

Toxicomanie, obligation de soins et injonction thérapeutique, les lois du 31 décembre 1970 et du 5 mars 2007

X. Laqueille, K. Liot, C. Launay

Le traitement judiciaire de la toxicomanie a connu de multiples évolutions. La loi du 31 décembre 1970 marque un net changement en offrant une double perspective de soins et de répression de l'usage de drogues. Ce texte qui présente le toxicomane avant tout comme un malade, offre la possibilité à la justice d'imposer des soins en vue de désintoxication à celui qui a fait un usage illicite de stupéfiants. La loi du 5 mars 2007 renforce cet objectif sanitaire en élargissant le champ d'application de la mesure d'injonction thérapeutique et en faisant évoluer son déroulement. Elle crée la fonction de médecin relais, dont le rôle est l'application de la mesure d'injonction thérapeutique, ainsi que le stage de sensibilisation au délit d'usage de stupéfiants. Nous exposons les différents textes de loi, la pratique actuelle et nous discutons les intérêts et les limites de la législation et de ses évolutions.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Toxicomanie ; Lois ; Stupéfiants ; Répression ; Injonction thérapeutique

Plan

■ Introduction	1
■ Loi du 31 décembre 1970	1
Volet sanitaire	1
Volet répressif	2
Circulaires relatives à l'organisation de la lutte contre la toxicomanie	2
■ Organisation actuelle du système de soins en addictologie	3
Pôle ville	3
Pôle médicosocial	3
Pôle hospitalier	3
■ Pratique actuelle : l'exemple du service des injonctions thérapeutiques à Paris et en Île-de-France	3
Service des injonctions thérapeutiques de Paris	3
Autres départements d'Île-de-France	4
■ Discussion des intérêts et des limites de l'application de la loi du 31 décembre 1970 et de ses évolutions	4
■ Loi du 5 mars 2007	5
Aggravation des sanctions encourues	5
Évolution du traitement judiciaire du délit d'usage de stupéfiants	5
■ Conclusion	6

■ Introduction

Le terme d'usage de stupéfiant apparaît pour la première fois dans la législation française dans la loi du 12 juillet 1916, modifiant la loi du 19 juillet 1845 sur les substances vénéneuses [1, 2]. Cette loi prohibait l'achat, la vente et l'usage en société de différents produits (opium, morphine, cocaïne, haschisch). La loi de 1916 ne fait aucune distinction entre les usagers et les revendeurs qui encouraient indifféremment des peines d'emprisonnement de 3 mois à 5 ans et des amendes de 1 000 à 10 000 francs. La loi du 24 décembre 1953 introduit pour la première fois un volet sanitaire dans la lutte contre la drogue, en offrant la possibilité à l'autorité judiciaire d'imposer aux

consommateurs de stupéfiants une cure de désintoxication. Toutefois ce texte n'a jamais été appliqué, faute de texte réglementaire pour sa mise en œuvre [1-3].

Le développement de la toxicomanie dans la jeunesse occidentale à la fin des années 1960 a amené le législateur à considérer la question de la drogue non plus exclusivement comme un problème de délinquance, mais également comme un enjeu de santé publique. C'est dans ce contexte qu'a été élaborée la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses [2, 4]. La loi du 5 mars 2007 actualise la procédure d'injonction thérapeutique.

■ Loi du 31 décembre 1970

La loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 du Code de Santé publique réprime l'usage et le trafic de stupéfiants, en distinguant clairement ces deux aspects. Elle ne comporte en revanche aucune disposition concernant la prévention et ne fait aucune différence entre les produits. Elle associe dans la lutte contre la toxicomanie la répression et l'action médicosociale. Ce texte repose sur trois axes : répression sévère du trafic, sanction pénale de l'usage tout en proposant des alternatives thérapeutiques, gratuité et respect de l'anonymat pour les usagers demandeurs de soins.

Volet sanitaire

Il s'agit des dispositions de la loi concernant les soins aux patients toxicomanes selon quatre modalités de mise en œuvre.

Demande spontanée (article L3414-1 du Code de Santé publique)

Les toxicomanes qui se présentent d'eux-mêmes afin d'être traités bénéficient de soins gratuits. De plus, ces personnes peuvent bénéficier de l'anonymat qui « ne pourra être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants ». Ces personnes peuvent aussi demander un certificat médical mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement, afin de faire valoir leur démarche auprès des autorités judiciaires et éventuellement d'éviter l'exercice de l'action publique.

Injonction sanitaire (article L3412-1, 2, 3 du Code de Santé publique)

Les toxicomanes peuvent faire l'objet d'un signalement auprès des autorités sanitaires par un certificat médical ou le rapport d'une assistante sociale. L'autorité sanitaire fait alors procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale et professionnelle de la personne signalée. En fonction des conclusions de l'examen médical, l'autorité sanitaire enjoint le sujet à subir une cure de désintoxication dans un centre agréé de son choix ou à se placer sous surveillance médicale. Il s'agit d'une mesure purement sanitaire, seules les personnes devant subir une cure de sevrage doivent fournir à l'autorité sanitaire la preuve de la mise en œuvre de la cure. Les personnes signalées n'encourent pas de sanctions pénales si la cure de désintoxication ou la surveillance médicale est interrompue.

Injonction thérapeutique (articles L3423-1, L3424-1, 2, 3, 4 du Code de Santé publique)

Le procureur de la République peut enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale. Cette disposition ne concerne que le délit d'usage seul et n'est en principe applicable que s'il s'agit d'une première infraction. L'injonction thérapeutique est proposée en alternative aux poursuites pénales. L'action publique est suspendue durant la prise en charge sanitaire et elle n'est pas exercée si le traitement est mené à son terme. De même, les poursuites pénales sont abandonnées s'il est établi que depuis les faits, le sujet s'est soumis à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale. En pratique, l'autorité sanitaire, en la personne du directeur de l'Action sanitaire et sociale, est saisie par le procureur de la République. Il fait procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale. Au terme de l'examen médical, le sujet concerné est enjoint soit à subir une cure de désintoxication dans un établissement agréé choisi par lui, ou à défaut désigné d'office, soit à se placer sous surveillance médicale d'un médecin choisi par lui ou d'un dispensaire d'hygiène sociale ou d'un établissement sanitaire agréé, public ou privé. Dans le cas où le sujet est enjoint à une cure de désintoxication, le sujet doit dès le début de sa prise en charge transmettre un certificat médical à l'autorité sanitaire. Ce certificat précise la date de début des soins, la durée probable du traitement et l'établissement dans lequel il a lieu. Dans le cas où le sujet est soumis à une surveillance médicale, il doit faire parvenir à l'autorité sanitaire un certificat médical précisant la date de début et la durée probable de la surveillance. Dans le cas de la cure de désintoxication, comme dans celui de la surveillance médicale, l'autorité sanitaire est chargée de contrôler le déroulement du traitement et de tenir régulièrement informé le parquet de la situation médicale et sociale de la personne. En cas d'interruption de la cure ou de la surveillance médicale, le médecin responsable des soins ou le directeur d'établissement doit immédiatement avertir l'autorité sanitaire qui en informe le parquet. L'autorité sanitaire joue donc un rôle clé dans l'application de la mesure d'injonction thérapeutique, elle est l'intermédiaire indispensable entre l'autorité judiciaire et la structure de soins.

Astreinte judiciaire (article L3424-1, 2, 3, 4, 5 du Code de Santé publique)

Les personnes mises en examen ou condamnées pour usage de stupéfiants peuvent être soumises à une obligation de soins. Cette astreinte peut être prononcée au cours de l'instruction ou au stade du jugement. Le juge des enfants ou le juge d'instruction peut, lorsqu'il est établi qu'elles relèvent d'un traitement médical, astreindre par ordonnance les personnes mises en examen pour usage de stupéfiants à subir une cure de désintoxication accompagnée de toutes les mesures de surveillance médicale et de réadaptation appropriées à leur état. La juridiction de jugement peut également astreindre les prévenus à subir une cure de désintoxication, notamment en confirmant ou en prolongeant l'ordonnance du juge d'instruction ou du juge des enfants. Contrairement à l'injonction thérapeutique prononcée

par le procureur de la République, les poursuites pénales ne sont pas suspendues. Mais le fait que l'usager se soumette à l'obligation de soins peut réduire la peine prononcée, voire l'en dispenser. De même, lors de l'audience de jugement, le tribunal peut imposer ou prolonger la mesure. L'obligation de soins accompagne alors généralement une sanction alternative à l'incarcération de sursis avec mise à l'épreuve ou d'ajournement de peine avec mise à l'épreuve. L'astreinte aux soins peut enfin intervenir pour les personnes incarcérées qui peuvent bénéficier au bout d'un certain délai, sur décision du juge d'application des peines, d'une libération conditionnelle assortie de conditions. La cure de désintoxication ordonnée par l'astreinte judiciaire est subie soit dans un établissement spécialisé, soit sous surveillance médicale. L'autorité sanitaire n'intervient pas dans l'exécution de la mesure d'astreinte sanitaire, le médecin responsable informe directement l'autorité judiciaire du déroulement de la cure.

Volet répressif

Usage de stupéfiants (article L3421-1, 2 du Code de Santé publique)

L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est un délit passible de 1 an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende. L'article 131-6 du Code pénal stipule que lorsqu'un délit est passible d'une peine d'emprisonnement la juridiction peut prononcer, à la place de l'emprisonnement, une ou plusieurs des peines privatives ou restrictives de liberté. Il s'agit entre autres d'une suspension, voire d'une annulation, du permis de conduire, de la confiscation ou l'immobilisation d'un véhicule appartenant au condamné, l'interdiction pour une durée de 5 ans au plus d'exercer une activité professionnelle ou sociale dès lors que les facilités que procure cette activité ont été sciemment utilisées pour préparer ou commettre l'infraction. Les plantes ou substances saisies sont confisquées par la justice.

Trafic (article L222-37 du Code pénal)

Le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicite de stupéfiants sont passibles de 10 ans d'emprisonnement et de 7 500 000 euros d'amende. La garde à vue, d'une durée de 48 heures en droit commun, peut être prolongée par le procureur de la République ou le juge d'instruction à 4 jours. Le tribunal peut aussi prononcer une interdiction des droits civiques pour 5 à 10 ans, une interdiction de séjour pour les étrangers d'une durée de 2 à 5 ans, un retrait du passeport ou une suspension du permis de conduire pour 3 ans maximum. Les peines sont doublées en cas de récidive.

Cas de l'usager trafiquant (article L222-39 du Code pénal)

La cession ou l'offre illicites de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle sont passibles de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. La peine d'emprisonnement est portée à 10 ans lorsque les stupéfiants sont offerts ou cédés à des mineurs, ou dans des établissements d'enseignement, ou d'éducation, ou dans les locaux de l'administration.

Incitation, provocation, propagande ou publicité en faveur des stupéfiants (article 3421-4 du Code de Santé publique)

La provocation à l'usage ou au trafic, qu'elle soit suivie ou non d'effet, ou le fait de présenter ces infractions sous un jour favorable est passible de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Circulaires relatives à l'organisation de la lutte contre la toxicomanie

À la suite de la loi de 1970, plusieurs décrets et circulaires ont apporté des précisions et des modifications au texte initial [5-9]. La circulaire du 25 août 1971 crée le terme d'injonction thérapeutique qui ne figure pas dans la loi du 31 décembre 1970. La circulaire du 12 mai 1987 prévoit que si l'usager ne se

soumet pas à l'obligation de soins, il risque une condamnation s'ajoutant à la peine déjà prononcée pour l'usage de stupéfiants, en particulier dans les cas d'usager-trafiquant ou d'usager auteur d'un autre délit. La répression pénale et donc la condamnation n'excluent pas forcément la dimension curative, d'autant plus que celle-ci aurait un impact sur la prévention de la récidive. La circulaire du 29 juin 1992 met en place les centres spécialisés de soins en toxicomanies (CSST). Ce texte est complété par trois arrêtés (23 juillet 1992, 26 août 1992 et 15 septembre 1993) qui fixent les modèles de convention type relative aux CSST gérés par les établissements publics de santé ou de statut associatif ou encore les associations d'appartements thérapeutiques. Ces dispositions ont été élaborées pour permettre une structuration des réseaux de soins qui s'étaient développés de façon parfois anarchique à partir d'initiatives locales ou de regroupements associatifs de type « loi 1901 ». La définition des CSST a permis de clarifier les missions des centres de soins avec nécessité d'élaborer un projet thérapeutique annexé au rapport annuel, ce qui permet aux préfets d'avoir un contrôle sur leur fonctionnement. Chaque centre doit passer avec le préfet une convention conforme à l'une des conventions types qui précisent d'une part les modalités de fixation du budget, les postes de personnels financés et les modalités de contrôle de l'État. La circulaire interministérielle du 28 avril 1995 [10] vise à harmoniser les pratiques relatives à l'injonction thérapeutique. Elle restreint l'emploi de cette procédure en insistant sur le critère de nécessité sanitaire (consommation de cocaïne et d'héroïne, usage massif et répété de cannabis, polyconsommation). Il est également précisé que la mesure doit favoriser, au-delà de la réponse sanitaire, la réinsertion sociale des toxicomanes. La circulaire du 8 avril 2005 [11] préconise pour les usagers majeurs une réponse pénale systématique et graduée en fonction de la consommation. Ce texte recommande un classement sans suite avec rappel à la loi pour les usagers majeurs arrêtés en possession de très faibles quantités de stupéfiants et un classement avec orientation sanitaire ou sociale pour ceux « qui ont dépassé le stade de la simple expérimentation ». L'injonction thérapeutique est réservée aux usagers de drogues dures et aux polytoxicomanes, les poursuites pénales sont limitées aux récidivistes ainsi qu'aux usagers qui refusent de se soumettre aux mesures alternatives. Concernant les mineurs, la circulaire du 8 avril 2005 préconise l'orientation vers une structure sanitaire et sociale plutôt que le classement sans suite avec rappel à la loi, afin de lutter contre la banalisation et le sentiment d'impunité des jeunes consommateurs. Dans les cas où la consommation semble révéler une problématique plus complexe ou une dangerosité particulière, les parquets sont invités à privilégier la saisine du juge des enfants, afin d'améliorer le recueil de renseignements et de mettre en place, si nécessaire, une prise en charge plus globale du mineur.

■ Organisation actuelle du système de soins en addictologie

L'organisation actuelle des soins en addictologie en France est issue du Plan 2007-2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions. Ce plan prévoit l'organisation de la filière de soins en addictologie autour de trois pôles complémentaires organisés en réseaux de soins :

- un pôle « ville » d'intervention de premier niveau ;
- un pôle « médicosocial » correspondant aux centres de soins de prévention et d'accompagnement en addictologie (CSAPA) ;
- un pôle hospitalier.

Pôle ville

Ce pôle assure la prise en charge médicale non spécifique en ambulatoire. Il comprend les médecins généralistes et les centres de santé qui se retrouvent en première ligne face aux problématiques d'addiction. Ils agissent dans le domaine du repérage et de l'intervention précoce et assurent des suivis au long cours pour les sujets dépendants. Les médecins du travail peuvent également assurer des missions de prévention, de dépistage et d'orientation. Il faut souligner l'importance des réseaux de santé

dans la coordination de l'action des différents acteurs. Les mouvements d'entraide et les associations d'usagers de drogue ont élargi leur champ d'action. Initialement centrée sur l'aide au maintien de l'abstinence, ils effectuent aujourd'hui également des actions d'information, de prévention et de réduction des risques.

Pôle médicosocial

Les CSAPA remplacent les structures auparavant séparées entre les centres de cure ambulatoire (CCAA) en alcoologie et les centres de soins spécialisés en toxicomanies (CSST), en les rassemblant sous un statut juridique commun. Ils s'adressent aux sujets en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives, licites ou illicites. Ils reçoivent également des individus souffrant de dépendances comportementales, notamment les joueurs pathologiques. Les CSAPA se caractérisent par leur caractère pluridisciplinaire. Leurs équipes regroupent professionnels de santé et travailleurs sociaux, avec pour objectif la réalisation de prises en charge globales médico-psycho-sociales. Les CSAPA assurent des missions de réduction des risques, de prévention, de diagnostic et de prise en charge thérapeutique.

Pôle hospitalier

La filière hospitalière de soins addictologiques vise à proposer une prise en charge globale, graduée, de proximité et disposant d'un plateau technique spécialisé. Ce pôle offre un ensemble complémentaire de prises en charge assurées en consultations, en hôpital de jour et en hospitalisations complètes. Les structures hospitalières en addictologie sont organisées en un dispositif à trois niveaux.

Niveau 1

Le niveau 1 regroupe les consultations spécialisées et les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Leurs missions sont la consultation, la réalisation de sevrages en ambulatoire et l'activité de liaison hospitalière.

Niveau 2

Le niveau 2 dispose, en plus du niveau 1, de structures d'hospitalisations de jour et d'hospitalisations complètes. Ces structures peuvent assurer des prises en charge hospitalières dans un contexte aigu et des sevrages hospitaliers. Les structures de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSR), souvent appelées post-cure, font partie des structures de niveau 2. Les SSR permettent la poursuite de la prise en charge résidentielle de certains patients après les soins aigus, afin de consolider leur abstinence et de mettre en place un projet de réinsertion et de réadaptation.

Niveau 3

Le niveau 3 correspond aux services d'addictologie hospitalo-universitaires. Ces services assurent, en plus des missions de niveau 2, des activités de formation, d'enseignement et de recherches. À terme, chaque centre hospitalier universitaire devrait disposer d'un service d'addictologie de niveau 3.

■ Pratique actuelle : l'exemple du service des injonctions thérapeutiques à Paris et en Île-de-France

Service des injonctions thérapeutiques de Paris

La cellule des injonctions thérapeutiques de Paris reçoit les usagers dans les locaux de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et au tribunal de grande instance de Paris. Elle comprend huit membres : deux psychiatres et quatre psychologues essentiellement de temps partiel,

deux secrétaires. Le travail d'équipe permet de discuter des situations individuelles, de rencontrer les différentes instances judiciaires, sanitaires, médicales. S'ils le jugent nécessaire, les magistrats de permanence peuvent se joindre à cette équipe. Cette cellule veut être à l'articulation de la justice et de la santé pour une prise en charge des patients la plus cohérente possible. Elle assure une permanence qui permet l'examen des usagers dès la notification d'injonction thérapeutique prononcée par le parquet. Les patients sont convoqués dans les locaux de la DDASS dans un délai d'environ 3 semaines ou habituellement déferés pendant leur garde à vue.

Le premier examen médical permet l'évaluation globale du patient : modalités d'usage du ou des toxiques, pathologies somatiques ou psychiatriques associées et antécédents médicaux, biographie, relations sociofamiliales et situation professionnelle. L'objectif est une orientation vers un lieu de soins approprié : CSST, centre médicopsychologique (CMP), équipe de coordination et d'intervention pour les malades usagers de drogues (ECIMUD), points accueil écoute jeunes (PAEJ) ou centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

La durée initiale de l'injonction thérapeutique est de 6 mois. Elle peut être prolongée sur décision de l'équipe par exemple en cas de sevrage en cours.

En 2007, 810 mesures d'injonction thérapeutique ont été prononcées par le parquet de Paris, 44 % adressées par déferrement, 56 % convoquées par le parquet dans les 15 jours après leur arrestation. Ces mesures ont concerné 787 patients parisiens avec un bilan montrant 277 mesures exécutées, 236 mesures non exécutées ou interrompues et 274 mesures en cours.

Les caractéristiques de cette population sont les suivantes : 88 % d'hommes pour 12 % de femmes ; un âge de 18 à 61 ans, en moyenne de 32,8 ans ; 54 % de célibataires, 19 % en couple, 13 % séparés ou divorcés ; 59 % sans enfant, 48 % sans emploi, 32 % avec une activité professionnelle continue et 4 % d'étudiants ; 15 % sont sans domicile fixe et 7 % en hébergement social ; 57 % ont un passé judiciaire (le plus souvent lié à l'usage de drogues) et 38 % ont été incarcérés au moins une fois.

Autres départements d'Île-de-France

Les départements d'Île-de-France ont mis en place des systèmes spécifiques de réponse aux problématiques locales :

- en Seine-Saint-Denis, le service des injonctions thérapeutiques a élargi son domaine en recevant également les injonctions thérapeutiques pour violences sous l'emprise d'un produit et les conduites routières en état alcoolique ;
- dans les Hauts-de-Seine un dispositif jeunes majeurs a été mis en place devant l'apparition de nouveaux produits et modes de consommations, ainsi qu'une forte hausse des injonctions thérapeutiques pour mineurs ;
- dans le Val-de-Marne, le centre Ithaque qui fonctionne comme un CSST classique, reçoit depuis sa création toutes les injonctions du parquet de Créteil afin de favoriser une meilleure adhésion aux soins. Depuis 1994, les mineurs en injonction thérapeutique sont reçus avec leurs parents. Une consultation hebdomadaire « mineurs » a été mise en place au sein du tribunal de grande instance (TGI) grâce à la collaboration du parquet, de la DDASS et du CSST.

■ Discussion des intérêts et des limites de l'application de la loi du 31 décembre 1970 et de ses évolutions

La loi du 31 décembre 1970 constitue une évolution majeure dans la réponse de la société à la problématique de la toxicomanie. Elle ne la considère plus uniquement comme une forme de délinquance, mais également comme une problématique de santé publique. Elle confère à l'usager de drogues le double statut de malade et justiciable, relevant avant tout d'une prise en charge sociosanitaire, plus que de sanctions pénales. Cependant, cette loi est controversée avec

ses partisans et ses détracteurs. Les différents bilans réalisés sur l'application de la mesure d'injonction thérapeutique indiquent qu'elle est inégalement appliquée sur le territoire français [12-20]. Ce phénomène peut être, en partie, attribué aux différences d'appréciation entre les magistrats quant à la nature et à la quantité des substances consommées. Son application dépend aussi de la volonté des services sanitaires et des moyens attribués au niveau local. Un reproche formulé à l'égard de la mesure d'injonction thérapeutique est qu'elle crée la confusion entre le magistrat qui devient prescripteur de soins et le médecin qui est alors assimilé à un auxiliaire de justice chargé de l'exécution d'une mesure pénale [20, 21]. Mais l'injonction thérapeutique proposée par le parquet constitue une alternative aux poursuites judiciaires et non une obligation de soins. Le magistrat offre la possibilité au toxicomane de se soigner et le médecin est seul décideur des modalités de la prise en charge. Cependant, le risque de cette mesure est que le procureur y associe implicitement une obligation de résultats [22, 23]. En effet, certains magistrats conditionnent l'arrêt des poursuites judiciaires à l'échange d'examen urinaires prouvant l'arrêt de la consommation de toxiques. Dans cette perspective, qui ne correspond pas aux termes de la loi régissant l'injonction thérapeutique, une éventuelle rechute est alors assimilée à une récidive du délit [24].

Certains auteurs dénoncent l'usage utilitaire que certains toxicomanes peuvent faire de la mesure d'injonction thérapeutique, dans le seul but d'échapper aux poursuites pénales, et non pas de s'engager dans une démarche de soins [25, 26]. La qualité de l'alliance thérapeutique, dans un projet de soins imposé au toxicomane, peut être critiquée. Cependant, l'expérience révèle que dans de nombreux cas, les sujets qui se présentent d'eux-mêmes dans les services de soins spécialisés ne viennent pas avec une demande que l'on pourrait qualifier « d'authentique ». Les premières demandes sont généralement caractérisées par leur ambivalence. Elles sont souvent le fait de pressions de l'entourage ou liées au désir de supprimer des sensations de manque, sans s'accompagner d'un réel désir d'abstinence [20]. Peut-on par conséquent différencier des demandes « sincères » de sujets qui viennent consulter d'eux-mêmes, et des demandes « suspectes » de patients adressés par le biais de la mesure d'injonction thérapeutique ? D'autre part, plusieurs spécialistes soulignent que la prise en charge des usagers de drogues comporte nécessairement des aspects coercitifs, inhérents au caractère même de la pathologie addictive [23]. La mise en place d'un traitement de substitution implique des contraintes liées aux contrôles de la dispensation et de la prise du traitement, ainsi qu'aux consultations répétées [27]. Cependant, ce suivi prolongé et régulier de l'usager de drogues favorise l'instauration d'une relation de confiance avec l'équipe soignante [28].

La question du secret médical peut également être considérée comme problématique dans l'application de la mesure d'injonction thérapeutique ou de celle de l'obligation de soins. En effet, certains médecins refusent de produire les certificats médicaux destinés à la DDASS, ou au juge en cas d'astreinte judiciaire, arguant le respect du secret médical [24]. Il s'agit en réalité d'une réticence à envisager une relation thérapeutique dans un cadre contraint et sous le regard de l'autorité sanitaire ou judiciaire. La loi est pourtant claire sur ce sujet. Les certificats doivent uniquement mentionner si le patient est suivi ou non et estimer la durée probable des soins. Ils n'ont pas à préciser les modalités du traitement ni si le sujet continue ou non à consommer. Le refus de rédiger ces certificats met le patient en difficulté, car ne pouvant prouver la réalité du suivi, il risque d'être soumis à l'action publique à laquelle il devrait être soustrait par l'injonction thérapeutique.

En dépit des critiques que certains lui portent, la mesure d'injonction thérapeutique permet la mise en relation entre des individus et un système de soins auquel ils n'auraient probablement pas eu recours par eux-mêmes. Elle constitue indéniablement un outil plus efficace en matière de récidive que peut l'être la mesure d'incarcération. La mesure d'injonction thérapeutique offre la possibilité d'une prise en charge globale sociosanitaire avec détection et prise en charge des comorbidités

psychiatriques et somatiques par des équipes compétentes et expérimentées [29]. Elle facilite l'accès aux traitements de substitution dont l'efficacité a été largement prouvée [30]. Cependant, son application peut faire l'objet d'un certain nombre de critiques. En effet, le nombre important de perdus de vue montre les limites de cette mesure. De même, on peut s'interroger sur le sens d'injonctions thérapeutiques à répétition prononcées à l'encontre de multirécidivistes en matière d'usage de stupéfiants.

“ Points essentiels

La loi du 31 décembre 1970 a permis une avancée dans le traitement de la toxicomanie grâce aux différentes modalités de soins qu'elle offre. Ce texte permet notamment, grâce à la mesure d'injonction thérapeutique, de proposer aux usagers de stupéfiants une prise en charge sanitaire en alternative aux poursuites judiciaires. La pertinence de cette mesure est discutée, son efficacité étant tributaire des moyens alloués au niveau local ainsi qu'à la volonté des différents acteurs impliqués dans sa mise en application. La loi du 5 mars 2007 élargit le champ d'application de la mesure d'injonction thérapeutique et modifie profondément son déroulement. En effet, l'autorité sanitaire est dessaisie au profit du médecin relais qui contrôle le déroulement de la mesure. L'autorité judiciaire conserve son rôle de contrôle de l'application de la mesure.

■ Loi du 5 mars 2007

La loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance comporte un chapitre sur les dispositions tendant à prévenir la toxicomanie et certaines pratiques addictives [31]. Ce texte confirme la volonté affichée dans la circulaire du ministère de la Justice du 8 avril 2005 de lutter contre la banalisation de l'usage de stupéfiants. Elle aggrave les sanctions encourues dans certains cas et fait évoluer la prise en charge des consommateurs de drogues par une réponse sanitaire, pénale ou pédagogique. Cette loi se rapproche du modèle du traitement des infractions sexuelles et vise à une meilleure application de la loi, notamment en harmonisant les pratiques aux niveaux judiciaire et médical.

Aggravation des sanctions encourues

De nouvelles circonstances aggravantes sont créées qui ont pour objet l'augmentation des sanctions encourues pour les infractions commises par certaines personnes et dans des circonstances particulières.

Lorsque l'usage de stupéfiants est commis par des personnes exerçant une profession susceptible de mettre directement en danger la vie d'autrui (transporteurs), ainsi que par des personnes dépositaires de l'autorité publique ou chargées d'une mission de service public ayant fait usage de stupéfiants dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, les peines sont portées à 5 ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende. Lorsque l'infraction est commise dans l'enceinte des établissements d'enseignement, d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi qu'à leurs abords à l'occasion de l'entrée et la sortie des élèves ou du public, les peines sont portées à 7 ans d'emprisonnement et à 100 000 euros d'amende. Il est également créé une nouvelle circonstance aggravante en cas de violences commises sous l'emprise manifeste de stupéfiants ou en état d'ivresse manifeste, ainsi que pour les faits de viol, d'agressions sexuelles et d'atteintes sexuelles commis dans les mêmes circonstances.

La loi du 5 mars 2007 crée la possibilité de procéder, sur réquisition du procureur de la République, au dépistage de

l'usage de produits stupéfiants au sein des entreprises ou des établissements de transport public. Le dépistage est effectué sur les personnes dont les fonctions exercées mettent en cause la sécurité du transport et dont la liste est fixée par le décret du 15 mai 2007. Il s'agit principalement des personnes chargées de la conduite ou de la maintenance des dispositifs de sécurité dans les entreprises de transport [32].

Évolution du traitement judiciaire du délit d'usage de stupéfiants

Extension de la mesure d'injonction thérapeutique et évolution de son application : mise en place du médecin relais

La mesure d'injonction thérapeutique est étendue à tous les stades de la procédure pénale ainsi qu'aux personnes ayant commis une infraction en lien avec la consommation d'alcool. Elle peut désormais être prononcée dans le cadre de la composition pénale, des alternatives aux poursuites, ou comme modalité d'exécution d'une peine. La mesure d'injonction thérapeutique peut également être ordonnée par le juge d'instruction, le juge des enfants ou le juge des libertés et de la détention, ainsi que par la juridiction de jugement. Par ailleurs, la fonction de médecin relais est créée. Son rôle et son statut sont précisés par le décret du 16 avril 2008 et la circulaire du 9 mai 2008 [33, 34]. Une liste départementale des médecins relais habilités à procéder au suivi des mesures d'injonction thérapeutique doit être établie par le préfet. Tous les médecins inscrits à l'Ordre depuis au moins 3 ans peuvent, à leur demande ou avec leur accord, être inscrits sur cette liste. Le médecin relais est responsable de la mise en œuvre de la mesure d'injonction thérapeutique, en assurant l'interface entre l'autorité judiciaire et le dispositif de soins. Son action remplace donc celle auparavant assurée par l'autorité sanitaire. Le médecin relais procède à l'examen de toute personne soumise à une mesure d'injonction thérapeutique, puis fait connaître à l'autorité judiciaire son avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure. Si le médecin relais estime qu'une prise en charge médicale n'est pas adaptée, il en informe l'autorité judiciaire après avoir rappelé à l'intéressé les conséquences sanitaires de l'usage de stupéfiants. Si l'examen médical confirme l'état de dépendance physique et/ou psychologique de l'intéressé, le médecin relais invite ce dernier à se présenter auprès d'un CSST, ou d'un médecin de son choix, ou à défaut désigné d'office, pour suivre un traitement médical ou faire l'objet d'une surveillance médicale adaptée. Dès la mise en place de la mesure, l'intéressé adresse au médecin relais un certificat médical indiquant la date du début des soins, la durée probable de la mesure et les coordonnées du centre spécialisé ou l'identité du médecin chargé du traitement médical ou de la surveillance médicale. Le médecin relais est chargé du suivi de la mesure sur le plan sanitaire. Il effectue deux examens médicaux au 3^e et 6^e mois de la mesure. À l'issue de chaque examen, il établit un rapport qu'il adresse à l'autorité judiciaire ayant ordonné la mesure. Sous réserve du secret médical, il décrit l'évolution de la situation médicale de l'intéressé et précise la régularité du suivi et le type de mesure de soins ou de surveillance mis en place. En cas d'interruption du suivi à l'initiative de l'intéressé, ou de tout autre incident survenant au cours de la mesure, le médecin relais en informe immédiatement l'autorité judiciaire. À ce jour, le décret d'application de cette mesure n'a pas été publié, les médecins relais n'ont pas été mis en place.

Stage de sensibilisation

La loi du 5 mars 2007 étend au délit d'usage de stupéfiants la possibilité de recours à la procédure simplifiée et accélérée de l'ordonnance pénale, qui permet au magistrat de décider, sans débat contradictoire, de la sanction à appliquer. Les personnes reconnues coupables d'usage de stupéfiants encourrent, à titre de peine complémentaire ou dans le cadre de l'ordonnance pénale, l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. Ce stage doit être réalisé, aux frais du condamné, dans les

6 mois qui suivent la condamnation. Son coût ne peut excéder le montant maximum d'une amende encourue pour une contravention de troisième classe, soit 450 euros.

■ Conclusion

La prise en charge de la toxicomanie telle que nous la connaissons en France aujourd'hui est le fruit de nombreuses évolutions législatives. La loi du 31 décembre 1970 marque un tournant important en privilégiant l'approche sanitaire du délit d'usage et en créant la possibilité de formuler une obligation de soins à l'encontre du toxicomane. La mesure d'injonction thérapeutique est une mesure pertinente car elle permet la mise en relation de l'usager de drogues avec le système de soins, permettant ainsi la mise en place d'une prise en charge globale et l'accès à des thérapeutiques efficaces. Toutefois, l'application de la mesure d'injonction thérapeutique montre certaines limites, notamment une proportion non négligeable de perdus de vue. Les perspectives offertes par les nouvelles dispositions inscrites dans la loi du 5 mars 2007 et ses textes d'application sont encore floues. Le dispositif actuel est le produit d'une longue évolution et a fait preuve d'une relative efficacité en matière de soins, de prévention et de réinsertion. L'évolution du traitement judiciaire du délit d'usage avec l'extension de la mesure d'injonction thérapeutique et la mise en place d'action de prévention comme le stage de sensibilisation sont des perspectives intéressantes. Cependant, le dessaisissement de l'autorité sanitaire, expérimentée et travaillant en réseau avec les structures compétentes, au profit du médecin relais, non nécessairement qualifié en addictologie, nous amène à nous interroger sur la pertinence de certaines évolutions législatives.



■ Références

- [1] Cordier B, Massé G, Petitjean F, Tachon JP. *Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie*. Paris: Maloine; 1986.
- [2] Alberhe T, Tyrode Y. *Législation en Santé Mentale. Tome 3. Pratique Médico-Légale*. Lyon: Duphar Upjohn; 1993.
- [3] Fineltain J. Nouvelles dispositions législatives et toxicomanie. *Actual Psychiatriques* 1988;**6**:34-8.
- [4] Doll PJ. Les médecins et la loi du 31 décembre 1970 sur la lutte contre la toxicomanie. *Presse Med* 1971;**79**:877-9.
- [5] Circulaire n°71-8 du 25 août 1971 relative à la prévention de la toxicomanie et répression du trafic et de l'usage de stupéfiants.
- [6] Circulaire du garde des Sceaux aux procureurs de la République, n°73-11 du 30 mars 1973.
- [7] Circulaire JUS 69 F 389 du 17 mai 1978.
- [8] Circulaire CRIM 84-15-E2 du 19 septembre 1984, BOASS n°52 du 21 février 1985.
- [9] Circulaire CAB 87-02 du 12 mai 1987.
- [10] Circulaire conjointe DGLDT/CRIM/DGS n°20 C du 28 avril 1995, relatives à l'injonction thérapeutique, BO Justice n°58 du 30 juin 1995.
- [11] Circulaire CRIM 05 1 G4-08042005 du 8 avril 2005 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances.
- [12] Pelletier M. *Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue*. Paris: La Documentation Française; 1978.
- [13] Henrion R. *Rapport de la commission de la réflexion sur la drogue et la toxicomanie*. Ministère des Affaires Sociales et de la Ville. Paris: La Documentation Française; 1995.
- [14] Circulaire du 14 mai 1996 : Bilan de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 relative à l'harmonisation de des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique.
- [15] Setbon M. L'injonction thérapeutique, évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés, OFDT, CNRS-GAPP Août 2000.
- [16] Rapport de la commission d'enquête sur la politique de lutte contre les drogues illicites. Sénat 321 (2002-2003) Tome 1.
- [17] Roques B. *La dangerosité des drogues. Rapport au secrétariat d'État à la Santé*. Paris: La Documentation Française; 1999.
- [18] Simmat-Durant L. Disparités régionales des injonctions thérapeutiques aux usagers de stupéfiants. *Santé Publique (Bucur)* 2000(septembre): 405-18 (SFSP).
- [19] Debourg A. L'injonction thérapeutique : à propos des soins sous contraintes. *Psychotropes* 1997;**3**:201-7.
- [20] Simmat-Durant L. Les obligations de soins aux toxicomanes : cadre législatif, évolution réglementaire et statistiques. *Psychotropes* 1997;**3**:147-54.
- [21] Chenu J. Résultats décevants pour l'injonction thérapeutique. *Interdépendance* 1997;**27**:37-8.
- [22] Simmat-Durant L. *L'usager de stupéfiant entre répression et soins : la mise en œuvre de la loi de 1970*. CESDIP (Etudes et Données Pénales); 1998 (503p).
- [23] Peybernard C. Dans quelle mesure l'injonction de soins du procureur de la République est-elle thérapeutique pour les usagers de stupéfiants? *THS* 2004;**6**:1237-41.
- [24] Laqueille X, Launay C, Petitjean F, Olie JP. Prise en charge de la toxicomanie à travers la loi du 31 décembre 1970. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-901-A-40, 1999 : 4p.
- [25] Hers D. Le toxicomane entre la justice et l'hôpital. *Rev Droit Pénal Criminol* 1990;**70**:359-61.
- [26] Delteil P. Problèmes médicolégislatifs soulevés par la prise en charge des toxicomanes. *Inf Psychiatrique* 1974;**50**:753-6.
- [27] Dervaux A, Laqueille X. Traitements de substitution : les règles de prescription. *Rev Prat Méd Gén* 1999;**13**:1589-92.
- [28] Vazquez V, Gury C, Laqueille X. Méthadone : de la pharmacocinétique à la pharmacologie clinique. *Encéphale* 2006;**32**:478-86.
- [29] Groupe des Services d'Injonction thérapeutique d'Île-de-France. Drogues et injonction thérapeutique en France. *Nervure* 2008;**21**:1-5.
- [30] Loo H, Laqueille X, Remi P, Bayle F, Olié JP. Le traitement de substitution des héroïnomanes par la méthadone : intérêts, limites et pratiques en France. *Bull Acad Natl Med* 1993;**177**:1331-5.
- [31] Loi n°2007-297 du 05 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. JORF du 07 mars 2007.
- [32] Décret n°2007-935 du 15 mai 2007. JORF du 16 mai 2007.
- [33] Décret n°2008-364 du 16 avril 2008. JORF du 18 avril 2008.
- [34] Circulaire du 09 mai 2008 relative à la lutte contre les toxicomanies et les dépendances.

X. Laqueille, Psychiatre des Hôpitaux, chef du service d'addictologie.
Centre hospitalier Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France.

K. Liot, DESC d'addictologie, praticien attaché des Hôpitaux (kjetil@orange.fr).
Service d'addictologie, Centre hospitalier Sainte-Anne, 1, rue Cabanis 75014 Paris, France.

C. Launay.
Service de santé mentale du 17^e secteur de Paris du Dr Petitjean, Centre hospitalier Sainte-Anne, 1, rue Cabanis 75014 Paris, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Laqueille X., Liot K., Launay C. Toxicomanie, obligation de soins et injonction thérapeutique, les lois du 31 décembre 1970 et du 5 mars 2007. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-901-A-40, 2010.

Disponibles sur www.em-consulte.com

