre, la notion d'alternative à la détention exclut donc les sanctions alternatives aux poursuites, prescrites par les parquets, en amont dans le processus pénal, ainsi que les mesures d'aménagement de peines visant à réduire la durée d'une peine en cours ou à en modifier les modalités d'exécution, prononcées par le juge d'application des peines (comme indiqué en traits gras dans la Figure 2).

Les jugements peuvent comporter une obligation de soins dans deux cadres principaux bien distincts : celui du sursis avec mise à l'épreuve, ou sursis probatoire (article 132-45-3 du Nouveau Code pénal) et celui de l'ajournement avec mise à l'épreuve (article 132-63 du NCP) qui peut être prononcé dans le contexte d'un aménagement de peine. Si l'on se limite, donc, aux alternatives à l'emprisonnement à contenu sanitaire.

Ainsi, lorsqu'un problème d'addiction est repéré chez une personne faisant l'objet d'une procédure pénale quelle que soit l'infraction reprochée, une obligation de soins peut être prononcée par la juridiction dans le cadre de diverses mesures (contrôle judiciaire, ajournement de peine, sursis avec mise à l'épreuve, travail d'intérêt général, etc.). Cette mesure apparaît particulièrement adéquate lorsque la consommation est en lien avec la commission de l'infraction. L'obligation de soins ne se substitue alors pas à la mesure pénale mais en constitue l'une des modalités : elle est prononcée dans l'intérêt de la personne ainsi que dans un but de sécurité publique (prévention de la récidive).

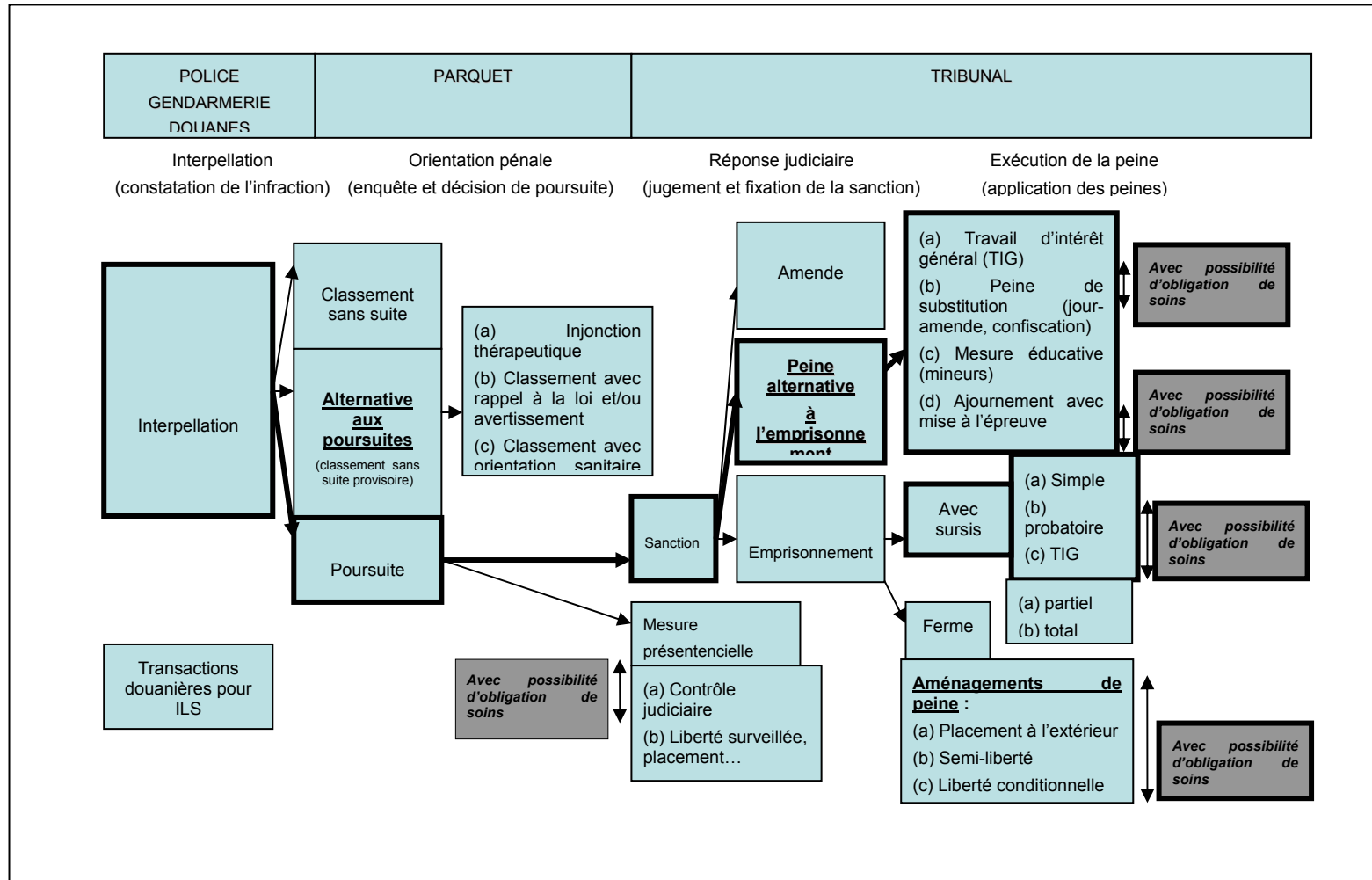
Néanmoins, sa mise en œuvre s'avère souvent difficile dans l'articulation avec le système sociosanitaire (cf. section mise en œuvre des interventions). Le développement du « milieu ouvert » (regroupant l'ensemble des peines de substitution à l'enfermement) s'inscrit donc dans une volonté qui s'est affirmée depuis la fin des années 1990 de limiter le recours à l'emprisonnement pour les courtes peines, ainsi que de diversifier et d'individualiser les peines en fonction de l'histoire, de la personnalité et de la situation du condamné.

La loi **du 11 juillet 1975** a institué les premières **peines de substitution** (le jour-amende, peine peu utilisée qui consiste à verser au Trésor une somme dont le montant global résulte d'une contribution pendant un certain nombre de jours, ou la confiscation, etc.), « substitués aux courtes peines d'emprisonnement », susceptibles d' « être tout aussi dissuasives que les peines d'emprisonnement, sans présenter les inconvénients de celle-ci »⁴³.

En **1983**, le **travail d'intérêt général** (TIG) a été créé : en lieu et place d'une peine privative de liberté de trois mois au plus, la personne condamnée peut effectuer, depuis cette date, en liberté, un travail utile à la communauté, ce qui permet d'éviter sa désinsertion professionnelle. Le TIG a aussi été créé comme modalité du sursis avec mise à l'épreuve.

⁴³ Loi n° 75-624 du 11 juillet 1975 modifiant et complétant certaines dispositions de droit pénal.

**Figure 2 : Parcours de l'utilisateur de drogues illicites dans la chaîne pénale
Place des alternatives à l'incarcération**



La loi du 11 juillet 1975 visait également à favoriser le recours à un autre type de mesures alternatives à la détention : les **peines aménagées**. Contrairement au jour-amende ou au TIG, les peines aménagées sont utilisées comme modalité d'exécution d'une peine d'emprisonnement, c'est-à-dire que l'accusé condamné à une peine de prison ferme est autorisé par le juge à effectuer cette peine en dehors de la prison. Parmi celles-ci, il convient de distinguer :

- les peines aménagées par les tribunaux :

- le sursis simple créé en 1891 ;
- le sursis avec mise à l'épreuve créé en 1958, principale « sanction alternative » prononcée par les juridictions, qui peut prendre la forme d'une cure de désintoxication ;
- l'ajournement avec mise à l'épreuve créé par la loi du 6 juillet 1989 qui permet au tribunal correctionnel, après s'être déterminé sur la culpabilité du prévenu, d'ajourner le prononcé de la peine sous réserve que la personne déclarée se soumette, sous le contrôle du JAP, au régime de la mise à l'épreuve – qui peut intégrer une obligation de soins – pour une durée maximale de 12 mois à l'issue de laquelle le tribunal statue sur la peine

- et les **mesures d'aménagement des peines privatives de liberté** décidées par les juges d'application des peines et soumises à une série de contraintes qui peuvent être sanitaires :

- la libération conditionnelle prévue par la loi du 14 août 1885, qui permet de mettre en œuvre une période de contrôle après la libération, adaptée au profil des toxicomanes (comprenant par exemple un suivi sanitaire en relation avec la famille du détenu),
- le placement extérieur qui peut être exécuté sous surveillance sanitaire (cette mesure est rare pour les détenus toxicomanes),
- la semi-liberté qui, tout en présentant un cadre rigoureux, permet d'accompagner les détenus dans une démarche d'insertion (cette mesure bénéficie peu aux détenus toxicomanes).

Au milieu de la décennie 90, alors que l'augmentation de la population carcérale conduisait à des taux d'occupation des établissements pénitentiaires bien supérieurs à leurs capacités, le rapport de Guy-Pierre Cabanel consacré à la prévention de la récidive a recommandé le développement des alternatives à l'incarcération par l'amélioration des dispositifs existants, notamment à travers la mise en place de l'assignation à domicile sous surveillance électronique (Cabanel, 1996). Suivant ces recommandations, la **loi du 19 décembre 1997** a prévu le **placement sous surveillance électronique** des personnes sous contrôle judiciaire et de celles condamnées à une courte peine ou dont le reliquat de peine n'excède pas un an (ce qui peut concerner *a priori* les toxicomanes condamnés pour un usage simple, qui risquent un an d'emprisonnement maximum mais s'applique plutôt de fait aux condamnés jugés dangereux)⁴⁴. Afin de favoriser sa généralisation, la **loi du 9 septembre 2002** a permis de confier à une personne de droit privé la mise en œuvre du dispositif technique de placement sous surveillance électronique⁴⁵. Autrement dit, le contrôle à distance de la personne concernée peut échoir à une personne de droit privé (autre que qu'un fonctionnaire de l'administration pénitentiaire) habilitée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Plus récemment enfin, la **loi du 9 mars 2004** portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, inspirée du rapport Warsmann (2003), a pointé les alternatives à

⁴⁴ Loi n° 97-1159 du 19 décembre 1997 consacrant le placement sous surveillance électronique comme modalité d'exécution des peines privatives de liberté (NOR : JUSX9601732L).

⁴⁵ Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (NOR : JUSX0200117L).

l'incarcération comme l'une des modalités pertinentes de la prévention de la récidive judiciaire⁴⁶. Cependant, dans ses orientations, la loi privilégie le placement en semi-liberté ou sous surveillance électronique et les jours-amendes, plus que les mesures à contenu sociosanitaire qui étaient explicitement désignées dans la circulaire du 17 juin 1999 aux procureurs de la République comme le mode de traitement spécifique et adapté de la toxicomanie.

Débat public

Depuis le milieu des années 1990, la question des conditions de détention et des alternatives à l'incarcération ressurgit régulièrement dans le débat public – souvent au gré des alternances politiques. Les gouvernements successifs ont encouragé la production de rapports parlementaires et de travaux scientifiques, qui ont donné lieu à de nouvelles lois. Ainsi la première commission relative à la lutte contre la récidive en matière criminelle mise en place par le Ministère de la Justice et présidée par le Professeur Elisabeth Cartier a-t-elle préfiguré les travaux de l'Association « RCP » (Recherches, Confrontations et Projets sur les mesures et sanctions pénales) soutenue par le cabinet du Garde des Sceaux. En 1998, RCP a formulé « quinze propositions pour ouvrir le débat sur la réforme des modalités de mise en œuvre des mesures et sanctions privatives de liberté » qui ont abouti à la publication d'une circulaire spécifique du 17 juin 1999 encourageant les mesures alternatives dans le traitement pénal réservé aux délinquants toxicomanes.

De même, la « commission Farge » sur la libération conditionnelle, mise en place en 2000, a vu la traduction d'une bonne partie de ses conclusions dans la loi du 15 juin 2000⁴⁷. Les rapports du Sénat et de l'Assemblée nationale sur la situation des prisons, rendus publics le 5 juin 2000, qui abordaient notamment la question des alternatives à la détention, ont également contribué à actualiser le débat sur l'exécution et la légitimité des sanctions pénales en France. Enfin, dernièrement, le rapport de la mission parlementaire auprès du Garde des Sceaux confiée à Jean-Luc Warsmann, député des Ardennes, sur « les peines alternatives à la détention, les modalités d'exécution des courtes peines, la préparation des détenus à la sortie de prison » a permis de réinterroger le sens de la peine et de fonder une partie des orientations retenues dans la loi du 9 mars 2004.

Parallèlement à ces réflexions parlementaires, le relais assuré par les médias et l'intervention de groupes d'opinion militants et associatifs ont contribué à entretenir l'attention publique sur le sens de la peine et à renouveler les arguments favorables à un essor des alternatives à l'incarcération⁴⁸. Ainsi par exemple, à l'occasion de son audition par la commission d'enquête parlementaire, l'Observatoire international des prisons a produit un document réunissant l'essentiel des faits dont il a été saisi de 1998 à 2000, analysant conditions de détention, violences, santé, travail, détention provisoire, personnels, intimité et lieux familiaux, réinsertion et alternative à l'incarcération (Observatoire international des prisons (OIP), 2000). Ce rapport prenait acte, notamment, de l'insuffisance du recours aux alternatives à l'incarcération : « *si les peines alternatives existent dans le code pénal, elles sont insuffisamment utilisées, ou pour des infractions qui n'auraient pas toujours donné lieu à une peine d'emprisonnement ferme. Ainsi, au lieu de prononcer une peine avec sursis, on utilise un travail d'intérêt général* ». Ainsi, la question de la place des alternatives à l'incarcération dans la politique pénitentiaire alimente de façon récurrente le débat public, relancée à l'occasion de rapports ou d'événements particuliers liés aux difficultés de soigner les toxicomanes dans les conditions de détention actuelles. Plus spécifiquement, la place du traitement pénal des justiciables toxicomanes dans ce débat fluctue au gré de l'éclairage médiatique porté sur les questions liées à la situation des usagers incarcérés. Ainsi par

⁴⁶ Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, adoptée le 11 février 2004 par le Parlement (NOR : JUSX0300028L).

⁴⁷ Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes (NOR : JUSX9800048L).

⁴⁸ Citons les exemples de la Ligue des droits de l'homme, de la Fédération des Associations Réflexion Action Prison Et Justice (FARAPEJ).

exemple, la sortie, en 2000, des deux rapports parlementaires suscités s'est accompagnée d'un questionnement sur l'opportunité d'incarcérer des personnes atteintes de troubles psychiatriques et/ou toxicomaniaques, sans que ces interrogations ne débouchent pour autant sur une initiative parlementaire particulière.

Structure de mise en oeuvre

La loi de 70 et le Code de la santé publique prévoient un important volet curatif et médical au sein du dispositif pénal. L'usager condamné y est considéré comme un délinquant mais également comme un malade : il est soumis à traitement sous la surveillance des autorités sanitaires (Bisiou et Caballero, 2000).

La possibilité offerte au toxicomane d'éviter les poursuites ou l'incarcération en se soumettant à une cure de désintoxication est mise en oeuvre suivant deux types de circuits à travers la filière pénale. Dans le premier cas (alternative aux poursuites, en amont du jugement), sur injonction du Procureur de la République, l'usager interpellé par la police et déféré au parquet est susceptible de bénéficier d'une orientation sociosanitaire plutôt que de poursuites ; l'option médicale ainsi offerte présente l'avantage de faciliter le traitement sous réserve d'une démarche volontaire. Dans le second cas (obligation de soins prononcée par la juridiction de jugement), l'orientation sanitaire est prescrite par le juge : elle présente un caractère d'obligation pour le condamné qui encourt l'emprisonnement en cas d'inexécution de la peine. Dans ce cadre, la rechute du contrevenant est considérée, non seulement comme une « rupture de contrat » qui entraîne la levée des conditions suspensives justifiant la non-incarcération, mais également comme un indice de rechute, et donc de récurrence judiciaire probable.

Le juge d'instruction, le juge des enfants et la juridiction de jugement ont le pouvoir d'ordonner une cure de désintoxication à toute personne mise en examen pour usage illicite de stupéfiants.

L'article L.3424-1 du Code de la santé publique (ancien art. L.628-2) dispose que les personnes interpellées pour usage illicite de stupéfiants, lorsqu'il est établi qu'elles relèvent d'un traitement médical, peuvent être astreintes par ordonnance du juge d'instruction, à suivre un programme de désintoxication. Le juge d'instruction a la charge d'enquêter afin de trouver les preuves de l'infraction mais également les éléments motivant la prescription d'une cure, le cas échéant. La cure doit être subie, soit dans un établissement spécialisé, soit sous surveillance médicale, mais sous le contrôle de l'autorité judiciaire, tenue informée de son déroulement et de ses résultats. Ce contrôle est assez strict, car il s'applique aux toxicomanes présumés les plus dépendants. En pratique, la mise en examen pour usage illicite concerne la fraction des toxicomanes interpellés qui ont refusé ou abandonné une cure (injonction thérapeutique) et qui ont bénéficié de plusieurs renvois vers l'autorité sanitaire

Dans le cas particulier des injonctions thérapeutiques, le juge d'instruction peut prolonger la cure par une période de surveillance médicale et sociale, assortie de mesures de réadaptation. En revanche, si le toxicomane exécute les peines assorties d'une obligation de soins qui lui sont applicables correctement, la juridiction saisie ne peut plus prononcer de peine pour usage illicite.

La juridiction de jugement (tribunal de police ou tribunal correctionnel dans les cas d'infractions à la législation sur les stupéfiants) dispose, elle aussi, du pouvoir d'ordonner à divers titres un traitement aux toxicomanes qui lui sont déférés (on parlera dans ce cas communément d'obligation de soins). L'article 3424-2 du Code de la santé publique (ancien art. L.628-3) précise qu'elle peut astreindre les personnes mises en examen pour usage illicite de stupéfiants à suivre une cure de désintoxication, en confirmant l'ordonnance du juge d'instruction ou en prolongeant ses effets. Cette mesure peut être déclarée immédiatement exécutoire à titre de mesure de protection. Le régime et les modalités du traitement sont similaires à ceux décrits précédemment, tout en présentant quelques

différences. En particulier, la juridiction de jugement a la possibilité d'ordonner la cure à titre principal en décidant qu'il n'y a pas lieu de prononcer les peines prévues par l'article L. 3421-2 (ancien art. L.628). Elle peut également ordonner cette cure alternative à l'incarcération en complément d'une peine d'amende ou d'emprisonnement avec sursis. Les tribunaux ont recours à l'ajournement du prononcé de la peine ou au sursis à statuer, un délai étant alors donné à l'usager pour se désintoxiquer.

Dans le cas des **usagers mineurs**, le traitement peut être prescrit par le juge des enfants au stade de l'instruction, ou par le tribunal pour enfants lors du jugement. Toutefois, la pratique judiciaire consiste à limiter leur action au profit d'une prise en charge plus précoce à l'initiative du Parquet des mineurs. Paradoxalement, le souci d'une prise en charge médicale et psychologique des mineurs a pour conséquence d'accroître la rigueur des procédures. Pour tenter de lutter contre l'augmentation des consommations de stupéfiants (en particulier de cannabis) chez les adolescents, diverses dispositions renforcent les mesures de contrainte (à l'instar des centres de placement immédiat voués à accueillir sans délai les mineurs délinquants, pour réaliser un bilan permettant de les orienter : bilan psychologique, scolaire, professionnel, familial, de santé, dans un délai de trois à quatre mois)⁴⁹.

Mais l'intervention sanitaire sur les toxicomanes dans un contexte judiciaire s'avère complexe. La double problématique de toxicomanie et de délinquance rencontrée par le sujet implique une multitude d'acteurs (intervenants sanitaires, sociaux, pénaux) qui se caractérisent par des modes opératoires différents et qui peuvent être pris dans des logiques professionnelles parfois contradictoires. L'une des conditions de la réussite des alternatives à l'incarcération à contenu sanitaire est donc la bonne articulation, au niveau départemental, entre instances de justice et de santé. L'interface justice/santé a notamment pour mission d'évaluer la situation de l'intéressé, de préparer la passerelle vers le secteur de prise en charge et d'assurer un suivi périodique, en relation étroite avec les travailleurs sociaux mandatés par la justice.

Afin d'améliorer l'orientation socio-sanitaire des usagers de substances présentés à la justice, le dispositif des conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie a été créé en 1993 afin de permettre l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues et la promotion d'actions de prévention de l'usage dans le cadre de mesures judiciaires⁵⁰. Il a été généralisé à l'ensemble des départements en 1999⁵¹ sous la forme de conventions de prestations signées entre autorités départementales et organismes de soins chargés d'assurer la prise en charge des publics orientés par les instances judiciaires.

Interventions

Types d'interventions

La variété des structures et des méthodes utilisées démontre que le traitement est un acte essentiellement médical qui échappe à la compétence des juges. Des cures « ambulatoires » (qui ne comportent pas d'hospitalisation, permettant au sujet de circuler librement) aux traitements par la méthadone, en passant par les communautés thérapeutiques et les consultations psychiatriques, la palette de l'offre de traitement s'est

⁴⁹ Circulaire d'orientation relative à la protection judiciaire de la jeunesse du 24 février 1999 (NOR : JUS F 99 500 35 C).

⁵⁰ Lettre interministérielle du 14 janvier 1993 relative à la mise en de conventions d'objectifs de lutte contre la toxicomanie.

⁵¹ Note d'orientation pour la mise en œuvre des conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie, MILDT, 12 février 1999.

diversifiée avec le développement de la politique de « réduction des risques ». Le traitement en vue de la désintoxication demeure le standard de référence mais des traitements « d'entretien » ou « de bas seuil » existent, qui ne visent pas le sevrage à moyen terme mais qui tentent de resocialiser les usagers et visent à favoriser leur suivi médical.

Les principes de base thérapeutiques ont été définis autour de quatre phases :

- ***l'accueil et la pré-cure***, premier contact du toxicomane avec le traitement : dans le cadre contraint des alternatives à l'incarcération, cette phase disparaît au profit de l'injonction judiciaire ;
- ***le sevrage et les soins***, réalisés en principe en milieu hospitalier, comportent une phase de sevrage de quelques jours qui s'opère dans des « lits de désintoxication », immédiat ou après « maintenance » à la méthadone, puis une phase de traitement après sevrage pour consolider la désintoxication ;
- ***la convalescence***, en centre d'hébergement, en famille d'accueil, en appartement thérapeutique ou en atelier de production, est la phase la plus longue ; la présence d'un médecin spécialiste de la toxicomanie dans un centre agréé, capable de mettre en place un système d'évaluation de la cure, est recommandée par la circulaire du Ministère de la Santé qui organise la phase de convalescence⁵². Le décret du 26 février 2003 fixe les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) chargés d'assurer le suivi médico-psychologique du toxicomane et préparent sa réinsertion⁵³ ;
- ***L'aide à la réinsertion*** parachève le dispositif en permettant au patient d'organiser sa vie hors de la toxicomanie, notamment d'un point de vue socio-professionnel.

Les réponses offertes par les CSST « en milieu ouvert » sont développées, soit « en ambulatoire », c'est-à-dire dans des centres de soins sans hébergement (201 centres de ce type s'occupent du sevrage et du suivi psychologique), soit dans des centres avec hébergement (qui assurent la prise en charge après le sevrage dans le cadre de postcures, selon plusieurs modes : au sein d'une des 46 structures d'hébergement collectif principalement en milieu rural, appartements thérapeutiques, familles d'accueil). Par ailleurs, il existe en France 16 centres de soins en milieu pénitentiaire (« antennes toxicomanie ») qui assurent le soutien psychologique et la préparation à la sortie au sein des maisons d'arrêt.

Les programmes de soins développés dans le cadre d'alternatives à l'incarcération peuvent donc comprendre des consultations externes d'hôpital quotidiennes et sans rendez-vous, une hospitalisation pour entamer ou poursuivre une démarche de soins, ou un suivi en médecine générale avec mise à disposition de matériel stérilisé et prise en charge des pathologies spécifiques (VIH, hépatites). Les CSST peuvent donc prendre en charge des toxicomanes judiciairisés aux différentes étapes de leur parcours de soins, ce qui permet un véritable suivi et la possibilité de passer progressivement d'une étape à l'autre.

En outre, d'autres modes de prise en charge émergent : par exemple, l'unité fonctionnelle de toxicomanie de l'hôpital Marmottan a été l'une des premières structures à proposer le sevrage sélectif aux patients polytoxicomanes. Ainsi, les héroïnomanes utilisateurs d'autres produits (alcool, médicaments, cocaïne, crack, etc.) sont hospitalisés et pris en charge, dans le cadre d'un traitement de substitution qu'il ne convient pas de remettre en cause, qui est poursuivi parallèlement au sevrage de tous les autres produits.

⁵² Circulaire du 3 juillet 1979 du Ministère de la Santé, BO Min.santé, N°80-3 texte 17892.

⁵³ Les activités et le mode de fonctionnement des CSST ont été initialement définis par le décret n° 92-590 du 29 juin 1992. Ce décret a été abrogé et remplacé par le décret n° 2003-160 du 26 février 2003 fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes " (Journal Officiel n° 50 du 28 février 2003)

Globalement, aujourd'hui, l'offre de prise en charge résidentielle s'est réduite (moins de 600 places), alors que les besoins et les types de populations concernées augmentent. A partir de ce constat, le Plan quinquennal de lutte contre les drogues rendu public en 2004 a évoqué l'idée de diversifier et d'« innover » l'offre de soins en développant des programmes sans substitution, notamment les communautés thérapeutiques qui devraient se développer dans les prochaines années pour « des usagers ayant une histoire relativement brève avec les produits ou au contraire, pour des personnes en échec répété et qui ont besoin d'une prise en charge plus longue et plus structurée que le suivi ambulatoire ». Dispositif peu développé en France (50 places), du fait des dérives autoritaires observées dans le milieu des années 80⁵⁴, ce mode de prise en charge prônant la réhabilitation par le travail et par le « retour à la nature » devrait être favorisé, dans le cadre d'une expérience pilotée par la MILDT et le Ministère de la santé, prévoyant une capacité moyenne de 30 places. Un code d'éthique et une charte professionnelle seront élaborés en s'appuyant sur les expériences françaises et étrangères pour anticiper les bénéfices et les limites de ce modèle (indications et contre-indications, taux et type d'encadrement, activités occupationnelles et thérapeutiques à promouvoir, critères de suivi et d'évaluation, coordination avec les services de soins, place des traitements médicaux et psychiatriques etc.).

Le dispositif devrait être renforcé par l'ouverture de places en post-sevrage, dans un nouveau cadre thérapeutique, notamment en s'appuyant sur les groupes d'entraide d'ex-usagers (par exemple sur le modèle de Narcotiques Anonymes). Par ailleurs, sur la base d'une analyse des pratiques européennes, le Plan quinquennal prévoit de favoriser l'expérimentation de la prescription médicale et de la délivrance contrôlée d'opiacés par voie injectable (héroïne médicalisée), particulièrement en direction des toxicomanes en situation d'échecs répétés de traitements. Deux programmes médicalisés devraient être ouverts, sur la base d'un cahier des charges et d'un protocole de recherche tirant parti des acquis de la recherche menée dans d'autres pays européens (Allemagne, Espagne, Suisse).

Mise en oeuvre

La première constatation qui s'impose est celle du faible nombre des poursuites, suite aux interpellations pour usage. Les données du Parquet publiées nationalement ne permettent pas d'aller au-delà de ce constat. Cependant il existe des données sur les tribunaux informatisés de l'Île-de-France qui permettent de connaître les réponses pénales par type de classement. Pour ces tribunaux, la « troisième voie » serait la réponse la plus fréquemment apportée aux infractions d'usage. (Infostat Justice, n° 75, juillet 2004).

La deuxième constatation concerne le fait que les obligations de soins peuvent théoriquement être prononcées indépendamment de la constatation de l'infraction d'usage.

On peut noter cependant que la structure des peines prononcées à l'encontre du simple usager de drogue présente un taux d'emprisonnement relativement élevé au regard des mesures prévues par le Code pénal et des recommandations faite aux procureurs de limiter son utilisation (près de 15 % en 2001, vs. 45% de peines d'amende et 40% de peines alternatives, mesures éducatives ou dispenses de peine). Ce que l'on sait également, c'est que l'effectivité des alternatives à l'incarcération, condition indispensable de leur efficacité, n'est pas toujours garantie. De surcroît, le chiffrage de ces mesures reste incertain, compte tenu non seulement de la difficulté d'isoler dans les statistiques l'ensemble des mesures relevant des alternatives à l'incarcération pour une catégorie spécifique d'infractions (l'usage

⁵⁴ Un certain nombre de rapports officiels sont venus souligner des pratiques discutables dans ce domaine ; plusieurs d'entre eux ont même classé l'une des associations pratiquant les communautés thérapeutiques « le Patriarce » comme une secte (Rapport de la Cour des comptes sur le dispositif de lutte contre la toxicomanie, 1998 ; Rapport Guyard sur les sectes, fait au nom de la Commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la situation financière, patrimoniale et fiscale des sectes, ainsi que sur leurs activités économiques et financières, rapport n°1687, juin 1999).

de stupéfiants), mais également des difficultés de recoupement entre les séries statistiques issues du Ministère de la Justice et celles du Ministère de la Santé.

Sur un plan national, toutes infractions comprises, les alternatives à l'incarcération ont subi une érosion importante depuis plusieurs années : en 2001, les tribunaux ont par exemple prononcé 18 000 mesures de travail d'intérêt général (TIG), en baisse de 25 % sur cinq ans. Pour les infractions à la législation sur les stupéfiants, la baisse a été sensiblement proportionnelle ; pour les condamnations pour usage, elle a décliné de façon légèrement moins marquée. De même, le sursis avec mise à l'épreuve, qui permet de dispenser de prison un prévenu à condition qu'il respecte certaines obligations (notamment des obligations de soins quand le prévenu est toxicomane), a lui aussi été délaissé, du fait notamment, selon le rapport Warsmann (2003), d'une « exécution trop tardive » et d'un « contrôle des obligations peu perceptible ». Ainsi donc, une part mineure, et en évolution décroissante, des mesures de travail d'intérêt général ou de sursis avec mise à l'épreuve comportant une obligation de soins a été prononcée à l'encontre d'auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants.

S'agissant des usagers de stupéfiants en particulier, les amendes continuent de représenter plus d'un tiers des condamnations : leur part a même augmenté dans les dernières années. Dans cette même logique de pénalisation financière au détriment des alternatives à contenu sanitaire, il faut signaler que le recours aux « jours-amendes », versements monétaires remplaçant les jours de détention, a progressé notablement dans les dernières années. Il a particulièrement augmenté au sein des condamnations pour usage, parmi les peines alternatives prononcées pour un usage illicite de stupéfiants en infraction unique (Tableau 30).

A l'aide des informations statistiques limitées dont on dispose sur les seules alternatives à l'incarcération prescrites aux usagers délinquants, on peut estimer que le nombre de peines de prison ferme est à peine moins élevé que celui des alternatives à la détention à dimension de soins. Cette affirmation devra être mise au regard de chiffres plus fiables, et tempérée par l'analyse du mode d'exécution des peines : en effet, dans la suite de leur « parcours pénal », certains usagers justiciables sont soumis à une mesure de placement extérieur comportant une obligation de soins, ou font l'objet d'une incarcération interrompue avant l'échéance prévue du fait d'une libération conditionnelle à caractère thérapeutique, etc. Par ailleurs, parmi les personnes ayant commis un délit d'usage de stupéfiants (seul ou associé à d'autres délits) et condamnées à une peine de prison ferme, certaines ne l'effectueront pas : il peut en effet s'agir de condamnations par défaut - et donc non exécutoires et susceptibles d'opposition - ou encore de condamnations à l'emprisonnement ferme susceptibles d'être converties en travaux d'intérêt général.

Ce que l'on peut souligner cependant, c'est que, selon la gravité des « autres infractions », les chances du contrevenant de bénéficier d'une alternative à l'incarcération varient. En effet, le contentieux de l'usage illicite de stupéfiants se caractérise par une forte prévalence des « multi-qualifications » : en 2001 par exemple, une infraction d'usage sur cinq sanctionnée par une condamnation comprenait un fait d'usage seul (2 933 cas, sur 13 615 condamnations). Or, face à des incriminations multiples (4 condamnations sur 5 liées à des faits d'usage, donc), les juges tendent à avoir une attitude plus répressive : leur sévérité est conditionnée par la nature des autres délits dont s'est rendu coupable l'usager de drogue. L'usager pourvoyeur de drogue (usage et trafic, transport et/ou cession) a des chances d'être plus sévèrement sanctionné que l'usager responsable de détention et/ou acquisition.

Tableau 30 : Usage de stupéfiants, évolution des interpellations et des condamnations judiciaires (peines classiques et alternatives) de 1998 à 2002

Année	Usagers interpellés	Injonctions thérapeutiques	Nombre total de condamnations	Nombre de condamnations	Dont emprisonnement ferme	%	Dont emprisonnement avec sursis probatoire (obligation de soins)	Dont peines d'amende	Dont dispenses de peine	Dont peines alternatives (TIG, jour-amende)	Dont mesures éducatives (mineurs)
			<i>usage de stupéfiants en infraction unique ou associée</i>	<i>usage en infraction unique</i>							
1998	74 663	4254*	6622	3452	690	20,0	632	1204	79	287	185
1999	80 037	4183*	7000	3287	577	17,6	463	1306	93	294	163
2000	83 385	3606*	6762	3397	486	14,3	453	1387	56	304	215
2001	71 667	4038*	5689	2933	395	13,5	346	1317	79	290	139
2002	81254	4068	4803					indisponible			

N.B. : depuis 1998, les stat.justice ne prennent en compte que les injonctions thérapeutiques effectivement mises en œuvre par les DDASS, c'est-à-dire quand l'utilisateur a pris contact avec l'autorité sanitaire (et non plus le nombre de celles qui sont ordonnées par le parquet).

Source : statistiques d'interpellation de l'OCRTIS (Ministère de l'Intérieur) et statistiques sur les condamnations (Ministère de la Justice)

Si le mode de recensement statistique de ces mesures judiciaires particulières n'a pas été amélioré, la prise en charge des usagers judiciairisés dans ce cadre a fait l'objet d'un dispositif spécifique. Après le prononcé de la peine par les autorités judiciaires, l'exécution effective de la mesure, théoriquement, dépend des instances sanitaires : or les statistiques en provenance des centres de soins semblaient montrer que les usagers adressés aux CSST par la justice ne se retrouvaient pas en nombre suffisant, parmi les entrants ou dans la file active des patients. Les conventions départementales d'objectifs (CDO) ont été conçues pour « rapprocher » ces deux maillons de la chaîne. Signées entre le Préfet et le procureur, elles sont vouées à assurer localement que les condamnations assorties d'une obligation de soins, les TIG adaptés aux personnes toxicodépendantes et les mesures d'aménagement de peines en prison notamment, seront effectifs. A travers les financements complémentaires accordés aux opérateurs potentiels du système de soins (structures spécialisées toxicomanie, structures d'hébergement, structures du réseau justice, etc.), le dispositif des CDO a effectivement permis de proposer à un nombre croissant d'usagers judiciairisés une première rencontre avec le système de soins, aux différents stades de la procédure pénale, depuis la phase pré-sentencielle jusqu'à celle de l'accompagnement à la sortie de prison (6 500 en 1998, 37 500 en 2001). Toutefois, les alternatives à l'incarcération ont peu bénéficié de ce processus de dynamisation de l'articulation santé-justice, puisqu'en 2001, 11 % seulement des personnes prises en charge dans le cadre du dispositif étaient confrontées à un TIG ou à un sursis et ajournement avec mise à l'épreuve (ce qui représente tout de même environ 3 500 usagers)⁵⁵. Les alternatives à l'incarcération ont donc été le « parent pauvre » d'un dispositif qui a, globalement, bien fonctionné.

Financement

Théoriquement, la prise en charge générale des toxicomanes, qu'ils soient ou non adressés par les instances judiciaires, relève des CSST et des structures de réduction des risques financés par le Ministère de la Santé. En 2001, le nombre de CSST conventionnés s'élevait à 263, dont les deux tiers sont gérés par le secteur associatif. Ils sont implantés dans 90 départements français. Le montant de l'enveloppe annuelle qui leur est allouée a diminué depuis 1999 (118 M€ en 2002 vs 130 M€ en 1999).

Cependant, à ces financements de droit commun est venu s'ajouter celui, spécifique et complémentaire, des conventions de prestation avec les structures de soins conclues dans le cadre des CDO. Le financement des CDO ressort de crédits déconcentrés mis à disposition des structures par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), à une hauteur qui a connu une montée en charge jusqu'en 2001, passant de 2,5 M€ en 1998, à 4,9 M€ en 1999, 7,1 M€ en 2000 et 9,9 M€ en 2001 (en y intégrant le Fonds social européen pour ces deux dernières années). Cette extension de moyens s'est traduite par la croissance du nombre de structures financées : 203 en 1999, 286 en 2000 et 333 en 2001.

L'ensemble des structures de prise en charge de la toxicomanie, ainsi que le dispositif des CDO lui-même, sont depuis 2003 financés par la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), à l'instar des consultations ambulatoires en alcoologie (CCAA).

Les estimations disponibles montrent que dans le cadre des CDO, les alternatives à l'incarcération à dimension sanitaire sont assurées à plus d'un tiers par le réseau spécialisé alcool, à un tiers par les CSST, avant les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (16 %), le réseau spécialisé justice (13 %) ou d'autres types de structures (Gorgeon *et al.*, 2003).

⁵⁵ Source : bilans annuels de la MILDT, pour les années 1998, 1999, 2000 et 2001.

Suivi des mesures

Au sein du dispositif pénal, la mise à exécution des peines privatives de liberté relève du parquet, les sursis avec mise à l'épreuve et les TIG relèvent du juge d'application des peines (JAP), et les amendes de l'administration fiscale. Actuellement, chaque étape de la procédure pénale est suivie par un système de gestion indépendant qui ne communique pas avec les autres.

Ce sont les deux étapes possibles de l'orientation sanitaire et sociale au sein du processus pénal qui nous intéressent ici : celle des injonctions thérapeutiques d'une part ; celle des sursis avec mise à l'épreuve et des TIG d'autre part. Dans les deux cas, la « passerelle » avec le système de soins est supposée garantie par les services judiciaires chargés de la mise en oeuvre et du contrôle de l'obligation de soins. Cependant, on observe, pour l'injonction thérapeutique, une relative « déperdition » – estimée à 30% (Setbon et De Calan, 2000a) – des usagers tout au long des étapes qui sont supposées les conduire de l'orientation par le parquet aux services de la DDASS puis dans le CSST désigné pour assurer la prise en charge de l'usager justiciable. Dans le cas de l'obligation de soins prononcées à la suite d'un jugement, l'accompagnement est assuré par un **juge référent**, qui suit le dossier dans la durée (juge de l'application des peines, juge des enfants, juge d'instruction ou juge des libertés et de la détention) et qui s'assure, le cas échéant, de l'intervention de travailleurs sociaux mandatés par la justice (service pénitentiaire d'insertion et de probation, protection judiciaire de la jeunesse, associations de contrôle judiciaire). Du fait de son déroulement encadré, l'obligation de soins ne présente pas les mêmes faiblesses que l'injonction thérapeutique : son effectivité est présumée supérieure, même si aucun système comptable ne permet actuellement de l'apprécier d'une façon rigoureuse.

En l'absence de système d'informations intégré, il n'est pas possible de suivre en continu une affaire depuis le prononcé de la condamnation jusqu'à l'exécution de la peine. Pour remédier à cette situation, il faut, soit réaliser des enquêtes en juridiction, soit tirer parti des bases de données statistiques existantes – en s'accommodant d'une information biaisée et souvent difficile à interpréter.

Groupes cibles spécifiques

Au moment de la relance du dispositif des CDO en 1999, l'accompagnement des jeunes consommateurs a été érigé en priorité. Néanmoins, il n'existe pas de programmes de traitement dans le cadre d'alternatives à l'incarcération ciblant spécifiquement certaines catégories de population.

Projets spécifiques

On peut considérer que le placement sous surveillance électronique relève des projets pilotes lancés en matière d'alternatives à l'incarcération mais ce dispositif n'a aucun caractère sanitaire et ne s'adresse pas particulièrement aux toxicomanes. Il est difficile aujourd'hui d'apprécier la mise en oeuvre et l'efficacité des mesures de placement sous surveillance électronique : instauré en 1997, ce système a connu une première expérimentation en octobre 2000 sur quatre sites où 20 bracelets ont été testés. Depuis le début de l'expérimentation du placement sous surveillance électronique, 1 384 condamnés ont bénéficié de ce dispositif (à la date du 15 décembre 2003). Au 15 décembre 2003, le nombre de placements simultanés était de 312. Entre le 1er et le 15 décembre 2003, 63 nouveaux placements sous surveillance électronique ont été accordés. La loi d'orientation et de programmation sur la justice (LOPJ) prévoit de placer 3 000 personnes sous surveillance électronique d'ici 2007⁵⁶.

⁵⁶ Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (NOR : JUSX0200117L).

Concernant les alternatives à l'incarcération à dimension de soins, il n'existe pas de projets spécifiques actuellement en cours.

Assurance qualité

Document directeur

En matière d'alternatives à l'incarcération ciblant les usagers délinquants, aucun document d'orientation spécifique n'a été émis, en dehors de la circulaire du 17 juin 1999 tombée en désuétude à la suite du changement de majorité gouvernementale en avril 2002.

Evaluation et recherche

Dans le domaine des alternatives à la détention, à défaut d'une évaluation globale de leur mise en œuvre appliquée aux toxicomanes insérés dans la filière pénale, on peut citer un certain nombre de résultats d'évaluation épars et de réflexions en cours.

L'évaluation la plus pertinente dans ce domaine porte sur les injonctions thérapeutiques est celle de Michel. Setbon et J. de Calan sur l'injonction thérapeutique (2000b). Cette recherche établit que « les rares usagers de drogues qui ont bénéficié d'une injonction thérapeutique n'ont qu'une faible probabilité de recevoir une prise en charge correspondant à leur état ». Autrement dit, le faible taux d'effectivité de l'injonction thérapeutique (évalué à 30%) est doublé du constat d'une faible efficacité de la prise en charge elle-même. Ainsi, selon les auteurs, assurer l'effectivité de l'injonction thérapeutique représente non seulement une condition nécessaire à l'efficacité de la prise en charge mais en constitue également le principal facteur : la mise en place de conditions favorisant l'effectivité construit son efficacité en permettant de fournir aux usagers de drogues qui en ont besoin une prise en charge adaptée. L'évaluation conclut qu'effectivité et efficacité seront d'autant facilitées que les effets des choix opérés entre les parquets et les DDASS seront rendus apparents, interprétés et discutés (au moyen notamment d'un dispositif d'évaluation).

L'évaluation des « obligations de soins aux toxicomanes dans le cadre du sursis probatoire » réalisée par le CESDIP en 1999 a cherché quant à elle à explorer la signification du soin sous contrainte dans des contextes différents (ILS ou vols, province ou région parisienne), à partir de l'étude de trois cohortes de personnes soumises à cette obligation (Simmat-Durand et Toutain, 1999). Le rapport conclut sur trois points : le premier objectif de l'obligation de soins, qui est la mise en contact de l'usager avec le système de soins, est « un leurre » car il s'agit de populations toxicomanes depuis longtemps, dont l'état de santé dégradé a occasionné de multiples contacts avec les acteurs du champ sanitaire. Le second objectif, du point de vue du Ministère de la Justice, la prévention de la récidive, est le plus difficile à évaluer, bien qu'il apparaisse clairement que l'objectif d'éviter l'incarcération est battu en brèche puisque la moitié de la population étudiée a connu des séjours répétés en prison. Enfin, le troisième objectif, défini *a posteriori*, celui de la lutte contre les exclusions sociales, semble contredit par la proportion importante, dans la population étudiée, de personnes en situation d'exclusion prolongée du marché du travail (près de 60 %). Dans l'ensemble des évaluations menées, les analyses ont été menées sans référence à des indicateurs de succès bien identifiés.

En dehors des études spécifiques relatives aux obligations de soins prescrites dans un cadre judiciaire, divers travaux ou évaluations sur des sujets connexes soulèvent tour à tour la question de leur légitimité, de leur effectivité, ou de leur efficacité, sans élaborer pour autant des indicateurs opérationnels de succès, ou des conclusions définitives sur les chances de récidive d'un usager traité à travers la filière pénale.

L'efficacité des approches de traitement quasi-obligatoires est une question récurrente car elle n'a pas été scientifiquement prouvée. La majorité des psychiatres et psychologues spécialisés estiment que la coercition est peu favorable à la réussite du traitement. Par

ailleurs, les mécanismes prévus par la loi de 70 sont souvent critiqués : elles relèvent que la loi de 70 est une loi de justice et non de thérapie, dès lors que le juge se trouve au centre du dispositif, décidant d'appliquer la mesure répressive, la mesure thérapeutique, ou les deux. Nombre de médecins soulignent la difficulté de créer une relation de confiance avec le malade dans un contexte judiciaire, où le patient est sous le coup d'une sanction pénale et le médecin placé en position d'auxiliaire de justice. Certains travaux estiment que les difficultés nées de la contradiction entre les impératifs médicaux et judiciaires peuvent être résolues par une meilleure coopération des deux institutions sur le terrain. C'est dans cet esprit qu'a été créé, puis évalué, le dispositif des CDO, présenté comme un outil essentiel au service du développement de l'articulation justice/santé.

L'évaluation menée en 2002 du dispositif des CDO montre que le dispositif a répondu aux objectifs qui lui étaient assignés en permettant un meilleur repérage sanitaire des publics sous main de justice, une augmentation de l'offre de prise en charge socio-sanitaire de ce public et une mise en réseau renforcée des autorités judiciaires et sanitaires. Ces améliorations ont particulièrement affecté la phase présenticielle, alors que les alternatives à l'incarcération ont peu évolué à la faveur de ce dispositif.

Plus généralement, certains chercheurs s'interrogent sur l'utilité réelle des alternatives à l'incarcération en termes d'opportunité et/ou de réinsertion⁵⁷. Par ailleurs, la question de l'efficacité des alternatives à l'incarcération à dimension sanitaire achoppe sur la question même de la qualité de prise en charge en direction des usagers d'héroïne. Si l'impact positif des nouveaux modes d'intervention visant à réduire l'ensemble des risques sanitaires de la consommation de drogue peut être appréhendé par des indicateurs d'activité et des indicateurs épidémiologiques favorables (nombre de programmes d'échange de seringues et de services à bas seuil, proportion de médecins prescrivant des médicaments de substitution, ventes de seringues, volume de médicaments prescrits, baisse de la mortalité par overdose, réduction de la prévalence du VIH, rétention des patients substitués dans les traitements, observance par les usagers séropositifs des traitements de l'infection VIH, etc.), l'évaluation du dispositif met en exergue des problèmes persistants : maintien d'une incidence élevée de contamination par le VHC, injection encore trop fréquente du Subutex® (buprénorphine), détournement d'une fraction de celui-ci sur le marché de rue, répartition déséquilibrée entre méthadone et buprénorphine, nécessité d'améliorer la prise en charge sociale et psychiatrique, discontinuité des traitements lors de l'entrée ou de la sortie de prison, insuffisance des réponses en cas d'échec des traitements ou de polytoxicomanies sévères. La difficulté à définir des interventions efficaces auprès des consommateurs compulsifs de crack ou de cocaïne ne favorise probablement pas leur usage dans un contexte problématique encore redoublé par la contrainte judiciaire. Ainsi dernièrement, le rapport du député Warsmann (2003) soulignait que la perte de « crédibilité et d'effectivité » des alternatives à l'incarcération a amené les magistrats à s'en détourner, favorisant d'autant plus le recours à la prison.

Enfin, bien qu'il ne s'agisse pas de recherche ou même d'évaluation à proprement parler, les recommandations des rapports parlementaires régulièrement commandités sur la question des conditions de détention en prison, de l'exécution des peines, etc. sont une source cruciale de débats et de réformes. Le rapport Warsmann précité, ainsi, proposait notamment, pour relancer les alternatives à l'incarcération, de développer un « plan de relance » et de diversification des mesures de travail d'intérêt général (TIG). Il propose de convoquer les

⁵⁷ Ainsi existe-t-il en France un débat sur les « alternatives » : servent-elles réellement d'alternatives à la détention ou ont-elles vocation à élargir le filet pénal ? Pierre-Victor Tournier, directeur de recherche au CNRS et président de l'Association française de criminologie, parle ainsi d'« alternatives virtuelles » pour désigner l'ensemble des mesures prononcées parce qu'elles existent dans les textes, et en l'absence desquelles l'on peut présumer que de simples sursis ou une amende seraient prononcés.

prévenus, dès l'audience, auprès du service chargé de mettre en place le TIG ou le sursis avec mise à l'épreuve, en leur spécifiant immédiatement les obligations auxquelles ils sont soumis. Dans le cas des TIG, il plaide pour un « programme national de relance » afin de ne plus les cantonner au secteur voirie – espaces verts et les ouvrir au tertiaire et au monde hospitalier. Le rapport préconise également d'assurer l'augmentation des sursis avec mise à l'épreuve, d'exécuter les courtes peines en dehors de la prison, en centre de semi-liberté ou sous placement électronique, et de lutter contre la récidive en réduisant les « sorties sèches » de prison grâce à la revalorisation des dispositifs d'aménagement de peine des détenus (en chute) : en 2002 en effet, seules 5 056 libérations conditionnelles ont été accordées (soit une baisse de 14 % en un an), ce qui représente un minimum historique depuis leur création en 1885. A cet égard, le Conseil de l'Europe désignait la France en septembre 2003 comme l'un des pays ayant le taux le plus bas de recours aux libérations conditionnelles en Europe (9 % des sorties de prison). Pour éviter ces « sorties sèches » préjudiciables à la réinsertion des détenus, le député souhaitait faire adopter dans la loi « le principe d'une exécution progressive de la peine » : les trois derniers mois d'une peine de 6 mois à 2 ans de prison ou les 6 derniers mois d'une peine de 2 à 5 ans devront pouvoir s'exécuter soit en semi-liberté, soit en chantier extérieur, soit sous surveillance électronique.

Les réflexions en cours existent donc, de façon éclatée, mais elles prennent peu en compte, encore moins de manière spécifique, la dimension sanitaire de la peine s'agissant d'usagers délinquants.

Formation

La capacité des pouvoirs publics à réussir l'articulation entre instances de santé et de justice se joue en partie dans l'effort de formation déployé auprès des magistrats d'une part, et des professionnels de santé d'autre part. Ce point a été l'une des priorités affichées de 1998 à 2001 par la MILDT et pourrait être poursuivi dans le prochain plan quinquennal. En mai 2004, un colloque organisé par le Ministère de la Justice (Ecole Nationale de la Magistrature, Ecole National d'Administration Pénitentiaire, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales), intitulé « Poursuivre et punir sans emprisonner. Les alternatives à l'incarcération » a permis de reposer la question en termes d'opportunité et d'applicabilité, mais le problème spécifique des toxicomanes en milieu pénitentiaire n'a pas été évoqué.

Parallèlement, les acteurs du champ sanitaire poursuivent leurs efforts de sensibilisation à la nécessité de développer l'interface avec les instances judiciaires. Depuis quelques années, une formation régulière menée par l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT) aborde les relations entre les CSST et les services judiciaires et pénitentiaires. Les différents problèmes évoqués tiennent à l'organisation du partenariat ou aux difficultés de partenariat entre les différents services dans le cadre de procédures pénales classiques (contrôle judiciaire, sursis avec mise à l'épreuve, aménagements de peines etc.). Des cas concrets, avec orientation vers le dispositif de soins, sont présentés.

Les résultats de ces efforts de formation n'ont pas à ce jour été évalués.

Ainsi, si le discours public sur l'opportunité de recourir aux alternatives à l'incarcération pour pénaliser les usagers toxicomanes s'est progressivement étoffé – malgré un recul depuis 2002 –, ces recommandations semblent relativement peu suivies d'effets à ce stade d'observation des tendances pénales. L'un des enjeux de ce couplage entre répression et soins se joue dans l'effort public consenti pour encourager et soutenir l'articulation des instances judiciaires et sanitaires amorcée avec les conventions départementales d'objectifs. Selon le rapport d'évaluation du plan triennal en effet, l'un des axes de progrès identifiés était bien l'aménagement des peines les moins longues, quand il s'agit de toxicomanes, en y

intégrant une obligation de soins – pour la libération conditionnelle et la semi-liberté notamment (Setbon *et al.*, 2003).

Septembre 2004

Ivana Obradovic

OFDT

ivobr@ofdt.fr

Glossaire

Condamné : personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judiciaire définitive.

Maison d'arrêt : reçoit les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an

Milieu ouvert : ensemble des activités des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et associations de contrôle judiciaire qui concourent à la mise en oeuvre des décisions de justice devant être exécutées totalement ou partiellement hors des établissements pénitentiaires. Le but de ces mesures est de permettre une meilleure insertion des personnes dans la société. Elles peuvent être prises avant jugement (contrôle judiciaire), lors du jugement (sursis avec mise à l'épreuve) ou être une modalité de l'exécution de la peine d'emprisonnement (semi-liberté).

Prévenu : personne détenue dans un établissement pénitentiaire qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive.

Semi-liberté : modalité d'exécution d'une peine permettant à un condamné d'exercer, hors d'un établissement pénitentiaire, une activité professionnelle, de suivre un enseignement ou une formation, ou encore de bénéficier d'un traitement médical. Le condamné doit rejoindre le centre de semi-liberté à l'issue de ces activités.

Travail d'intérêt général (TIG) : Cette peine alternative à l'incarcération, adoptée en 1983, requiert la volonté du condamné pour être exécutée. Il s'agit d'un travail non rémunéré d'une durée de 40 à 240 heures maximum au profit d'une collectivité territoriale ou d'une association.