

**Université Paris 1 Panthéon Sorbonne**  
**M2 Droit Pénal et Politique criminelle en Europe**

**U.F.R. 05 – Droit des Affaires**  
**Année Universitaire 2008-2009**

<p><b>LES CONFLITS DE POLITIQUE CRIMINELLE</b> <b>EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE</b></p>
---

**Mémoire présenté par Monsieur Jérémie BOCCARA**  
**Sous la direction de Madame le Professeur**  
**Christine LAZERGES**

**JUIN 2009**

**LES CONFLITS DE POLITIQUE CRIMINELLE  
EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE**

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux propos tenus dans le présent mémoire. Ceux-ci sont propres à leur auteur.

A la mémoire de ma mère,  
qui m'a appris à écouter et tendre la main à ceux que la société appelle marginaux.  
Puisse t'elle être fière de moi

A mon père,  
Sans lequel je ne serais rien.

A la mémoire de mes grands-pères,

A toute ma famille,

A Sophie,  
Pour son amour et son aide.

A mes camarades pour leur amitié et leur patience.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé à rédiger ce mémoire :

Madame le Professeur Christine LAZERGES, Professeur à Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Directrice de l'Ecole de Droit comparé,

qui a dirigé ce mémoire, pour son sens de la pédagogie, sa patience et son incroyable accessibilité.

Monsieur Jean-Paul KROSS, Avocat Général à la Cour d'Appel de Paris,

qui m'a fait l'honneur de m'accorder un long entretien malgré un emploi du temps chargé.

Qu'il soit remercié de sa disponibilité et des précieuses informations qu'il m'a données

Le Docteur Sylvain BALESTER, Praticien hospitalier, Adjoint du responsable, Unité de traitement ambulatoire des maladies addictives ; Hôpital Beaujon (APHP) :

qui a trouvé le temps de m'accorder un entretien. Qu'il trouve ici le témoignage de ma gratitude pour l'aide qu'il m'a apportée

Jennifer GULA, Etudiante en M2 de Politique criminelle en Europe à Paris 1 Panthéon Sorbonne, avec laquelle j'ai confronté et éprouvé mes opinions sur les obligations de soins et les informations qu'elle m'a apportées sur l'Association Arc-en-Ciel

Le Docteur Erick Boccara, Chirurgien-Dentiste, ancien Assistant à l'Université Paris VII, Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux, Expert près la Cour d'Appel de Paris, mon père, qui m'a sensibilisé aux notions de l'éthique médicale.

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

### **PARTIE 1 : L'ÉCLATEMENT DE LA POLITIQUE CRIMINELLE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE**

- **CHAPITRE 1** : L'ouverture sur la collaboration de la société civile : entre confiance et méfiance
  - SECTION 1 : Une intégration du groupe social sous contrôle
  - SECTION 2 : L'éclatement des stratégies sociétales
- **CHAPITRE 2** : Les soins obligatoires : « L'Utopie d'une triple entente »
  - SECTION 1 : L'injonction thérapeutique du procureur de la République, un conflit pré-sentenciel
  - SECTION 2 : L'injonction thérapeutique prononcée par le juge, un conflit post-sentenciel

### **PARTIE 2 : LA RECHERCHE D'UN CONSENSUS AUTOUR D'UNE POLITIQUE CRIMINELLE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE**

- **CHAPITRE 1** : L'objectivisation de la politique criminelle de lutte contre la toxicomanie
  - SECTION 1 : La tentation d'une surdétermination explicite de la population toxicomane
  - SECTION 2 : La mécanique interne de la surdétermination de la population toxicomane
- **CHAPITRE 2** : La politique criminelle participative de lutte contre la toxicomanie
  - SECTION 1 : La promotion d'un programme de prévention intégrative
  - SECTION 2 : La promotion de stratégies de lutte adaptées aux spécificités locales

## CONCLUSION GENERALE

## **ABREVIATIONS UTILISEES**

ASUD : Auto support d'utilisateur de drogues

CAP : Contrat d'action de prévention

CAPS : Contrat d'action de prévention pour la sécurité dans la ville

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

CCPD : Conseils communaux de prévention de la délinquance

CCSPD : Conseils communaux de sécurité et de prévention de la délinquance

CIRDD : Centres d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances

CHA : Centre d'hygiène alimentaire

CP : Code pénal

CPA : Communication personnelle à l'auteur

CRIPS : Centres régionaux d'information et de prévention du SIDA

CSAPA : Centre de soins d'accompagnement et de prévention des addictions

CSP : Code de la santé publique

CSST : Centres spécialisés de soins aux toxicomanes

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

JO : Journal officiel de la République française

MILDT : Mission intergouvernementale de lutte contre la drogue et la toxicomanie

NDA : Note de l'auteur

OMS : Organisation mondiale de la santé

RSC : Revue de science criminelle et de droit comparé

PUF : Presses universitaires de France

UNAFDI : Union nationale des associations de défense des familles et de l'individu

## INTRODUCTION

---

« *Il faut débiter par définir si l'on ne veut pas finir par buter.* »

Georges Elgozy, *Le contradictionnaire ou l'esprit des mots*, Denoël, 1967

Jim Morrison écrivait : « *La drogue est un défi à l'esprit* »<sup>1</sup>. Traiter de la toxicomanie est effectivement un défi à la raison cartésienne, à l'ordre et à la simplicité. La réalité de la toxicomanie recouvre des réalités si diverses, que toute tentative d'explication simplifiée resterait vaine, voire erronée. La toxicomanie présente souvent un double visage. Pour le sujet, elle est un paradis artificiel, mais elle est aussi un enfer bien réel. Pour le reste de la société, elle est à la fois délinquance, déviance et défiance, mais elle est aussi maladie, détresse et souffrance. La rigueur du droit s'accommode mal de l'ambiguïté du phénomène toxicomane. Le droit pénal est particulièrement à même de réprimer un trafic de drogue. Un tel délit ne se résume *in ultima ratio* qu'à un délit de contrebande. Un délit simple pour une politique criminelle simple, cohérente et efficace. Mais peut-il réprimer un usage de drogue ? Au nom de quoi ? De morale ? De la santé ? De la cohérence du corps social ? Le droit se perd faute de repères. Comment un texte peut-il déterminer la frontière de la toxicomanie ? Celle entre l'asociologique et le pathologique ? Ou encore celle entre le délinquant et le malade ? La crainte d'ajouter à une sanction naturelle, une sanction légale, est réelle. Dès lors, comment construire une politique criminelle stable de lutte contre la toxicomanie sur un terrain aussi glissant ? L'ambiguïté du phénomène toxicomane contamine nécessairement une politique criminelle devenant à son tour ambiguë. Doit-on répondre à la toxicomanie avec fermeté ou avec empathie ? Doit-on corriger ou soigner ? Qui corrige ? Qui soigne ? Qui aide ? Et surtout pourquoi ? Ce sont sur les ruines de ces questions non résolues, que se sont créées les conflits d'une politique schizophrène.

Que sont les conflits de politique criminelle ? Pour répondre à cette question, il convient de savoir ce à quoi renvoie la politique criminelle. Selon Christine Lazerges, la politique criminelle correspond « *d'une part, à l'analyse et à la compréhension d'une affaire particulière de la cité : le phénomène criminel, d'autre part à la mise en œuvre d'une stratégie pour répondre aux situations de délinquance ou de déviance* »<sup>2</sup>. Le champ de la politique criminelle déborde donc celui du droit pénal. Ainsi, « *Poser le problème des conflits éventuels de politique criminelle, c'est s'interroger sur la cohérence, sur le caractère éclaté ou non éclaté d'une politique criminelle : cohérence des textes pour la politique législative (...), cohérence entre politique criminelle judiciaire et législative (...), cohérence des*

---

<sup>1</sup> J. MORRISON, *Wilderness*, éditions de poche, 1992

<sup>2</sup> C. LAZERGES, *Introduction à la politique criminelle*, L'Harmattan, Paris, 2000, p. 7



*perceptions de la politique criminelle gouvernementale par l'ensemble des citoyens (...) »<sup>3</sup>. Dès lors, il conviendra, dans ces propos introductifs, de s'essayer à saisir le phénomène toxicomane puis d'examiner les réponses apportées en France.*

Analyser le phénomène toxicomane, c'est embarquer sur le Pequod en quête de Moby Dick : la réalité du danger se mêle au fantasme de la peur. Pourtant visible et proche de nous, la toxicomanie reste une étrangeté, une aberration sociale. « *Rêve ou cauchemar de la différence, les toxicomanies sont là visibles et présentes, insinuant les racines des divisions qui font leur force dans les failles de la vie sociale* »<sup>4</sup>. Pour la comprendre, nous l'associons à des images terrifiantes : une « *gangrène* »<sup>5</sup>, une « *épidémie* »<sup>6</sup> ou encore un « *cancer* »<sup>7</sup>. L'utilisation d'images évocatrices pour décrire la toxicomanie ne fait qu'accentuer le fantasme. Mais où commence le fantasme et où fini la réalité ?

Une grande partie des politiques publiques françaises en matière de lutte contre la toxicomanie analyse le problème à partir de données statistiques mesurant consommation de drogues. L'on assisterait, selon la commission d'enquête du Sénat, à une *explosion des drogues*<sup>8</sup>. La consommation de drogue a-t-elle augmenté ? Les données de l'OFDT semblent le confirmer<sup>9</sup> mais il convient de nuancer le propos en fonction des produits.

Selon les derniers chiffres du baromètre santé 2005<sup>10</sup>, la consommation de drogues peut être appréhendée à travers la consommation de trois types de substances : le tabac, l'alcool et les drogues illicites.

La consommation de tabac est en net recul pour les 12-75 ans : la proportion de ceux qui déclarent fumer *ne serait-ce que de temps en temps* est passée de 33,1 % en 2000 à 29,9 % en 2005. La part des consommateurs quotidiens parmi les fumeurs baisse au profit des usagers occasionnels.

La consommation d'alcool est en constante diminution depuis 40 ans<sup>11</sup> : la part des boissons alcoolisées dans le budget des ménages est passée de 12,4 % en 1960 à 8,9 % en 2002. Le baromètre santé 2005 révèle une baisse globale des comportements alcooliques : la part des personnes de 12-75 ans qui ont eu au moins un épisode d'ivresse durant l'année est passée de

---

<sup>3</sup> C. LAZERGES, « Les conflits de politique criminelle », *APC*, n°7, 1984, p. 37

<sup>4</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre les toxicomanies », *RSC*, 1987, p. 951

<sup>5</sup> J. CHIRAC, Discours du Président de la République, Cérémonie officielle de la Conférence internationale sur les routes de la drogue, Paris, 22 mai 2003

<sup>6</sup> Audition de N. SARKOZY, in N. OLIN, B. PLASAIT, *Rapport de la commission d'enquête sur la politique contre les drogues illicites, Drogue : l'autre cancer*, Les rapports du Sénat n°321 2002-2003, 3 juin 2003, T. 2, p. 540

<sup>7</sup> N. OLIN, B. PLASAIT, *Rapport de la commission d'enquête sur la politique contre les drogues illicites, Drogue : l'autre cancer*, Les rapports du Sénat n°321 2002-2003, 3 juin 2003

<sup>8</sup> N. OLIN, B. PLASAIT, *op. cit.*, T. 1, p. 39

<sup>9</sup> F. BECK, « Exploitations des données du baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n°48, OFDT, mai 2006

<sup>10</sup> Ph. GUILBERT, A. GAUTIER, *Baromètre santé 2005 : Premiers résultats*, INPES, coll. Baromètres santé, Saint-Denis, 2006

<sup>11</sup> D. BESSON, « Boissons alcoolisées : quarante ans de baisse de consommation », *Insee Première*, 2004, 966, p. 1-4

15,8 % en 2000 à 14,4 % en 2005. Aussi les comportements abstinentes sont en forte augmentation : en 2000, seuls 3,5 % des 12-75 ans déclaraient n'avoir jamais bu de boissons alcooliques, contre 15,2 % en 2005. Si la consommation est en baisse, certains modes de consommation inquiètent : « *En effet, alors que le niveau de consommation d'alcool par habitant continue de diminuer en France, on note une recrudescence inquiétante de phénomènes d'alcoolisation massive chez les jeunes. Le terme anglo-saxon qualifiant cette conduite est d'ailleurs entré dans notre vocabulaire, il s'agit du binge drinking. Les jeunes se réunissent pour s'enivrer le plus rapidement possible. Les dommages sanitaires et les conséquences en termes de troubles à l'ordre public sont particulièrement graves et exigent que l'on adopte des mesures de nature à protéger les jeunes, tant sur le plan de la prise en charge médicale et de la prévention que sur celui de l'interdit* »<sup>12</sup>.

En ce qui concerne la consommation de drogues illicites, la situation est très différenciée selon les substances. En 2005, 32,4 % des 15-64 ans déclarent avoir déjà consommé au moins une drogue illicite au cours de sa vie ; 30,6 % signalent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. L'expérimentation du cannabis a connu une hausse assez significative, passant de 24,9 % à 30,6 % entre 2000 et 2005, mais les jeunes ne s'avèrent pas concernés par cette hausse. L'usage occasionnel et l'usage récent de cannabis se maintiennent dans l'ensemble de la population ; il diminue chez les plus jeunes. La consommation régulière augmente de manière significative chez les hommes comme chez les femmes. Ces résultats confirment les observations faites en France depuis le début des années quatre-vingt-dix : le cannabis la drogue illicite la plus disponible et la plus expérimentée. Pour les autres drogues illicites, l'expérimentation reste plus rare : elle concerne moins de 4 % des 15-64 ans pour le *poppers*, qui est le produit le plus expérimenté après le cannabis. Les auteurs du baromètre santé 2005 notent qu'entre 2000 et 2005, l'expérimentation et l'usage occasionnel de l'ecstasy et de la cocaïne ont enregistré des hausses significatives, bien que restant à des niveaux très bas (de l'ordre de 0,5 % d'usagers au moins occasionnels).

On le voit donc, la réalité des chiffres est plus complexe que la rhétorique des discours. Parler d'*explosion des drogues* revient donc à faire donc abstraction de plusieurs éléments. La diversité des situations selon les produits appelle une analyse de l'évolution différenciée. Aussi, il ne faut pas confondre la consommation du produit avec le phénomène toxicomaniaque qui requière l'introduction de notions telles que l'abus et la dépendance. Enfin comment donner une crédibilité à de tels chiffres alors que le phénomène de la toxicomanie est un phénomène forcément clandestin.

Le phénomène toxicomaniaque peut-il être appréhendé de manière plus globale comme une manifestation particulière du phénomène addictif ?

---

<sup>12</sup> Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Dossier de presse : Renforcement de la lutte contre les phénomènes d'alcoolisation massive des jeunes, 17 juillet 2008

Il est difficile de dire que le phénomène addictif est en croissance, mais ce qui est certain, c'est qu'il est en constante mutation. Il se diversifie et s'adapte à notre société. Qu'est ce qu'une addiction ?

Le terme *addiction* provient d'un terme juridique anglais, lui-même issu du vieux français, signifiant « *contraint par corps* ». « *L'addiction est une relation de dépendance plus ou moins aliénante pour l'individu, et plus ou moins acceptée, voire rejetée, par son environnement social, à l'égard d'un produit (drogue, tabac, alcool, médicaments), d'une pratique (sport, jeu) ou d'une situation (relation amoureuse)* »<sup>13</sup>. L'addiction dépasse donc largement le cadre de la drogue et de la toxicomanie, la dépendance subie n'étant pas nécessairement liée à un produit.

La dépendance aux substances psychoactives est mise sur le même plan que les addictions sans drogues, ce qui permet une approche intégrée<sup>14</sup>. Certains médecins plaident en faveur de l'emploi du vocable *addiction*, à l'instar de Marc Valleur et Dan Velea pour lesquels le terme va au-delà de la simple américanisation du terme dépendance : « *L'emploi du terme est en fait synonyme d'élargissement de la notion de dépendance, et les arguments en faveur du recoupement sont nombreux.* »<sup>15</sup>. Parmi les arguments invoqués, ils citent la parenté entre les troubles (répétition d'une conduite supposée prévisible et maîtrisable par le sujet), l'importance des recoupements entre les diverses addictions (par exemple la fréquence de l'alcoolisme, du tabagisme, des toxicomanies chez les joueurs pathologiques), le passage fréquent d'une addiction à une autre et la parenté des propositions thérapeutiques (existence de groupes d'entraide pour chaque addiction sur le modèle des Alcooliques Anonymes et adoptant les mêmes méthodes). En effet, dès les années 1980, la recherche dans le domaine de la neurobiologie, met en évidence que les addictions sans drogues (ou *comportementales*) agiraient sur les mêmes circuits de récompenses que les drogues (c'est-à-dire les substances psychoactives). En somme les mécanismes de la dépendance sont les mêmes : le développement d'une hypersensibilité des circuits dopaminergiques. Ainsi, si le produit entraîne la toxicomanie, c'est le comportement addictif qui crée la dépendance. Pourtant les médecins hésitent à entériner l'existence *d'addictions sans drogue*. En effet, elles souffrent d'une difficulté à s'inscrire dans un cadre scientifique. Mais selon les auteurs : « *En matière d'addictions sans drogue, plus encore que de toxicomanies, voire de maladies mentales, se posent les questions des frontières entre normal et pathologique, des déterminants sociologiques et culturels des troubles, autant que de leurs assises biologiques. Les repères ici nécessaires sont d'abord descriptifs, phénoménologiques, et ne doivent pas être subordonnés à la découverte de fondements biologiques démontrés. La pathologie, la maladie, est d'abord une notion subjective, liée au sentiment intime d'aliénation vécu par le sujet, qui à travers une dépendance, s'éprouve comme aux prises avec un processus qui le*

---

<sup>13</sup> J-L SENON, D. RICHARD, *Dictionnaire des drogues et dépendances*, Larousse, Paris, 1999

<sup>14</sup> cf. infra pour l'approche intégrée de la MILDT avec le décret du 15 septembre 1999

<sup>15</sup> M. VALLEUR, D. VELEA, « Les addictions sans drogue(s) », *Revue Toxibase* n°6, juin 2002, p. 1

dépasse, qui échappe à sa volonté, qui n'apparaît pas réductible, de façon symptomatique, à son histoire et son univers psychique préexistant »<sup>16</sup>.

Le vocable d'*addiction* permet donc d'identifier des addictions sans drogues : jeu pathologique, les achats compulsifs, l'addiction au sexe, l'addiction au sport et à l'exercice physique, l'ergomanie (addiction au travail), etc. Certains auteurs anglo-saxons, décrivent même une forme d'addiction au crime et aux actes violents. La cyberaddiction attire particulièrement notre attention tant cette addiction sans drogue présente certains points communs avec la toxicomanie. Cette nouvelle forme de dépendance s'inscrit comme une *addiction silencieuse*<sup>17</sup> englobant des formes de dépendances à l'outil informatique, à la sexualité sur Internet, aux achats compulsifs on-line, aux formes de communication synchrones et asynchrones par e-mail ou dans les groupes de discussion. La motivation intime des cyberdépendants est assez semblable à celle des toxicomanes : échapper à une réalité qu'ils ne choisissent pas. La recherche de *paradis artificiels* par le toxicomane est au moins aussi vaine que celle de la recherche de *paradis virtuels* par le cyberdépendant. L'écrivain de science-fiction J. G. Ballard avait ces mots : « *Cela représente le plus grand événement dans l'évolution de l'humanité. Pour la première fois, l'espèce humaine sera capable de nier la réalité et de substituer sa vision préférée.* ». Les traits de caractère du cyberdépendant sont très proches de ceux du toxicomane : immaturité socio-affective, vide identificatoire et émotionnel, anxiété, troubles du comportement et dépendance affective, sentiment de non-valeur et de non-reconnaissance, frustration, sentiment d'isolement et caractère solitaire, ... En réalité la cyberdépendance apparaît comme une conduite polyaddictive facilitant (pour ne pas dire catalysant) d'autres comportements addictifs. Les ergomanes, grâce au travail via Internet, ont la possibilité d'accomplir et de réaliser l'objet de leur dépendance. Les acheteurs compulsifs peuvent avoir accès à des sites commerciaux et d'enchère, sur lesquels les transactions sont de plus en plus dématérialisées. Les joueurs pathologiques se retrouvent, en toute discrétion, voir même sur le lieu de leur travail, à parier sur nombre de casinos en ligne (dont la légalisation est prévue pour courant 2009). Avec l'essor des MMORPG<sup>18</sup>, une nouvelle génération de joueurs pathologique est apparue chez les jeunes générations. Les *sexaddicts* trouvent sur le Web le moyen de s'adonner librement à leur addiction grâce à des sites pornographiques au contenu toujours plus violent et dégradant.

La découverte de nouvelles addictions, présentant de nombreux points communs avec la toxicomanie, ne fait que démontrer à quel point le phénomène addictif dépasse de loin celui de la drogue. La toxicomanie ne serait donc qu'une addiction particulière : une addiction à un produit, la drogue. *La toxicomanie ou les toxicomanies ?* La recherche d'une définition de la

---

<sup>16</sup> M. VALLEUR, D. VELEA, *op. cit.*, p. 2

<sup>17</sup> D. VELEA, M. HAUTEFEUILLE, G. VAZEILLE, C. LATRAN-DAVOUX, D. MAIRE, « La toxicomanie au Web », *Synapse*, 1998, 144, p. 21-28

<sup>18</sup> *Massive Multiplayeur Online Role Playing Game* (Jeux de rôle en ligne massivement multijoueur)

toxicomanie s'associe nécessairement avec celle de la drogue. Or cette dernière est multiple. Il convient donc de cerner ces deux notions ensemble.

Selon Francis Caballero et Yann Bisiou : « *Parmi les différents sens du mot drogue, le droit retient celui qui correspond à l'acception la plus communément admise : est drogue toute substance susceptible d'engendrer la toxicomanie* »<sup>19</sup>.

La toxicomanie est une rencontre. La rencontre d'un homme et d'un produit et ce dans un contexte particulier. Elle semble se former d'un triptyque : *le plaisir, la contrainte et la toxicité*<sup>20</sup>. Une telle conception de la toxicomanie semble répondre à la première définition de la toxicomanie faite par l'OMS en 1952 qui reposait sur le désir, la tolérance, la dépendance et les effets nuisibles à l'individu et à la société<sup>21</sup>. Un rapport de 1964 de l'OMS précise les notions de *dépendance* et de *tolérance*. La dépendance psychique est un « *état dans lequel une drogue produit un sentiment de satisfaction et une pulsion psychique exigeant l'administration périodique ou continue de la drogue pour provoquer le plaisir ou éviter le malaise* ». La dépendance physique est un « *état adaptatif caractérisé par l'apparition de troubles physiques intenses lorsque l'administration de la drogue est suspendue ou que son action est contrecarrée par un antagoniste spécifique* ». La tolérance est « *la propriété que possède l'organisme humain de supporter, sans manifester de réaction, l'administration de doses habituellement actives d'une substance déterminée* ». La tolérance conduit donc inexorablement à une augmentation des doses dans la (vaine) recherche de l'effet subi lors des prises antérieures.

À partir là, l'on peut suivre Francis Caballero et Yann Bisiou : « *Est une drogue toute substance naturelle ou synthétique susceptible de créer : un effet psychotrope sur le système nerveux central, une dépendance physique ou psychique et un danger sanitaire et social* ». La drogue a un effet psychotrope sur le système nerveux central. Son action chimique sur le cerveau provoque des sensations à l'utilisateur (stimulation, dépression, perturbation, etc.). Louis Lewin décrit cet effet sensoriel : « *Lorsque ces substances sont portées au contact de la matière cérébrale, leur puissance se manifeste par des réactions merveilleuses. Elles libèrent de soucis le malheureux, remplissent d'espérance celui que la douleur tenaille ou qui se sent voué à la mort, elles apportent à celui que le travail a épuisé des réserves d'énergies auxquelles ne suppléerait pas l'effort de la volonté la plus puissante, elles donnent une heure de sérénité et de contentement à celui qu'a rendu insociable au monde l'accomplissement de sa tâche* »<sup>22</sup>. La drogue ne peut donc se concevoir sans le plaisir et le soulagement qu'elle procure. Avant même cela, la drogue peut-elle se concevoir sans la douleur qu'elle veut calmer, l'ennui qu'elle veut chasser, la détresse qu'elle veut cacher ? Le plaisir est donc

---

<sup>19</sup> F. CABALLERO, Y. BISIYOU, *Droit de la drogue*, 2<sup>e</sup> édition, Précis Dalloz, Paris, 2000, p. 3

<sup>20</sup> Y. PELICIER, G. THUILLIER, *La drogue*, PUF, Que sais-je ?, 8<sup>e</sup> éd., Paris, 1997, p. 3

<sup>21</sup> OMS, Comité d'experts des drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie, Série de rapports techniques, n°57, 1952

<sup>22</sup> L. LEWIN, *Les paradis artificiels*, Paris, 1928, p.6

l'origine de la dépendance (de l'addiction au produit *lato sensu*). « *Le critère central de la notion de drogue est sa capacité à engendrer une dépendance* »<sup>23</sup>. Le concept juridique de dépendance accepte deux situations : la dépendance physique et la dépendance psychique. La dépendance physique se caractérise par un syndrome de sevrage suivant la privation de l'administration de la drogue. La perte de liberté du toxicomane est donc totale. Francis Caballero et Yann Bisiou parlent d'une « *forme de droit réel inversé* »<sup>24</sup>, l'objet prenant possession du sujet. En cas de dépendance psychique, la perte de liberté n'est que partielle. Le sujet peut arrêter ou ralentir sa consommation. « *Il éprouve seulement une pulsion psychique exigeant une administration périodique ou continue de la drogue* »<sup>25</sup>. Enfin, la consommation d'une drogue doit constituer un danger sanitaire et social évalué selon un calcul des coûts sociaux directs et indirects.

Cette définition de la *drogue* est particulièrement large. Elle englobe tous les produits, qui par leurs effets, sont susceptibles d'engendrer des abus de consommation et donc une toxicomanie, que ces produits soient ou non licites. Mais le droit interne français ne s'intéresse pas également à toutes les *drogues*. Une classification juridique est établie en fonction du degré de dangerosité de la substance. La classification juridique française des *substances vénéneuses* suit en partie les classifications internationales<sup>26</sup>. L'article L. 5132-1 CSP considère comme vénéneuses, les substances *dangereuses* (qui sont destinées au commerce, à l'industrie ou à l'agriculture et qui en elles-mêmes, ne sont pas prises en compte en tant que drogue), *stupéfiantes*, *psychotropes* et celles qui sont *inscrites à l'article L. 5132-6 CSP* (c'est-à-dire les médicaments délivrables seulement sur ordonnance). Le tabac et l'alcool ne sont pas concernés par la réglementation des substances vénéneuses. Les *drogues* sont donc classées selon des catégories suivant différents régimes. Certaines sont licites d'autres illicites. C'est ce que Francis Caballero et Yann Bisiou appellent *la summa diviso du droit de la drogue*<sup>27</sup>. Les drogues licites (récréatives - comme le tabac ou l'alcool - ou utilitaires - comme les produits pharmaceutiques) sont celles qui sont plus ou moins socialement acceptées. Les drogues illicites sont celles qui sont totalement rejetées par la société et sont sous un régime de prohibition absolu et général. C'est à cette catégorie que se rattache le régime prohibitif des stupéfiants. La définition des stupéfiants n'est pas légale. À vrai dire il n'y a pas de définition des stupéfiants, juste une liste donnée par le pouvoir réglementaire<sup>28</sup>. En terme de drogue, la frontière entre le licite et l'illicite est donc réglementaire, et non légale.

---

<sup>23</sup> F. CABALLERO, Y. BISIQU, *Droit de la drogue*, 2<sup>e</sup> édition, Précis Dalloz, Paris, 2000, p. 8

<sup>24</sup> F. CABALLERO, Y. BISIQU, *op. cit.*, p. 9

<sup>25</sup> F. CABALLERO, Y. BISIQU, *Droit de la drogue*, 2<sup>e</sup> édition, Précis Dalloz, Paris, 2000, p. 9

<sup>26</sup> En effet, la France a ratifié la Convention Unique de l'Organisation des Nations Unies du 30 mars 1961 (D. n° 69-446 du 2 mai 1969, JO, 22 mai 1969), la Convention de Vienne du 21 février 1971 (D. n° 77-41 du 11 janvier 1977, JO, 19 janvier 1977, p. 452) et la Convention de Vienne du 20 décembre 1988 (D. n° 91-271 du 8 mars 1991, JO, 14 mars 1991, p. 3622).

<sup>27</sup> F. CABALLERO, Y. BISIQU, *op. cit.*, p. 31

<sup>28</sup> Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants (J.O. du 07/06/1990)

La *summa divisio* entre drogues licites et illicites a diversement été appréciée au gré du vent des différents rapports. Pour les auteurs du rapport Pelletier<sup>29</sup>, il « *n'existe pas de corrélation entre la description scientifique des substances généralement retenues comme drogues et la définition légale de l'usage de drogue* ». Les rapports Trautmann<sup>30</sup> et Henrion<sup>31</sup> arrivent la même conclusion de l'obsolescence du clivage drogue licite/illicite. En 1994, le groupe de travail *Neurosciences* du Comité consultatif national d'éthique conclut que « *la distinction entre les drogues licites et illicites ne repose sur aucune base scientifique sérieuse* »<sup>32</sup>. Le CCNE insiste sur la distinction entre usage et abus : « *Une même substance peut être bénéfique à faible dose et toxique à haute dose* ». Cette optique a été reprise par le rapport Roques<sup>33</sup>.

Le clivage entre drogues licites et illicites crée une réelle difficulté quant à l'appréciation du phénomène de la toxicomanie. En effet, au sens strict, la toxicomanie est une addiction à toute drogue licite ou illicite. Or au sens juridique, doit-on considérer que la toxicomanie se limite aux seules drogues illicites, aux seuls stupéfiants ? La confusion lexicale est certaine. La doctrine soviétique résolvait cette difficulté par l'emploi du terme *narcomanie* pour la dépendance aux stupéfiants et *toxicomanie* pour la dépendance à toute drogue<sup>34</sup>. Les politiques de lutte contre les toxicomanies aux drogues licites étant relativement autonomes<sup>35</sup>, lorsque l'on parle de « politique criminelle de lutte contre la toxicomanie » c'est bien du phénomène de la narcomanie auquel nous faisons référence<sup>36</sup>. Néanmoins, il convient de nuancer le propos. Sans assimiler ouvertement l'alcool et le tabac à une drogue, un décret du 15 septembre 1999 ouvre la compétence de la MILDT à « *l'ensemble des addictions dangereuses pour la santé et la sécurité publique* »<sup>37</sup>. Les addictions sans drogues rentrent donc *a priori* dans le cadre d'une politique qu'il conviendrait à présent d'appeler *politique de lutte contre les addictions*. En réalité, c'est en intégrant les addictions sans drogues dans son champ d'action, que la MILDT a pu élaborer une politique intégrée de lutte contre les addictions aux drogues. Cette approche a été inaugurée par le plan triennal 1999-2001 qui part du principe que l'addiction est d'avantage un dérèglement du comportement plutôt qu'une conséquence mécanique des propriétés pharmacologiques des produits. Concrètement il a promu le décloisonnement du système de prise en charge entre les CSST (spécialisé dans la prise en charge des usagers de drogues illicites) et les CHA (spécialisés dans la prise en

---

<sup>29</sup> M. PELLETIER, *Rapport de la mission d'études sur l'ensemble des problèmes de la drogue*, La Documentation française, 1978

<sup>30</sup> C. TRAUTMANN, *Rapport au Premier ministre, Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiant*, La Documentation française, 1990

<sup>31</sup> R. HENRION, *Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, La Documentation française, 1995

<sup>32</sup> CCNE, *Éthique et recherche biomédicale : Rapport 1993-1994*, la Documentation française, 1996

<sup>33</sup> B. ROQUES, *La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'Etat à la Santé*, Odile Jacob/La Documentation française, Paris, 1999

<sup>34</sup> E. A. BABAIAN, « Contrôle des stupéfiants et prévention de la toxicomanie en URSS », *B. S.*, Vol XXXI, 1979, n°1, p. 13

<sup>35</sup> C'est clairement le cas du tabagisme mais moins celui de l'alcoolisme depuis la création des CSAPA

<sup>36</sup> Cela étant précisé, nous continuerons à nous référer à la narcomanie par le terme « toxicomanie »

<sup>37</sup> Décret n°99-808 du 15 septembre 1999, *J.O.*, 17 septembre 1999, p. 13927

charge des personnes alcoolodépendantes), ce qui aboutira en 2002 à l'instauration des CSAPA fédérant les anciennes structures et offrant un spectre de prise en charge couvrant l'ensemble des addictions aux drogues.

C'est donc à ce phénomène de la toxicomanie (ou narcomanie) que la société est confrontée. Et c'est aux réponses à cette seule forme de toxicomanie (narcomanie) auxquelles nous nous attacherons. En effet, seule la toxicomanie est susceptible d'être pénalement sanctionnée. Comme le relève, avec ironie, Christine Lazerges : « *On ose à peine imaginer ce que pourrait être l'encombrement de nos juridictions si toutes les formes de toxicomanie pouvaient faire l'objet d'une sanction pénale* »<sup>38</sup>. À ce phénomène, des réponses sont apportées. Lesquelles ?

Les réponses étatiques à la drogue sont anciennes<sup>39</sup> mais celles au phénomène toxicomane sont plus récentes. En effet, les réponses anciennes ne se limitent à la régulation et la réglementation du commerce des *substances vénéneuses*. L'expression *usage de stupéfiants* apparaît avec la loi du 12 juillet 1916 qui réprime l'usage en société de certaines substances (cocaïne, opium, morphine et haschich). Avec cette loi apparaît une première politique de lutte contre la toxicomanie, même si celle-ci ne prévoit aucune mesure de traitement des toxicomanes et était motivée par la méfiance vis-à-vis de la ruse de l'ennemi teuton comme en témoigne ce discours lors du vote de la loi : « *Et si les parisiens étaient seuls à s'intoxiquer ! Mais on envoie sur le front des quantités considérables de cocaïne. Est-ce que nous allons continuer à laisser entrer librement dans notre pays des quantités de cocaïne et de morphine qui nous viennent de Suisse et, vous pouvez en être persuadés, fabriqués par les Allemands ?* »<sup>40</sup>. Le Décret-loi du 29 juillet 1939<sup>41</sup> marque un véritable tournant formel puisque les dispositions relatives à la drogue sont réunies dans un chapitre intitulé « *Protection de la race* ». L'on passe alors d'une logique de réglementation d'un commerce à celle de protection de la santé publique. Néanmoins le passage n'est pas complet puisqu'avec la codification des textes dans le CSP<sup>42</sup> la question des stupéfiants n'est définie qu'au titre du commerce de substances surveillées. Les dispositions du CSP punissent des mêmes peines l'usage en société, la détention et l'acquisition au moyen de fausses

---

<sup>38</sup> C. LAZERGES, « Les fonctions de la peine et la toxicomanie », *RSC*, 1988, p. 857

<sup>39</sup> La loi du 19 juillet 1845 (*Loi du 19 juillet 1845, n°12-115, J.O. 20 août 1944, p. 409*) assimile l'opium à un *poison*, le range dans la liste des substances vénéneuses et renforce son contrôle à la vente. La loi sera complétée par une ordonnance du 29 octobre 1846 (*Ordonnance du 29 octobre 1846, portant règlement sur la vente des substances vénéneuses, J.O. du 16 juillet 1850*) qui crée une première nomenclature légale des substances vénéneuses. En 1907, l'affaire Ullmo (du nom de ce jeune officier de marine, fumeur d'opium, qui a été poursuivi pour tentative de trahison et qui a fondé sa défense sur l'altération de son comportement par la drogue) conduit en 1908 à la restriction du commerce d'opium en France. Un décret du 1<sup>er</sup> octobre 1908 complète la loi du 19 juillet 1845 et permet de poursuivre les individus soupçonnés de détention ou de préparation d'opiacés.

<sup>40</sup> Discours à la Chambre, séance du 7 juillet 1916, *J.O. du 8 juillet 1916, p. 1499*. Il est intéressant de remarquer que le même type de discours, concernant la consommation de Marijuana par les G.I. au Viêt-Nam, avait utilisé pour motiver une politique de lutte contre la toxicomanie aux Etats-Unis dans les années 1960.

<sup>41</sup> Décret-loi du 29 juillet 1939, *J.O. du 30 juillet 1939, art. 130, p. 9607*, relatif à la famille et à la natalité française

<sup>42</sup> Décret n°53-1001 du 5 octobre 1953, portant codification des textes législatifs concernant la santé publique, *J.O. du 7 octobre, p. 8833. R. J.O. 7 novembre p. 10068*



ordonnances. Mais une circulaire du ministre de la Justice du 19 février 1952<sup>43</sup> vient poser une différence fondamentale entre le *trafiquant* et le *toxicomane* et distingue au sein de la catégorie *toxicomane* ceux qui le sont suite à un traitement thérapeutique (qui ne sont donc pas responsable de leur toxicomanie) qui doivent être traités *avec humanité*, et ceux qui s’y adonnent par plaisir et qui ne doivent être traités *avec aucune indulgence particulière*. La loi du 24 décembre 1953 marque une étape importante dans l’élaboration d’une politique de lutte contre la toxicomanie. En effet, le texte, inspiré par le mouvement de la *Défense Sociale Nouvelle*, crée une première mesure de traitement obligatoire : l’usager de stupéfiants pourra être astreint à suivre une cure de désintoxication. Pour la première fois, « l’usager est traité comme un malade » et la doctrine salue le passage d’un régime répressif à un régime dualiste. C’est ce dualisme qui va inspirer la politique actuelle de lutte contre la toxicomanie.

La confection de la loi du 31 décembre 1970 est le résultat d’un arbitrage entre deux ministères<sup>44</sup> : le ministère de la Justice et celui de la Santé. De cet affrontement va résulter une dualité entre la logique répressive et la logique de santé publique. Comme le relève Laurence Simmat-Durand<sup>45</sup>, reprenant en partie les observations de Jacqueline Bernat de Celis<sup>46</sup>, avant le vote de la loi de 1970 les différentes circulaires émises par les ministères de la Justice et de la Santé montrent la dualité de conception du problème de la toxicomanie. Pour les autorités sanitaires, la toxicomanie est un problème médical. Les circulaires du ministère de la Santé utilisent le terme *épidémie* voir *endémie*. La répression pénale doit être réservée pour le trafic punissable. Pour les autorités judiciaires, la loi de 1970 en réprimant l’usage individuel va fournir un cadre législatif aux pratiques des parquets.

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 illicite des stupéfiants » s’inscrit dans une logique dualiste encore plus marquée. « *La loi de 1970 est une parfaite illustration de la conception de l’usager, mi-délinquant, mi-malade que consacre aujourd’hui le Code de la santé publique aux articles L. 3411-1 et s.* »<sup>47</sup>. La politique de lutte contre la toxicomanie a donc, à l’instar du Dieu Janus, deux visages : un visage répressif et un visage sanitaire. La loi de 1970 incrimine pour la première fois l’usage solitaire de stupéfiant (alors que celui-ci était auparavant incriminé que lorsqu’il était en société). L’article 3421-1 CSP punit l’usage illicite de stupéfiants d’un an d’emprisonnement et de 3 750 € d’amende. Si la réponse étatique est clairement pénale, force est de constater que cette réponse pénale est bien moins sévère à l’égard de l’usager que du trafiquant (dont le régime est prévu par le Code Pénal). Mais à ce volet pénal, se superpose un volet sanitaire. Il est prévu des cas de traitement obligatoire :

---

<sup>43</sup> Circulaire n°52-10 du 19 février 1952 sur la répression des infractions en matière de stupéfiants

<sup>44</sup> L. SIMMAT-DURAND, *Lutte contre la toxicomanie : de la législation à la réglementation*, L’Harmattan, coll. Logiques Sociales, Paris, 2000

<sup>45</sup> *Ibid.*

<sup>46</sup> J. BERNAT DE CELIS, *Drogues : Consommation interdite : La genèse de la loi de 1970 sur les stupéfiants*, L’Harmattan, Paris, 1996

<sup>47</sup> F. CABALLERO, Y. BISIQU, *Droit de la drogue*, 2e édition, Précis Dalloz, Paris, 2000, p. 544

injonction thérapeutique par le procureur de la République (article 3423-1 et 2 CSP), par le juge d'instruction, le juge des enfants ou le juge des libertés et de la détention (article 3424-1 CSP) ou par la juridiction de jugement (article 3425-1 et 2 CSP).

Le toxicomane, au centre de cette politique héritée de la loi de 1970, est tiraillé entre ces deux réponses. Le régime qui lui est appliqué repose sur une distinction fondamentale posée par Francis Caballero et Yann Bisiou entre *usager-délinquant* et *usager-malade*. « *Une distinction fondamentale qui exprime la dualité des réponses de la société face à la toxicomanie : la répression et le traitement* »<sup>48</sup>. Ce dualisme met en évidence une désespérante incertitude : doit-on qualifier le toxicomane de délinquant ou de déviant ? Conséquence directe de cette incertitude : doit-on apporter une réponse étatique ou sociétale ?

Si l'usage de stupéfiants est techniquement une infraction, son caractère marqué de déviance, influe nécessairement sur la logique de la réponse. Comme le relève Mireille Delmas-Marty : « *Cela dit, du fait que l'usage de stupéfiants relève davantage de la catégorie des déviances, au sens étroit défini ici de conduite, situation ou état de non-conformité à la normalité, à la moyenne des comportements, plutôt que d'un écart à la normativité, donc une véritable infraction, le réseau pénal est fortement marqué par une logique médicale* »<sup>49</sup>. En effet, faire abstraction de la souffrance du toxicomane, faire abstraction du poids de la dépendance et lui appliquer une sanction pénale *sèche* serait d'une particulière cruauté et d'une indubitable inefficacité. Il convient d'apporter une réponse médicale. Le droit français de la drogue crée donc un *véritable circuit de dérivation vers le réseau médico-social*<sup>50</sup>. C'est le cas de l'injonction thérapeutique qui permet au ministère public, au juge d'instruction et à la juridiction de jugement de proposer une alternative médicale et le cas échéant de renoncer aux poursuites, au renvoi en jugement ou à la peine. Ce circuit de dérivation vers la sphère médicale permettrait l'élaboration d'un *interdit sans peine*<sup>51</sup> que l'on aurait trop vite qualifié de dépenalisation de fait. La sphère pénale n'est jamais loin et suit attentivement le déroulement de la cure de désintoxication. Mais le toxicomane n'est pas seulement un être en souffrance, il est aussi un être isolé. Le toxicomane, pour assurer sa relation avec son produit, rompt ses relations avec sa famille, avec le groupe social et, d'une certaine manière, avec celui qu'il a été. Une réponse sociale doit être apportée. La société civile ainsi associée à la politique criminelle que ce soit dans la mise en œuvre des réponses médico-sociales ou dans le suivi et l'aide sociale aux toxicomanes ou enfin sa réinsertion.

Le toxicomane est donc à la juxtaposition de sphères aux logiques différentes. « *Mais, tous les parlementaires et tous les juges, élargissons, tous les acteurs de la politique criminelle ne*

---

<sup>48</sup> F. CABALLERO, Y. BISIOU, *Droit de la drogue*, 2e édition, Précis Dalloz, Paris, 2000, p. 546

<sup>49</sup> M. DELMAS-MARTY, *Les grands systèmes de politique criminelle*, 1<sup>re</sup> édition, PUF, Paris, 1992, p. 182

<sup>50</sup> M. DELMAS-MARTY, *op. cit.*, p. 184

<sup>51</sup> C. LAZERGES, « Les fonctions de la peine et la toxicomanie », *RSC*, 1988, p. 864

*partagent pas les mêmes questions, ne proposent pas les mêmes réponses ; constater alors que la politique criminelle est floue est peu dire »<sup>52</sup>. Il n'est pas exagéré de parler d'un conflit de logique : « Comme on le voit, il ne s'agit pas seulement de l'éternel conflit de pouvoir entre autorité judiciaire et médicale, mais d'un véritable conflit de logiques, beaucoup plus difficile à résoudre »<sup>53</sup>. Le toxicomane est la seule victime de ces conflits de politique criminelle. « Sujet thérapeutique et objet fauteur de trouble social, il subit le poids des contraintes, des doctrines, et des autres thèses à géométrie variable qui se divisent sur la manière de le traiter »<sup>54</sup>.*

Quels sont ces conflits de politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie ?

En matière de lutte contre la toxicomanie, les conflits de politique criminelle émergent sur les fragments d'une politique éminemment éclatée en tendances options et stratégies de lutte (1<sup>re</sup> Partie). Néanmoins un consensus semble se construire (2<sup>e</sup> Partie). Non sans mal...

---

<sup>52</sup> C. LAZERGES, op. cit., p. 858

<sup>53</sup> M. DELMAS-MARTY, loc. cit.

<sup>54</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre les toxicomanies », RSC, 1987, p. 951

## **PARTIE 1**

---

### **L'ÉCLATEMENT DE LA POLITIQUE CRIMINELLE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE**

La politique criminelle de lutte contre la toxicomanie est particulièrement éclatée en tendances, stratégies de lutte, idéologies diverses. On distingue deux foyers de conflits au sein de la politique. Le premier de ces foyers est lié à l'ouverture sur la collaboration de la société civile (Chapitre 1). Mais le foyer principal de conflits se polarise autour de l'institution des soins obligatoires (Chapitre 2).

### L'OUVERTURE SUR LA COLLABORATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ENTRE CONFIANCE ET MÉFIANCE

« *La clef qui ouvre toutes les portes ... La confiance* »

Charlotte Savary, *Et la lumière fût*

Selon la modélisation des grands systèmes de politique criminelle de Mireille Delmas-Marty, le modèle État – Société libérale oppose à la délinquance une réponse étatique. Or notre système a fait le choix de réduire la toxicomanie à l'usage de drogues illicites et à qualifier celui-ci de délinquance. Ainsi, le groupe social (ou instances sociétales ou encore société civile) est en principe exclu de la réponse étatique à l'infraction. Or selon, Mireille Delmas-Marty, il existerait un mouvement de politique criminelle de recours à la société civile en accélération depuis 1981. Ce mouvement de recours à la société civile est d'autant plus visible en ce qui concerne la politique de lutte contre la toxicomanie.

L'intégration de la société civile à la réponse étatique participerait d'un certain raffinement de la politique criminelle comme le souligne H. Jung en 1990 pour qui l'ouverture du réseau pénal à la société civile peut sortir « *une culture nouvelle et plus raffinée, comportant des structures mixtes et diverses formes de cohabitation entre le public et le privé, où se manifesterait un plus grand sens de la responsabilité collective* »<sup>55</sup>. Encore faut-il que l'État ait confiance en la sphère sociétale. Ainsi existera-t-il un savant dosage entre contrôle et autonomie de la participation de la société civile ?

Mais société civile est plurielle et divisée. Elle est composée d'acteurs aux opinions divergentes voire même incompatibles. Les options proposées sont dès lors diverses, éclatées et peut-être même contradictoires.

L'ouverture sur la collaboration de la société civile se caractérise, ainsi, par une intégration contrôlée du groupe social (Section 1) et par un sublime éclatement des stratégies sociétales (Section 2).

---

<sup>55</sup> H. JUNG, Rapport introductif et général de la XVIII<sup>e</sup> Conférence de recherches criminologiques, Conseil de l'Europe, vol. XXVII, Strasbourg, 1990

## SECTION 1 : UNE INTÉGRATION DU GROUPE SOCIAL SOUS CONTRÔLE

L'intégration de la société civile à tous les stades de la politique criminelle de lutte contre la toxicomanie (A) s'est effectuée dans la crainte d'une trop grande autonomisation des réponses sociétales (B).

A- L'intégration de la société civile à la réponse étatique

L'intégration de la société civile dans la réponse étatique s'effectue en amont (1) et en aval (2) de la loi.

### 1) Une intégration en amont dans la production normative

L'intégration de la société civile dans la production normative a notamment été mise en évidence par Yann Bisiou en 1991<sup>56</sup>. Il existe, selon lui, une demande sociétale en réponses étatiques. Le législateur qui ne ferait pas face à cette demande s'exposerait à l'émergence de réponses sociétales autonomes<sup>57</sup> (indésirables dans l'absolu). Ainsi la société civile intervient-elle nécessairement dans la production normative en ce qui concerne la toxicomanie.

Yann Bisiou, souligne, à la suite de Gérard Timsit, le caractère polymorphe de la loi qui n'est pas seulement un acte de volonté du législateur. Le sens de la loi « *dépend encore de stratégies de co-détermination, par les organes de réception chargés d'appliquer la loi, et de sur-détermination, conséquence du champ culturel dans lequel évoluent ces acteurs et qui oriente leur conception de l'application de la norme* »<sup>58</sup>. Les stratégies de co et sur-détermination « *interviennent aussi au niveau de la société civile, des individus, à travers leur reconnaissance d'une légitimité de la norme ou leur respect de celle-ci* »<sup>59</sup>. En réalité, « *la loi n'est jamais qu'un texte et son application relève d'options qui ne sont pas toujours celles que le législateur voulait imposer* »<sup>60</sup>. La réception de la norme devient alors un enjeu déterminant.

La toxicomanie est une des préoccupations majeures des Français. Les hommes et femmes politiques se doivent de relayer cette préoccupation. La toxicomanie devient un discours et le législateur marque son adhésion à ce discours par une pénalisation accrue justifiée par la demande de la société civile. Cette influence des préoccupations de la société civile sur la production normative en matière de toxicomanie peut parfois aller contre l'avis de comités *ad hoc*. « *Rares sont les gouvernements qui ont modifié leurs lois sur les drogues ou leurs pratiques médicales suite aux recommandations de leurs propres études* »<sup>61</sup>. L'on ressent bien

---

<sup>56</sup> Y. BISIYOU, « D'un produit à l'autre : à propos de deux siècles de contrôle des drogues en Europe », *RSC* 1991, p. 279 et s.

<sup>57</sup> cf. infra

<sup>58</sup> Y. BISIYOU, « D'un produit à l'autre : à propos de deux siècles de contrôle des drogues en Europe », *RSC* 1991, p. 291

<sup>59</sup> *Ibid.*

<sup>60</sup> KAMINSKI, « Toxicomanie : le mot qui rend malade », *Déviance et société*, 1990, vol. XIV, n°2, p. 185

<sup>61</sup> M-A. BERNARD, « Permanence des effets pervers et résistance au changement des lois sur les drogues », *Déviance et société*, 1986, vol. X, n°2, p. 183

ici la puissance de la société civile dans la production normative en matière de toxicomanie. Puissance qui, selon nous, est indissociable des effets généraux du *populisme pénal* sur la politique criminelle tels qu'ils ont été décrits par Denis Salas<sup>62</sup>. Mais ce mouvement fonctionne aussi en sens inverse puisqu'il peut émaner de la société civile, une demande de drogue ou une demande de libéralisation de la législation. Ainsi a-t-on pu voir émerger des mouvements anti-prohibitionnistes militant, selon, pour une libéralisation, une dépénalisation ou encore une légalisation de l'usage de drogue. Ces mouvements s'intègrent parfois dans le débat politique : « *La question de l'anti-prohibition est transversale et figure dans les revendications de nombreux mouvements associatifs et politiques, tels que le parti des Verts, Chiche, Act-Up, la Ligue des droits de l'homme ou la Fédération anarchiste, et elle réapparaît régulièrement lors des échéances électorales* »<sup>63</sup> Ces différents mouvements contradictoires ne font que témoigner de la diversité des opinions et des options proposées par la société civile.

L'effet décrit de la société civile sur la production normative reste néanmoins indirect et plaît au pouvoir politique d'interpréter les aspirations sociétales et de se les approprier. Il existe un autre mode d'intervention de la société civile dans la production normative, plus clair, plus direct et plus transparent. La société civile intervient au sein des comités *ad hoc* lorsqu'ils y sont invités. Cela leur laisse un espace privilégié pour exprimer leurs attentes et leurs demandes. À titre d'illustration la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre des drogues illicites du Sénat de 2002-2003 avait invité plusieurs associations et représentants de la société civile. Dans le sens d'une plus forte répression de l'usage, sont intervenus les représentants des associations *Enfance sans drogue*<sup>64</sup>, *France sans drogue*<sup>65</sup>, *Marilou*<sup>66</sup>, *Le Phare*<sup>67</sup> et *Imagine*<sup>68</sup>. L'association *Médecins du monde*<sup>69</sup> était la seule à plaider pour la continuation de la politique de réduction des risques et pour une certaine tolérance à l'égard des usagers notamment toxicomanes.

## 2) Une intégration en aval dans la mise en œuvre des réponses étatiques

La société civile s'est vue progressivement associée à la mise en œuvre des réponses étatiques à la toxicomanie. Comme le dit justement Thilo Alexandre Firchow : « *La politique de lutte contre les toxicomanies s'est orientée vers une intégration du groupe social à la réponse étatique de soins et de prévention. Toute une dynamique sociale s'est ensuivie avec le tissage du territoire national par un réseau associatif très dense. Cette inféodation de l'initiative*

---

<sup>62</sup> D. SALAS, *La volonté de punir : Essai sur le populisme pénal*, Hachette Littérature, Pluriel, Paris, 2007

<sup>63</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *Les drogues : Approche sociologique, économique et politique*, La Documentation française, Paris, 2004, p. 128

<sup>64</sup> N. OLIN, B. PLASAIT, *Rapport de la commission d'enquête sur la politique contre les drogues illicites, Drogue : l'autre cancer, Les rapports du Sénat n°321 2002-2003, 3 juin 2003, T. 2, p. 481*

<sup>65</sup> N. OLIN, B. PLASAIT, *op. cit.*, T. 2, p. 491

<sup>66</sup> N. OLIN, B. PLASAIT, *op. cit.*, T. 2, p. 514

<sup>67</sup> N. OLIN, B. PLASAIT, *op. cit.*, T. 2, p. 521

<sup>68</sup> N. OLIN, B. PLASAIT, *op. cit.*, T. 2, p. 529

<sup>69</sup> N. OLIN, B. PLASAIT, *op. cit.*, T. 2, p. 469

*privée par le pouvoir politique s'est faite aux différents stades de l'espace de traitement des toxicomanes (cure, postcure, accueil et prévention) »<sup>70</sup>. Cette association est le signe d'une certaine confiance des instances étatiques dans la société civile. La confiance du monde judiciaire dans les acteurs de la société civile se lit dans les mots de Jean-Claude Kross, avocat général à la Cour d'Appel de Paris : « Je pense que ce sont eux qui font le meilleur travail, un peu comme pour les alcooliques anonymes. Les associations qui sont très présentes, essayent de palier la carence publique. En réalité, c'est indispensable »<sup>71</sup>.*

Mais le degré de confiance donnée par les instances étatiques est en réalité fonction du modèle de politique en matière de drogue adopté. L'on peut distinguer trois modèles<sup>72</sup> : le modèle sanitaire, le modèle de contrôle et le modèle de réduction des risques. Ces modèles se distinguent, notamment, par l'image du toxicomane qui y est faite.

Le modèle sanitaire a pour but la guérison des toxicomanes qui sont perçus comme des *malades*. La toxicomanie est dès lors une *épidémie* qu'il convient d'éradiquer avec une politique sanitaire conséquente. « *L'acteur étatique est seul capable de mener à bien ce projet, du fait de sa capacité à centraliser le développement et l'usage des technologies nécessaires (notamment dans le domaine médical) et de garantir la diffusion territoriale et l'universalité des mesures appliquées* »<sup>73</sup>. Ce rôle central de l'État dans le modèle sanitaire a pour corollaire nécessaire un positionnement subsidiaire des acteurs privés. « *Ceux-ci en effet ne participent pas ou de manière très marginale à l'élaboration de la politique et sa mise en œuvre. Ils agissent le cas échéant dans les domaines laissés en friche par les pouvoirs publics, notamment la prévention, la réinsertion et la réduction des risques. Toutefois leur marge de manœuvre est limitée par un cadre légal contraignant dont l'application s'effectue de manière technocratique* »<sup>74</sup>.

Le modèle de contrôle a pour but l'avènement d'une société sans drogue. Le toxicomane a l'image d'un *aliéné menaçant la cohésion sociale* plus que celle d'un *malade victime d'une épidémie*. Dans cette perspective de cohésion sociale, il y a une responsabilité étatique mais aussi sociale (pour ne pas dire civile). Dès lors la société civile est associée à la réponse étatique : « *Le fonctionnement de ce modèle repose sur un consensus préalable quant au but à atteindre et aux moyens d'y parvenir. Une fois ce consensus dégagé, la négociation n'a plus sa place, les divergences étant interprétées comme des remises en cause globale* »<sup>75</sup>. Le modèle ne fonctionne donc que sur la base d'un consensus préalable, ce qui n'exclut en aucun cas la possibilité de conflits postérieurs à la validation du programme. La société civile n'a qu'un rôle de renfort ou de relais des réponses étatiques : « *Ce modèle est le fait d'un État*

---

<sup>70</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie », *RSC* 1987, p. 952

<sup>71</sup> J-C KROSS, avocat général à la Cour d'Appel de Paris, C.P.A, 11 avril 2009

<sup>72</sup> B. LUCAS et S. CATTACIN, « Politique en matière de drogue : une analyse relationnelle », *Déviance et Société*, 1999, vol. 23, n°2, p. 149 et s.

<sup>73</sup> B. LUCAS et S. CATTACIN, *op. cit.*, p. 157

<sup>74</sup> B. LUCAS et S. CATTACIN, *op. cit.*, p. 158

<sup>75</sup> *Ibid.*



*protecteur qui recourt à la participation des acteurs privés, non dans une optique de diversification ou de légitimation, mais en tant que relais et renfort naturels d'une politique consensuelle* »<sup>76</sup>.

Le modèle de réduction des risques a pour but la minimalisation des problèmes liés à la toxicomanie. Celle-ci est appréhendée comme un phénomène social dont on peut et l'on doit minimiser les conséquences négatives<sup>77</sup>. Le toxicomane n'est ni un *malade* ni un *aliéné* mais bien un citoyen à part entière. Le succès de ce modèle de politique n'est pas mesuré par l'accomplissement d'objectifs utopistes mais à la multitude d'action répondant à une pluralité de demandes spécifiques. L'abstinence n'est donc pas le seul objectif. La pluralité des activités différenciées offerte implique le recours à des acteurs publics et privés de types différents. « *Les acteurs privés, du fait de leur proximité avec les milieux concernés, jouent dans le modèle de réduction des risques un rôle important de médiateur et interviennent tant au niveau de la conception que de la réalisation des programmes. La participation des associations d'usagers de drogue s'avère à cet égard fructueuse. Cependant, c'est l'acteur étatique qui en dernier ressort, est le responsable de la politique et le gestionnaire du budget. Il se caractérise au sein du réseau par son importante fonction d'incitation* »<sup>78</sup>.

Le degré de confiance accordé par les instances étatiques à la société civile varie selon le modèle adopté : presque inexistant dans le modèle sanitaire, sous un contrôle strict dans le modèle de contrôle et sous un contrôle budgétaire et incitatif dans le modèle de réduction des risques. Reste une constante : dans tous les cas la participation de la société civile est sous le contrôle des instances étatiques. Le contrôle étatique s'explique par la crainte d'une trop forte autonomisation des réponses sociétales.

## B- Le contrôle étatique et la crainte d'une autonomisation des réponses sociétales

En parallèle à cette confiante intégration de la société civile dans les réponses étatiques à la toxicomanie, se développe une véritable méfiance vis-à-vis d'elle. Méfiance justifiant un contrôle de l'État. Cette méfiance s'exprime quant au développement de réponses sociétales autonomes (1) et quant aux dérives des modèles purement sociétaux (2).

### 1) Le risque d'un développement de réponses sociétales autonomes

La société civile exprime une demande de réponses à la question de la toxicomanie<sup>79</sup>. Cette demande se concrétise dans la participation à la production normative. Mais les aspirations de la société civile sont souvent celle d'une société sans drogues<sup>80</sup>. Horizon indépassable. L'État

---

<sup>76</sup> B. LUCAS et S. CATTACIN, « Politique en matière de drogue : une analyse relationnelle », *Déviante et Société*, 1999, vol. 23, n°2, p. 159

<sup>77</sup> Notamment l'épidémie de VIH dans les populations héroïnomanes

<sup>78</sup> B. LUCAS et S. CATTACIN, *op. cit.*, p. 161

<sup>79</sup> cf. *supra*

<sup>80</sup> Cet idéal d'une société abstinente se lit souvent dans le nom des diverses associations (Par exemple *Enfance sans drogue*, *France sans drogues*, etc).

est souvent contraint de réaffirmer les solutions déjà existantes. « *Le phénomène de reproduction idéologique qui marque les relations entre l'État et la société civile porte cette dernière à se satisfaire d'une pérennisation de la politique suivie* »<sup>81</sup>. La société civile peut prendre conscience que cette reproduction idéologique ne répond pas à ses demandes. « *Lorsque l'État n'abonde pas dans le sens de cette demande sociétale, qu'il ne souhaite pas ou qu'il ne le puisse pas, il risque de se heurter ou d'être supplanté par des réponses sociétales autonomes. Ce mouvement marque un changement de fond des modèles de politique criminelle. Aux modèles à dominante étatique se substituent des modèles sociétaux, sous-modèles protestataires ou d'autodéfenses selon la terminologie adoptée par Mme Delmas-Marty* »<sup>82</sup>.

L'histoire européenne donne moult illustrations de sous-modèles d'autodéfenses. Exemple peut être tiré de ces *mères courages* italiennes qui, à Padoue, dénonçaient aux autorités leurs enfants toxicomanes<sup>83</sup>. Ou encore en France de ces milices privées qui luttèrent contre le trafic de drogues dans les foyers Sonacotra de Nice ou dans la cité *Leduc* de Marseille<sup>84</sup>. Enfin du mouvement corse « *A droga basta* » qui promettait l'exécution sans préavis des vendeurs de drogues dures<sup>85</sup>. Le développement de sous-modèles protestataires met à mal les politiques de types légalisation contrôlée comme aux Pays-Bas dans lesquels les habitants de la ville frontalière de Arnhem ont développé un sentiment xénophobe à l'égard de ces toxicomanes allemands venus en masse chercher une certaine tolérance.

Le développement de tels sous-modèles est particulièrement nocif notamment à cause de la violence engendrée. « *Pour enrayer ce glissement d'une réponse étatique organisée vers une réponse sociétale d'autodéfense, l'État n'a d'autre solution que de réaffirmer de façon visible son attachement à la politique suivie* »<sup>86</sup>. La politique étatique devient une politique d'affichage. Yann Bisiou<sup>87</sup> évoque les poursuites disciplinaires contre Georges Apap en 1987. Albin Chalandon, Garde des Sceaux, avait demandé que soient prises des sanctions contre ce procureur de la République qui, lors de l'audience solennelle de rentrée de son tribunal, avait stigmatisé les limites de la politique répressive en matière d'usage de stupéfiants. Mais la commission de discipline avait refusé, le 9 octobre 1987, de suivre le ministre.

Mais au-delà de la crainte du développement de sous-modèles protestataires et d'autodéfenses, il y a pour l'État la crainte de dérives liées à l'apparition de modèles purement sociétaux.

---

<sup>81</sup> Y. BISIYOU, « D'un produit à l'autre : à propos de deux siècles de contrôle des drogues en Europe », *RSC* 1991, p. 292

<sup>82</sup> *Ibid.*

<sup>83</sup> *Le Monde*, 7 décembre 1989, p. 15

<sup>84</sup> *Le Monde*, 7 juin 1990 et 28 juin 1990, p. 2

<sup>85</sup> *Le Monde*, 1<sup>er</sup> janvier 1991, p. 16

<sup>86</sup> Y. BISIYOU, « D'un produit à l'autre : à propos de deux siècles de contrôle des drogues en Europe », *RSC* 1991, p. 293

<sup>87</sup> *Ibid.*

## 2) Le risque de dérives des modèles purement sociétaux

Le développement de sous-modèles protestataires et d'autodéfenses est le signe d'une trop forte autonomisation de la participation de la société civile au stade prélégislatif. Mais certaines dérives sont liées à une trop forte autonomisation de la société civile au stade de la mise en œuvre des réponses étatiques. Typiquement c'est la dérive sectaire des *communautés thérapeutiques* qui inquiète les pouvoirs publics. Les instances étatiques avaient, dans un premier temps, toute confiance dans cette forme de participation de la société civile. La stratégie *comportementaliste*<sup>88</sup> adoptée par ces communautés était perçue comme la panacée à tous les maux des toxicomanes en ce qu'elle permettait à la fois une rupture radicale avec le produit et une réintégration sociale. Albin Chalandon, Garde des Sceaux, disait compter « *aussi sur les communautés thérapeutiques, les mieux à même d'assurer la reconstruction de la personnalité du drogué et sa réinsertion professionnelle* »<sup>89</sup>.

Le sinistre épisode du *Patriarche* a définitivement marqué une rupture dans la confiance des instances étatiques dans la participation de la société civile dans la mise en œuvre des réponses étatiques. *Le Patriarche* est fondé par Lucien Engelmajer le 2 mai 1974, après l'ouverture d'un premier centre d'accueil de toxicomanes à la Boëre à Saint-Paul-sur-Save. Fondé sur le sevrage absolu, par la rupture avec le monde extérieur et la prise en charge par d'anciens toxicomanes, l'association présente de bons résultats. *Le Patriarche* est alors financé par des fonds publics jusqu'en 1996. En 1995, l'association est épinglée par un rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée Nationale<sup>90</sup> pour ses dérives sectaires. *Le Patriarche* s'est, en effet, incroyablement enrichi, grâce à un généreux financement du ministère de la Santé sans aucun contrôle ni production d'un rapport d'activité et à la vente massive d'un mensuel conçu et vendu dans la rue par des toxicomanes non salariés<sup>91</sup>. En 1996, Françoise de Veyrinas, présidente de la MILDT coupe toute subvention à cette association du fait son opacité financière<sup>92</sup>.

*Le Patriarche* n'est pas la seule dérive sectaire au passif de la société civile dans le traitement de toxicomanes. L'église de Scientologie a elle aussi développé son propre programme depuis l'automne 2005 : *Narconon*. « *Sous le couvert de la distribution de tracts haineux envers les usagers de drogues et de la signature d'une pétition, la secte diffuse sa littérature et recrute de nouveaux adhérents* »<sup>93</sup>. Au-delà de la Scientologie, la toxicomanie semble être le terreau privilégié des sectes dans leur recrutement. Les centres de traitements sont alors suspectés de toutes les dérives : « *À l'UNAFDI, une des grandes associations anti-sectes, on affirmait mardi que, par ce biais, les sectes promeuvent aussi des thérapies dans des centres de soins*

---

<sup>88</sup> cf. infra

<sup>89</sup> JO déb. Ass. nat. séance du 8 octobre 1987, p. 4046

<sup>90</sup> A. GEST, J. GUYARD, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur les sectes*, Assemblée Nationale, n°2468, 22 décembre 1995

<sup>91</sup> G. LAVAL, « *Insaisissable Patriarche* », *Libération*, 8 novembre 2006

<sup>92</sup> *Associated Press*, 5 novembre 2006

<sup>93</sup> B. DELATTRE, *La Libre Belgique*, 10 janvier 2007

*suspects et l'usage de prétendus médicaments aux vertus non prouvées, voire potentiellement dangereux* »<sup>94</sup>.

Compte tenu de la confiance initialement accordée aux communautés thérapeutiques (et plus largement à la société civile), les dérives sectaires ont été vécues par les représentants de l'État comme une trahison et l'on regrette déjà la trop grande autonomie qui leur avait été octroyée. En témoigne la réponse d'Albin Chalandon au scandale suscité par les pratiques du *Patriarche* : « *Je pensais pouvoir l'utiliser mais pour cela, il me fallait établir un contact entre l'État et lui. Faute de pouvoir y arriver, Le Patriarche vole de ses propres ailes sans qu'il puisse constituer un élément substantiel de la politique gouvernementale en matière de soins* »<sup>95</sup>. Dès lors, les instances étatiques n'intègrent la société civile à la participation de la réponse étatique que sous son contrôle. Thilo Alexandre Firchow a pu parler à ce titre d'une « *inféodation de l'initiative privée par le pouvoir politique* »<sup>96</sup>. Mais le contrôle de l'État de la mise en œuvre de la réponse sociétale a ses limites : « *En contrepartie de ce soutien, l'État entend contrôler le développement de cette réponse. Mais cela implique qu'elle soit suffisamment structurée pour être dépendante de l'État, par l'attribution de subventions ou l'octroi d'agrément aux associations par exemple. Or, dans cette démarche, l'État se heurte aux réticences de certains acteurs de la société civile avec des risques de dérive vers des modèles purement sociétaux de type communautaire de réponse à des déviances* ». On aboutit donc à un paradoxe des plus troublant : plus le contrôle de l'État est prenant, plus le risque de dérives est grand (les structures rompant tout lien avec l'État). Ainsi la liberté accordée à la société civile peut s'apparenter à une forme de subtil contrôle de leurs activités.

Malgré la méfiance étatique de l'État vis-à-vis des communautés thérapeutiques depuis le scandale du *Patriarche*, l'on observe un certain renouveau de ce type de structures. En effet, le *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011* propose le réinvestissement dans les communautés thérapeutiques : « *Les communautés thérapeutiques longtemps discréditées en France en raison de dérives autoritaires, voire sectaires, ont fait la preuve de leur efficacité dans d'autres pays et sous certaines conditions* »<sup>97</sup>. On a peine à croire en l'argument de l'efficacité au-delà des frontières, puisque l'on sait que moult communautés thérapeutiques européennes, ont été *exportées* par *Le Patriarche* (notamment en Espagne et en Italie) et que les méthodes et dérives y étaient les mêmes<sup>98</sup>. Ce renouveau est peut-être une simple question d'opportunité : « *Ces communautés thérapeutiques reviennent d'autant plus que le public n'a pas les moyens de faire face. Les services sont débordés. C'est une question d'opportunité. On ne peut pas faire autrement. Si en France, il n'y avait pas les*

---

<sup>94</sup> B. DELATTRE, *La Libre Belgique*, 10 janvier 2007

<sup>95</sup> JO déb. Ass. nat. séance du 8 octobre 1987, p. 4063

<sup>96</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie », *RSC* 1987, p. 952

<sup>97</sup> MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*, La Documentation Française, Août 2008, p. 64

<sup>98</sup> B. DELATTRE, *loc. cit.*

*associations qui interviennent dans les différents domaines d'activité à problème, il n'y aurait jamais de solutions. Heureusement que la France est un pays d'association ».*

Nécessité ou choix, le réinvestissement dans les communautés thérapeutiques ne fait qu'accroître l'éclatement des stratégies sociales et associatives.

## SECTION 2 : L'ÉCLATEMENT DES STRATÉGIES SOCIÉTALES

L'analyse du caractère éclaté des stratégies sociétales dans la lutte contre la toxicomanie invite à l'étude de deux phases. La première est dans les années 1970 la construction d'un dispositif spécialisé de prise en charge des toxicomanes fondé essentiellement sur le sevrage et la psychothérapie. La seconde est née avec la découverte du SIDA dans les années 1980 et la mise en place dans les années 1990, d'une politique de réduction des risques. Ainsi aux conflits stratégiques internes au référentiel classique de prise en charge spécialisé (A) s'est superposé un conflit idéologique dans le référentiel de réduction des risques (B).

A- Un conflit de stratégies dans le référentiel classique de prise en charge spécialisée

Malgré la construction d'un référentiel commun autour du sevrage et la psychothérapie (1), le référentiel de prise en charge spécialisé a été confronté à des options stratégiques divergentes (2).

1) La construction d'un référentiel commun de sevrage et de psychothérapie

Le changement de catégorisation du toxicomane après la loi de 1970, à la fois *malade* et *délinquant*, a impliqué nécessairement un changement radical à l'intérieur du champ de soin du toxicomane. Le toxicomane étant aussi un *malade*, des structures spécialisées sont créées pour le prendre en charge. « *Un des décrets d'application de cette loi met en place un dispositif de soins spécialisé régi par trois principes fondamentaux : la gratuité, l'anonymat et le caractère volontaire de la démarche de soins. Ces trois principes sont liés. L'annonce de la gratuité et de l'anonymat a pour objectif de susciter une démarche volontaire chez le toxicomane. En effet, le principe du volontariat devrait lui permettre de choisir son thérapeute en toute liberté (limitée toutefois aux seuls médecins des centres spécialisés), cette liberté étant un préalable indispensable à toute cure selon les psychiatres, qui ne conçoivent pas un traitement psychothérapeutique qui serait imposé* »<sup>99</sup>. C'est sur la base des principes émanant de la loi de 1970, que va se construire le référentiel<sup>100</sup> de la prise en charge

---

<sup>99</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *Les drogues : Approche sociologique, économique et politique*, La Documentation française, Paris, 2004, p. 114

<sup>100</sup> Le terme « référentiel » est un terme de politique publique. Nous retiendrons la définition de Bruno Joubert : « Il dénote une partie de cet ensemble (de valeurs, de croyances et de techniques) : les solutions concrètes qui, réemployées comme modèle ou comme exemple, peuvent remplacer les règles explicites en tant que base de solutions pour les énigmes qui subsistent dans la science normale ». B. JOBERT, « Rhétorique, politique, controverse scientifique et construction de normes : esquisse d'un parcours de recherche », in A. FAURE, G. POLLET et P. WARIN (dir.), *La*

spécialisée. Ce référentiel va se construire autour de valeurs, de croyances et de techniques communes dans la prise en charge des toxicomanes par la société civile.

Le référentiel de la prise en charge des toxicomanes va se construire en réaction à l'enfermement des toxicomanes dans les hôpitaux psychiatriques. Claude Olievenstein, figure emblématique de la prise en charge des toxicomanes, critiqua fermement les méthodes de l'hôpital psychiatrique<sup>101</sup> en considérant que le mode de vie *original* des toxicomanes ne leur permettait pas de s'adapter aux codes du monde hospitalier. Claude Olievenstein reprend les arguments de l'antipsychiatrie, qui perçoit l'hôpital psychiatrique comme une forme de contrôle social des individus et propose de réintégrer les malades mentaux dans la cité. Il crée le centre Marmottan en 1971 pour sortir les toxicomanes de l'institution psychiatrique. Puis se mettent en place entre 1972 et 1974 les premières postcures qui permettront de continuer le travail thérapeutique accompli lors du sevrage en hôpital. « *Durant les premières années de la mise en place du dispositif spécialisé, les toxicomanes sont accueillis de manière informelle dans des centres où se pratiquent des activités socioculturelles. Les professionnels prenant en charge ces toxicomanes sont majoritairement des psychiatres, des infirmiers et des travailleurs sociaux qui rejettent les théories de la psychiatrie classique* »<sup>102</sup>. Ce référentiel nouveau va se construire autour de pratiques professionnelles communes. Au début des années 1980, la lutte contre la toxicomanie se professionnalise. Médecins psychiatres et psychothérapeutes occupent une position dominante. Le cadre d'intervention se centre sur la psychothérapie : « *La psychothérapie d'inspiration psychanalytique constitue alors la technique d'intervention privilégiée pour traiter les toxicomanes, mais hors les murs de l'hôpital et le discours d'inspiration psychanalytique devient progressivement le prisme à travers lequel le comportement du toxicomane est interprété et s'impose comme le discours légitime* »<sup>103</sup>. Parallèlement à la dominante psychanalytique se dessine la nécessité d'un sevrage : « *Le sevrage n'est pas perçu comme une fin en soi, mais comme le préalable à une véritable prise en charge car la parole du toxicomane sous l'emprise du produit est perçue comme non fiable et manipulatrice. L'écoute et l'accompagnement ne suffisant plus, le sevrage vient compléter ce dispositif spécialisé* »<sup>104</sup>. C'est cette nécessité de sevrage préalable qui sera le point de discord majeur avec les tenants du référentiel de la réduction des risques.

C'est donc un référentiel axé autour du sevrage et de la psychothérapie qui va régir le dispositif de soins du début des années 1970 à la fin des années 1980. Ce référentiel commun n'est néanmoins pas exempt de contradictions entre des options stratégiques radicalement opposées.

---

construction du sens dans les politiques publiques. Débat autour de la notion de référentiel, L'Harmattan, Paris, 1996, p. 17

<sup>101</sup> C. OLIEVENSTEIN, *Il n'y a pas de drogués heureux*, Robert Laffont, Paris, 1977

<sup>102</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *op. cit.*, p. 116

<sup>103</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *op. cit.*, p. 117

<sup>104</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *op. cit.*, p. 118

## 2) Des conceptions stratégiques divergentes

Au sein du référentiel de prise en charge spécialisée, plusieurs conceptions stratégiques vont s'opposer. Selon Thilo Alexandre Firchow : « *L'investissement médiatique de cet espace (l'espace de traitement des toxicomanes<sup>105</sup>) est devenu une réalité sociale et le début d'un procès de spécialisation des méthodes et des options en matière de lutte contre les toxicomanies. Il y a eu en parallèle un éclatement des conceptions entre les structures associatives et une multiplication des foyers de contestation entre castes d'intervenants davantage préoccupés de défendre leur façon de voir et de penser que de promouvoir la nécessaire unité de réponse à un phénomène en évolution constante* »<sup>106</sup>. Il est ensuite possible, à la suite de Thilo Alexandre Firchow, de « *regrouper les axes conceptuels existants autour de deux stratégies* »<sup>107</sup>. L'on distinguera dès lors la stratégie *autonomiste* de la stratégie *comportementaliste*.

La stratégie *autonomiste*, autrement qualifiée de *volontariste*<sup>108</sup> par Francis Caballero et Yann Bisiou, travaille autour des concepts de la responsabilisation et d'autonomisation du toxicomane. Ces concepts sont le prolongement naturel des *impératifs*<sup>109</sup> que le référentiel de la prise en charge spécialisée livre au toxicomane. Le caractère volontaire de la cure apparaît ainsi tel un impératif sans quoi le traitement ne pourrait fonctionner. Ce caractère *volontariste* marque la conformité de la stratégie *autonomiste* à un discours d'inspiration psychanalytique. En effet, la stratégie *autonomiste* « *fonctionne en conformité avec les options chères aux psychanalystes* »<sup>110</sup>. La stratégie *autonomiste* est souvent, et à raison, attachée à son *prophète*, le Docteur Claude Olievenstein. L'hôpital Marmottan créé par celui-ci, fait figure d'avant-garde dans le champ du traitement des toxicomanes des années 1970. Son action est fondée sur une relation intense entre le médecin et le toxicomane malade aboutissant sur un arrêt volontaire de la prise du produit. Cette relation, matérialisée par des consultations psychiatriques, est fondée par une forte proximité facilitée par le partage d'*habitus*<sup>111</sup> et de valeurs politico-culturelles post-soixante-huitardes. « *Les techniques d'intervention auprès des toxicomanes ne consistent donc pas à les éduquer, les redresser ou les normaliser mais à établir des relations de confiance pour pouvoir dialoguer, échanger et soulager leur souffrance* »<sup>112</sup>. Mais les stratégies *autonomistes* (ou *volontaristes*) sont des stratégies « *à long terme moins préoccupées de la visibilité de la guérison que de solidité de celle-ci : elles reconnaissent assez facilement un faible pourcentage de réussite* »<sup>113</sup>. Ce faible pourcentage

---

<sup>105</sup> N.D.A.

<sup>106</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie », *RSC* 1987, p. 953

<sup>107</sup> *Ibid.*

<sup>108</sup> F. CABALLERO, Y. BISIYOU, *Droit de la drogue*, Précis Dalloz, 2<sup>e</sup> édition, 2000, p. 592

<sup>109</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *Les drogues : Approche sociologique, économique et politique*, La Documentation française, Paris, 2004, p. 118

<sup>110</sup> T. A. FIRCHOW, *loc. cit.*

<sup>111</sup> Le terme *habitus* est compris dans le sens que Pierre Bourdieu lui a donné : un ensemble de dispositions acquises par l'individu dans le cadre de sa socialisation.

<sup>112</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *op. cit.*, p. 116

<sup>113</sup> T. A. FIRCHOW, *loc. cit.*

de réussite, allié aux effets de l'investissement médiatique de l'espace de traitement exigeant des résultats visibles, qui ont conduits à l'élaboration d'une autre stratégie.

La stratégie *comportementaliste* « est fondée sur l'intégration obligatoire du sujet au sein d'un groupe où le passé n'a pas sa place et le présent moins encore. Le sujet est habillé par l'institution de son mode de vie et de son code de valeurs »<sup>114</sup>. Elle s'organise autour de *communautés thérapeutiques* composées d'un faible nombre de professionnels voire uniquement de toxicomanes ou d'anciens toxicomanes. « La toxicomanie s'est développée rapidement, peu de professionnels souhaitent s'occuper de cette population mal connue. Cette incertitude et cette inquiétude incitent à opter pour des expérimentations diverses. Des expériences originales et peu orthodoxes telles que les croisières du Trois-Mâts du Père Jaouen, La Boëre du Patriarche vont recueillir l'enthousiasme (du moins au début) et bénéficier de conventionnements et de financements publics »<sup>115</sup>. Si l'on peut affirmer que la stratégie *autonomiste* avait pour prophète le Docteur Claude Olievenstein, l'on peut aussi affirmer que la stratégie *comportementaliste* avait pour prophète (sinon pour gourou) Lucien Egelmayer, fondateur du *Patriarche*<sup>116</sup>. Les communautés thérapeutiques adoptent une stratégie divergente de la stratégie *autonomiste*, urbaine et respectueuse de la personne du toxicomane. Elles « visent au contraire à privilégier la protection de la société au détriment de la liberté des malades. Installées en milieu rural et fondées sur une séparation totale entre la drogue et le drogué, elles pratiquent la réhabilitation par le travail et le retour à la nature »<sup>117</sup>. Les résultats des stratégies *comportementalistes* sont plus visibles, mais moins solides : « La guérison est réputée acquise dès que l'on reconnaît à l'individu la capacité de vivre conformément aux options du groupe. Les résultats sont en pourcentage beaucoup plus probants avec cet important correctif : le sujet vit sans drogue mais reste au sein de l'institution qui représente pour lui une sorte de sas de sécurité qui l'enveloppe »<sup>118</sup>. Si les résultats de la stratégie *comportementaliste* sont en trompe l'œil, ce sont ces méthodes dégradantes qui ont justifié sa mise au ban. « Les communautés thérapeutiques, inspirées du modèle américain, dont certains brûlent d'importer les méthodes comportementalistes, faites d'humiliations et de récompenses attribuées selon la conformité au groupe et à ses valeurs supposées, seront officiellement rejetées par les pouvoirs publics, la limitation des places en postcures, en 1978, rendant impossibles les vastes rassemblements des communautés thérapeutiques »<sup>119</sup>.

---

<sup>114</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie », *RSC* 1987, p. 953

<sup>115</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *Les drogues : Approche sociologique, économique et politique*, La Documentation française, Paris, 2004, p. 116

<sup>116</sup> cf. supra

<sup>117</sup> F. CABALLERO, Y. BISIQU, *Droit de la drogue*, Précis Dalloz, 2<sup>e</sup> édition, 2000, p. 592

<sup>118</sup> T. A. FIRCHOW, *loc. cit.*

<sup>119</sup> P. CHAILONICK, « Le dispositif spécialisé, histoire d'une singularité », in R. BOYER, C. CARRY, P. CHAILONICK, J. FREISS, N. GEREY, M. LECAMP, A. ODDOU, G. RAGUIN, I. ROME, *Toxicomanies et lois : Controverses*, L'Harmattan, Paris, 2002, p. 74



La coexistence de ces deux stratégies au sein du référentiel de prise en charge spécialisé crée des conflits et désordonne une politique criminelle déjà désordonnée. Mais ce conflit reste d'ordre stratégique. Avec le passage au référentiel de réduction des risques, l'on assistera à une extension du domaine de la lutte sur le plan idéologique.

## B Un conflit idéologique dans le référentiel nouveau de réduction des risques

Le passage précipité à un référentiel de réduction des risques a donné lieu à un conflit idéologique (1) qui peut être analysé comme le symptôme d'une concurrence entre les traitements (2).

### 1) L'émergence d'un conflit idéologique

Jusqu'au milieu des années 1980, le référentiel qui dominait l'espace de traitement des toxicomanes par la société civile, était le référentiel de prise en charge spécialisée : « *les intervenants en toxicomanie s'accordaient sur l'idée que le sevrage et la psychothérapie d'inspiration psychanalytique constituaient les seules techniques susceptibles de soulager la souffrance des toxicomanes* »<sup>120</sup>. L'apparition de l'épidémie de SIDA au milieu des années 1980, a provoqué un changement de référentiel. En effet, l'épidémie touche très fortement les toxicomanes (héroïnomanes) et leurs partenaires sexuels et l'urgence sanitaire nécessitent très vite d'intervenir dans le champ de la toxicomanie. Déjà une mesure d'échange de seringues avait été prise en 1987<sup>121</sup>, mais cette mesure reste très largement insuffisante, mal appliquée voire détournée par l'action de la police et de la justice qui l'utilise comme moyen de détection et de répression. Une partie de la société civile plaide vigoureusement pour l'adoption d'une politique de réduction des risques sur le modèle hollandais<sup>122</sup>. William Lowenstein pose l'alternative suivante : « *Vaut-il mieux un héroïnomane en voie d'abstinence mais séropositif ou un ex-héroïnomane traité à la méthadone encore séronégatif ?* »<sup>123</sup>. Les militants du collectif « Limiter la casse » soulignent le danger du SIDA pour les toxicomanes : « *Parce qu'une seule injection suffit pour devenir séropositif. Parce que les toxicomanes sont nos enfants, nos conjoints, nos amis, nos voisins. Parce qu'on ne gagnera pas contre le SIDA en oubliant les toxicomanes. Limitons la casse* »<sup>124</sup>. La politique de réduction des risques est finalement admise par les autorités sanitaires dès 1993.

Francis Caballero et Yann Bisiou identifient dans la réduction des risques un fondement sanitaire et un fondement social.

---

<sup>120</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *Les drogues : Approche sociologique, économique et politique*, La Documentation française, Paris, 2004, p. 119

<sup>121</sup> Décret n° 87-328, 13 mai 1987, *JO*, 16 mai 1987, p. 5399

<sup>122</sup> La Hollande avait opté pour le modèle de réduction des risques avant même l'apparition du SIDA dès 1980, C. KAPLAN, P. VAN GELDER, « La politique hollandaise de lutte contre la drogue », in A. EHRENBURG, P. MIGNON (dir.), *Drogues, politique et société*, Descartes, Paris, 1992

<sup>123</sup> W. LOWENSTEIN, « Nécessité d'un débat », *Les Temps modernes*, n° 567, 1993

<sup>124</sup> « Appel de Limiter la casse », *Le Monde*, 19 octobre 1993

Le fondement sanitaire se caractérise par le passage de l'abstinence à la substitution. L'on part du constat que « de nombreux utilisateurs de drogues ne sont pas prêts à s'abstenir comme l'exige la loi, et qu'il faut mettre en place en attendant des outils qui permettent de réduire les risques qu'ils font courir à leur santé et à celle des autres ». Dès lors des programmes d'accès facilité et d'échanges de seringues doivent être mis en œuvre pour contenir les épidémies de SIDA et d'hépatites. « *Si le shoot propre permet de prévenir la diffusion du SIDA ou de l'hépatite, ce qui n'est pas négligeable, il reste que l'injonction d'héroïne frelatée constitue pour les usagers un risque sanitaire majeur, à l'origine notamment des overdoses. D'où l'idée de distribuer non seulement des kits de prévention, mais aussi des produits de substitution, susceptibles de permettre de remplacer l'injection par un autre mode d'administration moins dangereux* »<sup>125</sup>. Les produits de substitution (méthadone et buprénorphine en France) permettent de combler la sensation de manque. L'efficacité de la politique de substitution est conditionnée par un accès aux soins approprié. L'on distingue programmes à *haut seuil* (dont les conditions d'accès sont rigoureuses, c'est le cas en France de la méthadone) et à *bas seuil* (dont les conditions d'accès sont plus lâches, c'est le cas en France de la buprénorphine notamment du Subutex®). « *La vision utopiste fondée sur l'abstinence est dès lors remplacée par une vision pragmatique fondée sur la maintenance ou la stabilisation* »<sup>126</sup>.

Le fondement social de la réduction des risques est lié à la réinsertion du toxicomane. « *Elle résulte d'un double processus qui la conduit dans un premier temps, à cesser de commettre des infractions pour se procurer sa consommation personnelle, puis dans un second temps, à trouver sa place dans la société en tant qu'usager de drogue comme un citoyen ordinaire* »<sup>127</sup>. La réduction des risques implique une évolution dans les représentations du toxicomane. « *Le prisme d'inspiration psychanalytique à travers lequel la question de la toxicomanie était interprétée avait produit une représentation spécifique du toxicomane comme un être suicidaire* »<sup>128</sup>. Avec la réduction des risques, le toxicomane devient un citoyen à part entière *en danger* et *dangereux*. Dans le modèle prohibitionniste, le toxicomane a toujours été un *être dangereux* moralement et en terme de sécurité publique. Dans le modèle de réduction des risques, s'ajoute « *une troisième forme de dangerosité en terme de santé publique* »<sup>129</sup>.

Le passage au référentiel de réduction des risques n'a pas chassé le référentiel classique de prise en charge spécialisé. La superposition de ses deux référentiels a inéluctablement conduit à un conflit idéologique entre des intervenants opérant sur le même espace de traitement mais aux conceptions opposées. L'opposition des intervenants en toxicomanie défenseurs du sevrage et de la psychothérapie se focalise sur les deux mesures fortes de la réduction des

---

<sup>125</sup> F. CABALLERO, Y. BISIQU, *Droit de la drogue*, Précis Dalloz, 2<sup>e</sup> édition, 2000, p. 108

<sup>126</sup> F. CABALLERO, Y. BISIQU, *op. cit.*, p. 109

<sup>127</sup> *Ibid*

<sup>128</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *Les drogues : Approche sociologique, économique et politique*, La Documentation française, Paris, 2004, p. 126

<sup>129</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *op. cit.*, p. 129

risques : la libéralisation de la vente de seringues et la dispensation de traitements de substitution. Pour ces intervenants, la vente libre de seringues est inadaptée à la personnalité du toxicomane, *être suicidaire*, qui ne se préoccupe pas de sa santé et est donc hermétique aux messages de prévention. Cette libéralisation ne ferait que réduire la portée de l'interdiction de la consommation<sup>130</sup>. En ce qui concerne la dispensation de traitements de substitution, les critiques du Docteur Claude Olivenstein résument l'état d'esprit des intervenants. S'inspirant des thèses de Michel Foucault, il estime que les traitements de substitution (notamment à haut seuil comme la méthadone) sont un outil de contrôle social transformant les toxicomanes en « *infirmes médico-légaux* »<sup>131</sup>. Mais il a aussi la crainte de l'abandon de la vision de la dimension psychothérapeutique pour une vision médicalisée que le Docteur Claude Olivenstein critique violemment : « *La venue du SIDA a rassuré. Enfin, nous avons là les stigmates d'une vraie maladie : test, bilan biologique, traitements de prévention et bonne conscience des associations caritatives. Cela a permis la réintroduction du médical* »<sup>132</sup>. En un sens, la vision médicalisée du traitement laisse le toxicomane *en l'état* de sa dépendance. « *Cette thèse (la thèse de la substitution comme vaccin contre la drogue<sup>133</sup>), niant la clinique de l'état de dépendance et la relation dynamique qu'elle implique, réinstalle l'hypothèse métabolique, conforte la conception du toxicomane dans la quête incessante de l'objet tout puissant et discrédite toute évolution de changement* »<sup>134</sup>.

Mais si le conflit idéologique est réel, la question est de savoir s'il n'est pas le symptôme d'une concurrence de traitements.

## 2) La substitution comme traitement concurrent aux traitements existants

Il convient de garder à l'esprit que la lutte contre la toxicomanie est « *un enjeu de pouvoir* »<sup>135</sup>. Tout changement de référentiel ou superposition de référentiel entraîne un déplacement des lignes de pouvoir. « *C'est à la fois une lutte idéologique et une lutte de places* »<sup>136</sup>. Le conflit idéologique, de *fond*, sert, dans chacun des deux camps, à imposer sa « *conception du meilleur traitement à promouvoir et du discours légitime à faire valoir* »<sup>137</sup>. Les tenants de la réduction des risques remettent en cause « *l'expertise et le monopole professionnel des intervenants en toxicomanie, considérés comme les seuls pouvant tenir des*

---

<sup>130</sup> Notons, néanmoins, l'opinion divergente du Docteur Claude Olivenstein sur la vente libre des seringues.

<sup>131</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *Les drogues : Approche sociologique, économique et politique*, La Documentation française, Paris, 2004, p. 127

<sup>132</sup> CRIPS, *Rencontre franco-européenne sur la prévention du SIDA chez les usagers de drogues*, 8-10 février 1994

<sup>133</sup> N.D.A.

<sup>134</sup> P. CHAILONICK, « Substitution : un éternel retour », in R. BOYER, C. CARRY, P. CHAILONICK, J. FREISS, N. GEREY, M. LECAMP, A. ODDOU, G. RAGUIN, I. ROME, *Toxicomanies et lois : Controverses*, L'Harmattan, 2002, p. 181

<sup>135</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie », *RSC* 1987, p. 953

<sup>136</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *op. cit.*, p. 128

<sup>137</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *op. cit.*, p. 127

*discours et produire des représentations légitimes autour de la bonne intervention à mettre en œuvre auprès des toxicomanes »<sup>138</sup>.*

L'analyse de Francis Caballero et Yann Bisiou s'avère particulièrement éclairante : « *Il n'est pas exact de dire que la substitution est incompatible avec l'idéal d'abstinence voulu par la loi. Les autorités officielles estiment au contraire que la stabilisation du toxicomane obtenue grâce à la substitution, n'est qu'une étape vers l'abstinence, dans la mesure où il est démontré que les toxicomanes abandonnent l'héroïne en plus grand nombre que les autres. Envisagée sous cet angle, la substitution ne constitue qu'un traitement concurrent des traitements existants. Un traitement fondé sur la désescalade entre produits, de l'héroïne à la méthadone, de la méthadone au Subutex®, du Subutex® à l'abstinence, en réduisant progressivement la dose d'opiacés à zéro. Une méthode douce aux résultats supérieurs à ceux obtenus par la rigueur du traitement de désintoxication classique »<sup>139</sup>. Mais cette concurrence ne s'exerce en réalité que sur la partie *sevrage* de la désintoxication. La dimension psychothérapeutique du traitement reste essentielle. Elle conditionne la solidité de la désintoxication. Les deux approches peuvent donc se combiner.*

Mais le conflit de pouvoir ne serait pas si âpre si des questions de poste n'étaient pas en jeu. « *À cette évolution du contexte s'ajoute les changements de position des acteurs prenant part au collectif, les meneurs du collectif (Limiter la casse en l'espèce<sup>140</sup>) voient systématiquement la politique de réduction de risques s'implanter et leur position dans le champ toxicomanie-sida devenir ascendante. Lors de la dissolution du collectif en 1997, la plupart sont devenus directeurs de centres »<sup>141</sup>.*

En parallèle aux conflits de politique criminelle liés à l'ouverture à la collaboration de la société civile, l'on discerne un second foyer conflictuel au sein de la politique criminelle de lutte contre la toxicomanie : le conflit entre les sphères sanitaire et judiciaire autour de l'institution des soins obligatoires.

---

<sup>138</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *Les drogues : Approche sociologique, économique et politique*, La Documentation française, Paris, 2004, p. 127

<sup>139</sup> F. CABALLERO, Y. BISIOU, *Droit de la drogue*, Précis Dalloz, 2<sup>e</sup> édition, 2000, p. 115

<sup>140</sup> N.D.A.

<sup>141</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *op. cit.*, p. 128

### LES SOINS OBLIGATOIRES : « L'UTOPIE D'UNE TRIPLE ENTENTE »

« Les mots favorisent l'entente, mais inversement, les mots d'une même langue n'aident guère si l'esprit n'y est pas. »

Denys Chabot, *La Province lunaire*

La loi du 31 décembre 1970 met en place une triangulation de la lutte contre la toxicomanie. La société civile n'est pas forcément exclue de ce triangle, elle n'est juste pas reconnue comme un partenaire naturel. En effet, la politique a été pensée autour de la relation entre deux sphères : la relation entre l'autorité judiciaire et l'autorité médicale. Le toxicomane, « troisième larron »<sup>142</sup>, est tiraillé entre ces deux autorités et sa qualification varie selon l'une ou l'autre. Malade ou délinquant, il devient malade et délinquant lorsque les interventions sont partagées par les deux autorités. Mais ne perdons pas de vue ce qu'écrivait Thilo Alexandre Firchow : « La lutte contre les toxicomanies devient un enjeu de pouvoir »<sup>143</sup>. Le champ de cette lutte est celui des soins obligatoires<sup>144</sup> qui cumule les logiques judiciaires et médicales. C'est sur ce champ qu'éclatent des conflits de politique criminelle probablement insolubles. À ce titre, le titre du XXXIII<sup>e</sup> Congrès français de criminologie semble particulièrement approprié : « Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente »<sup>145</sup>. Cette triple entente est, en effet, une utopie : souhaitée de tous elle restera irréalisable. Le dialogue entre les autorités sanitaires et judiciaires pourrait panser les effets indésirables de cette discorde sans jamais la résorber. Constat désespérant : l'esprit n'y est pas car les logiques sont incompatibles.

Les obligations de soins se retrouvent à plusieurs étapes du chemin judiciaire du toxicomane. Ainsi, voit-on apparaître des injonctions thérapeutiques à tous les stades de la procédure. En amont des poursuites, l'on assiste dès lors à un conflit pré-sententiel lorsqu'une injonction thérapeutique est décidée le procureur de la République (Section 1) et à un conflit post-sententiel lorsqu'une injonction thérapeutique est prononcée par le juge (Section 2).

---

<sup>142</sup> P. THYS, « Collaboration entre justice et santé mentale : vers des soins consentis ? », in P. V. TOURNIER, A. BLANC, P. REMILLIEUX, F. LOMBARD, M. D. BARRÉ, X. LAMEYRE, M. CODRON, A. LEMAÎTRE, L. HOUGARDY, H. TUBEX, P. THYS, XXXIII<sup>e</sup> Congrès français de criminologie : Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente, Dalloz, Paris, 2002, p. 179

<sup>143</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre les toxicomanies », *RSC*, 1987, p. 953

<sup>144</sup> Certains auteurs, à l'instar de Francis Caballero et Yann Bisiou, utilisent également l'expression « traitement obligatoire ». Si le terme « traitement » semble plus restreint que celui de « soin », l'on utilisera les deux expressions indifféremment.

<sup>145</sup> P. V. TOURNIER, A. BLANC, P. REMILLIEUX, F. LOMBARD, M. D. BARRÉ, X. LAMEYRE, M. CODRON, A. LEMAÎTRE, L. HOUGARDY, H. TUBEX, P. THYS, *op. cit.*

## SECTION 1: L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE DU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE, UN CONFLIT PRÉ-SENTENTIEL

Lorsqu'une injonction thérapeutique est prononcée par le procureur de la République, des conflits de politique criminelle surgissent par le recoupement des sphères d'intervention judiciaires et sanitaires (A) et par l'existence de divergences d'ordre éthique (B).

### A- Le recoupement des sphères d'intervention

Le dispositif légal de l'injonction thérapeutique qui prévoyait un système de répartition alternatif (1) a été altéré par un phénomène de surfiltration de l'entrée dans le circuit sanitaire (2) qui a fini par conduire le système à un recoupement des sphères d'intervention.

#### 1) Le dispositif légal de l'injonction thérapeutique : un système alternatif

L'injonction thérapeutique, depuis la loi du 5 mars 2007, a subi quelques bouleversements. Autrefois, l'apanage du seul ministère public, elle peut être à présent prononcée par le juge d'instruction, le juge des enfants, le juge des libertés et de la détention<sup>146</sup>. Lorsqu'un usager de stupéfiant est déféré devant le parquet, le procureur de la République peut lui enjoindre de subir une mesure de soins<sup>147</sup> ou de se placer sous surveillance médicale<sup>148</sup>. L'injonction prononcée est dès lors conçue comme une alternative aux poursuites pour usage de stupéfiants, voire même pour des poursuites annexes (trafic ou autre faits de délinquance). L'injonction prescrite, le procureur de la République informe l'autorité sanitaire compétente<sup>149</sup>, qui procédera à un examen médical par un médecin habilité en qualité de médecin relais<sup>150</sup>. Elle procède également à une enquête sociale de l'usager s'il y a lieu, à la demande du médecin relais le cas échéant. Le médecin relais donne son avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure et en informe l'autorité judiciaire en cas d'avis négatif. S'il appert que l'usager est en état de dépendance physique ou psychologique, le médecin relais l'invitera à se présenter dans un établissement spécialisé de soins aux toxicomanes ou 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<sup>151</sup>. La durée de l'injonction thérapeutique est de 6 mois, renouvelable trois fois selon les mêmes modalités<sup>152</sup>.

---

<sup>146</sup> Avant la loi du 5 mars 2007, ces membres de l'autorité judiciaire avaient un *pouvoir* de prescription d'un traitement. Ce pouvoir est aujourd'hui assimilé à une injonction thérapeutique et suit les mêmes modalités que l'injonction thérapeutique du procureur de la République. V. Art. L. 3424-1 CSP.

<sup>147</sup> La loi du 5 mars 2007 a remplacé l'ancienne *cure de désintoxication* par une *puisque mesure de soins*

<sup>148</sup> Art. L. 3423-1 al. 1 CSP

<sup>149</sup> Art. L. 3413-1 CSP

<sup>150</sup> L'institution du médecin relais est une innovation de la loi du 5 mars 2007. Celui-ci recueille les pouvoirs anciennement confiés à l'autorité sanitaire (la DDASS) et au chef d'établissement ou médecin responsable du traitement. Un décret n°2008-364 du 16 avril 2008 précise les conditions de son action et de sa nomination. Celle-ci se fait sur une liste annuelle faite par le préfet. Au jour d'aujourd'hui, ces listes départementales ne sont pas toutes établies. L'application de la *nouvelle* injonction thérapeutique est donc, transitoirement incertaine.

<sup>151</sup> Art. L. 3413-2 CSP

<sup>152</sup> Art. L. 3424-1 al. 2 CSP

Le médecin relais est chargé de la mise en œuvre de la mesure<sup>153</sup>. L'utilisateur doit faire parvenir au médecin relais un certificat médical attestant de la réalité de la cure ou de la surveillance, et ce dès le début de la prise en charge. L'action publique n'est pas exercée à l'égard des personnes se soumettant à l'injonction thérapeutique qui leur est ordonnée et la suivent jusqu'à leur terme. Le médecin relais informe l'autorité judiciaire de l'évolution de la situation médicale de l'utilisateur. 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.

C'est donc à un système alternatif que renvoie l'injonction thérapeutique telle que les textes l'organisent. « *Au médecin revient la partie soin du programme et les relations avec le Parquet sont organisées par le biais de l'obligation de renseignement au cours de la cure. Si l'objectif de guérison n'est pas atteint le cycle pénal se refermera par la poursuite de l'action publique. A priori le schéma légal est conçu comme un schéma alternatif et l'intérêt de l'analyse porte sur l'état d'équilibre voulu par la loi et les altérations qu'il subit de manière exogène, ce qui génère une réaction endogène conduisant à un nouvel état d'équilibre* »<sup>154</sup>. Ce système alternatif crée une « *primauté aux mesures sanitaires à l'égard des toxicomanes* »<sup>155</sup>. Ça n'est qu'en cas d'échec de celle-ci que la sphère judiciaire reprend en charge le toxicomane. Mais ce système alternatif n'a de sens que si l'entrée dans le circuit sanitaire est ouverte à tous les toxicomanes. Logiquement elle resterait fermée au simple usager de stupéfiants non toxicomane. Les textes restent très larges dans l'accès à l'injonction thérapeutique : tout usager de stupéfiants est susceptible d'en bénéficier<sup>156</sup>, charge au médecin relais, dans son examen médical, de diagnostiquer, ou pas, des syndromes de toxicomanie chez l'utilisateur. Pourtant la pratique des parquets va conduire à une *surfiltration*<sup>157</sup> de l'entrée dans le circuit sanitaire.

## 2) La surfiltration à l'entrée du circuit sanitaire

Le système alternatif qu'est l'injonction thérapeutique est néanmoins *filtré* par la décision du ministère public d'enjoindre, ou non, l'utilisateur à une mesure d'injonction thérapeutique. En effet, l'injonction thérapeutique ne peut avoir de sens qu'à l'encontre d'utilisateurs toxicomanes, c'est-à-dire qui présentent les traits de la figure du *malade* que l'on doit soigner. Or la question de savoir à partir de quel taux d'intoxication l'on est *toxicomane* est une question délicate pour les spécialistes. Pour la toxicomanie, il n'existe probablement pas de diagnostic standardisé : « *On se trouve toujours devant des cas d'espèce* »<sup>158</sup>. *A fortiori*, un tel diagnostic

---

<sup>153</sup> Art. L. 3413-3 CSP

<sup>154</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre les toxicomanies », *RSC*, 1987, p. 952

<sup>155</sup> B. BOULOC, *Pénologie*, Dalloz, 3<sup>e</sup> édition, Paris, 2005, p. 465

<sup>156</sup> Art. L. 3423-1 CSP

<sup>157</sup> T. A. FIRCHOW, *loc. cit.*

<sup>158</sup> J. DELAY, in J. BERNAT DE CELIS, *Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants*, *Déviance et société*, CESDIP, n°54, 1992, p. 114

est quasi impossible pour un membre du ministère public dont ce n'est pas le domaine. Si ce diagnostic est effectué par le médecin relais<sup>159</sup>, il n'en reste pas moins que le procureur de la République *filtre* l'accès à l'injonction thérapeutique selon des critères qui lui sont propres, et avant même de savoir si la personne est dépendante. En effet, le recours à l'injonction thérapeutique est une simple faculté de sa part. Lorsqu'il enjoint l'utilisateur à suivre une injonction thérapeutique, il fait donc le pari qu'il en a besoin. À l'inverse, il fait le pari, qu'il n'est pas dépendant et n'a pas besoin de réponse sanitaire. Les pratiques des Parquets se mettent en place, donnant lieu à une normalisation des conditions d'accès à l'injonction thérapeutique. Ainsi le « *circuit de dérivation vers le réseau médico-social* »<sup>160</sup> décrit par Mireille Delmas-Marty, fonctionne de manière sélective et non systématique. Cette position du ministère public, en amont de la mesure est contestée par la communauté des médecins en ce qu'elle peut être arbitraire : « *Le problème, c'est que le procureur qui donne ou pas l'injonction thérapeutique, le fait selon des critères juridiques et non médicaux* »<sup>161</sup>. Il devient dès lors essentiel de poser une définition commune aux deux circuits sanitaire et judiciaire : « *Il faut s'entendre sur les définitions de la toxicomanie, sinon on risque d'encombrer prisons et hôpitaux d'adolescents qui n'auront rien fait que quelques tentatives semi-clandestines* »<sup>162</sup>.

La politique des Parquets est pourtant allée en sens contraire à cette unité, en distinguant « *entre des catégories fictives de toxicomanes (trafiquant, usager-trafiquant, et usager simple) ceux qui relèvent d'une action pénale de ceux qui pourraient être dirigés vers une action de type médico-sociale, en fonction de leur plus ou moins grande participation à la transmission de la drogue (on n'ose écrire prophylaxie)* »<sup>163</sup>. Dans un premier temps, la pratique des Parquets dans la distribution des injonctions thérapeutiques, était particulièrement confuse et disparate. Des circulaires ont alors tenté, en vain, d'apporter une certaine harmonie. La première approche, celle de la circulaire du garde des sceaux du 17 mai 1978<sup>164</sup>, a été de distinguer selon la dangerosité des produits. L'injonction était alors réservée aux usagers de *drogues dures*, les consommateurs, même massivement abusifs, de marijuana ou de haschich étant exclus du mécanisme de l'injonction thérapeutique. Mais ce système aboutissait à une absurdité : une répression inversement proportionnelle à la dangerosité du produit. C'est pour cela qu'une circulaire du 17 septembre 1984<sup>165</sup> est venue rectifier cela en la simple *mise en garde* à l'égard des usagers de *drogues douces*. Cette même circulaire assimile l'utilisateur-revendeur à l'utilisateur et lui donne accès à l'injonction thérapeutique. La

---

<sup>159</sup> Autrefois par l'autorité sanitaire, c'est à dire la DDASS

<sup>160</sup> M. DELMAS-MARTY, *Les grands systèmes de politique criminelle*, 1<sup>e</sup> éd., PUF, Paris, 1992, p. 184

<sup>161</sup> Dr. S. BALESTER MOURET, adjoint du responsable de l'unité de traitement ambulatoire des maladies addictives, C.P.A., 28 janvier 2009

<sup>162</sup> C. OLIEVENSTEIN, in J. BERNAT DE CELIS, *Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants*, *Déviante et société*, CESDIP, n°54, 1992, p. 114

<sup>163</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre les toxicomanies », *RSC*, 1987, p. 952

<sup>164</sup> Circulaire n°78-08 bis du 17 mai 1978 relative à l'usage de stupéfiant et à l'application de certaines recommandations du rapport de la mission d'étude sur la drogue, *BO Min. just.*, n°8 bis, 1978

<sup>165</sup> Circulaire CRIM n°84-15 du 17 septembre 1984, *BO Min. just.*, n°16, 1984, p. 102



politique officielle change radicalement de cap avec la circulaire du ministère de la Justice du 12 mai 1987<sup>166</sup>. Celle-ci assimile l'usager-revendeur à un trafiquant et abandonne la distinction entre *drogues douces* et *drogues dures* pour basculer dans une distinction entre *usage occasionnel* et *usage d'habitude*. Le candidat à l'injonction thérapeutique est alors « *l'usager d'habitude présentant des signes d'intoxication ou reconnaissant se livrer régulièrement à la consommation de stupéfiants* ». Enfin une circulaire du 28 avril 1995<sup>167</sup> combine dangerosité du produit et fréquence d'usage en considérant qu'il « *conviendrait, à cet égard, que ne fassent l'objet d'injonctions thérapeutiques que les usagers de stupéfiants tels que l'héroïne ou la cocaïne, ou ceux qui s'adonnant au cannabis, en font une consommation massive, répétée ou associée à d'autres produits* ».

Ces différentes tentatives d'harmonisation entre les différentes pratiques des Parquets sont pourtant restées vaines puisque celles-ci restent particulièrement éclatées<sup>168</sup>. Il existe, en effet, un clivage entre les juridictions *urbaines* (typiquement d'Île de France) et les juridictions *rurales*, probablement à cause d'une perception différente du problème de la drogue. « *Il y a vraiment une différence de traitement entre la Province et Paris. En Province, la consommation d'un gramme de haschich va être poursuivie devant le tribunal correctionnel. À Paris, non ! À la limite, il y aura un rappel à la loi si c'est la première fois ou une injonction thérapeutique si c'est en quantité importante et si on a affaire à des personnes déjà répertoriées, il y aura injonction thérapeutique* »<sup>169</sup>.

Si la pratique est éclatée, la tendance des Parquets est d'avoir surtout « *recours à l'injonction thérapeutique avec ceux que l'on nomme les usagers simples* »<sup>170</sup>. Cette fermeture du circuit sanitaire aux autres catégories d'usager procède d'une *surfiltration*<sup>171</sup> du circuit sanitaire par les acteurs du circuit judiciaire. D'un schéma alternatif l'on a basculé à une répartition des interventions : « *La cohabitation juge-médecin s'est orientée vers un partage des espaces de traitement, chaque acteur définissant et bornant de manière spécifique son domaine (la loi les voulait alternant, ils seraient indépendants)* »<sup>172</sup>. Dès lors une cloison quasi étanche s'est érigée entre le circuit judiciaire et le circuit sanitaire, chacun d'eux intervenant de manière indépendante. « *Les domaines d'intervention ont été recoupés par les sphères d'exercice des autorités judiciaires et médicales et le conflit s'est constitué* »<sup>173</sup>.

---

<sup>166</sup> Circulaire CAB n°87-01 du 12 mai 1987, *BO Min. just.*, n°26, 1987, p. 13

<sup>167</sup> Circulaire conjointe DGLDT/CRIM/DGS n°20 C du 28 avril 1995 relative à l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique, *BO Min. just.*, n°58, 1995

<sup>168</sup> V. SAGANT, *Bilan de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutiques*, Ministère de la Justice, 1997

<sup>169</sup> J-C KROSS, avocat général à la Cour d'Appel de Paris, C.P.A, 11 avril 2009

<sup>170</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre les toxicomanies », *RSC*, 1987, p. 952

<sup>171</sup> T. A. FIRCHOW, *ibid.*

<sup>172</sup> T. A. FIRCHOW, *ibid.*

<sup>173</sup> T. A. FIRCHOW, *ibid.*

Mais le recoupement des sphères d'intervention n'est pas la seule source de conflit engendrée par l'injonction thérapeutique. Il en existe un plus profond, qui puise sa source dans les considérations éthiques concernant l'obligation de soin.

## B- L'émergence d'un conflit éthique

Le conflit *éthique* entre la sphère sanitaire et la sphère judiciaire, réside dans l'opposition de principe au concept de traitement imposé (1) et à la difficile articulation entre suivi de l'injonction thérapeutique et respect du secret médical (2).

### 1) Les difficultés liées au principe du traitement imposé

Une des sources principale de conflit entre la sphère sanitaire et judiciaire réside dans le principe même de soin obligé. En effet, un des fondements de l'éthique médicale est le consentement aux soins. Plus particulièrement, la stratégie autonomiste mêlant sevrage et psychothérapie et qui prévaut aujourd'hui en matière de traitement des toxicomanes<sup>174</sup>, va plus loin que le consentement aux soins. « *La majorité des psychiatres et psychologues spécialisés se montre en effet peu favorable à la coercition du traitement* »<sup>175</sup>. La volonté de se désintoxiquer est une des conditions essentielles de la désintoxication : « *La désintoxication nécessite impérativement la coexistence de trois facteurs : un désir précis, solide d'une psychothérapie et non d'une vague cure plus ou moins médicamenteuse, l'accord réfléchi d'un thérapeute spécialisé disponible pour plusieurs années s'il le faut, et l'établissement d'une relation affective très riche à l'inverse de la neutralité bienveillante traditionnelle* »<sup>176</sup>. Il y a donc une opposition, au sein de la communauté médicale, au principe de l'obligation de soin. Celle-ci se lit magnifiquement dans le titre évocateur de l'ouvrage de Jacky Bourillon : « *L'obligation de soins tue le soin* »<sup>177</sup>.

En réalité, pour l'injonction thérapeutique, la question se pose différemment. En effet, elle n'est pas susceptible d'exécution par la contrainte. Il ne s'agit donc pas *stricto sensu*, d'une obligation de soin puisque le toxicomane peut toujours refuser les soins qui lui sont proposés. La question qui se pose est celle de la validité du consentement acquis dans le cadre d'injonction thérapeutique. Selon Aristote, n'est volontaire ni l'acte accompli de force ni celui qui s'accompagne d'ignorance. Or le consentement du toxicomane est emporté sous la menace de l'exercice de poursuites pénales : « *Le refus des mesures prescrites, s'il n'est pas directement sanctionné, expose l'intéressé au déclenchement des poursuites pour usage illicite* »<sup>178</sup>. Ainsi la sanction pénale joue le rôle dans le cadre de l'injonction thérapeutique de menace. Le toxicomane « *doit peser, d'une part, la souffrance, les désagréments prévisibles entraînés par la prison, parmi lesquels la probable privation de drogue, l'incertitude d'une*

---

<sup>174</sup> cf. *supra*

<sup>175</sup> F. CABALLERO, Y. BISIQU, *Droit de la drogue*, Précis Dalloz, 2<sup>e</sup> édition, 2000, p. 583

<sup>176</sup> F. CURTET, « L'incarcération des toxicomanes », *La nouvelle presse médicale*, n° 24, 1978, p. 2183

<sup>177</sup> J. BOURILLON, *L'obligation de soins tue les soins*, L'Harmattan, Paris, 1999

<sup>178</sup> F. CABALLERO, Y. BISIQU, *op. cit.*, p. 586

*assistance médicale appropriée et, d'autre part, la soumission au traitement, avec une éventuelle souffrance et autre conditionnements, notamment s'il ne s'agit pas de la première fois* »<sup>179</sup>. Le choix donné par le procureur de la République est, en réalité, un faux choix, qui guidé par le désir d'éviter tout séjour carcéral, revêt l'aspect d'une obligation.

Cette opposition de principe est communément partagée par les membres de la communauté médicale. Néanmoins les pratiques divergent et nous pouvons observer deux types d'attitudes. Une partie de la communauté médicale refuse catégoriquement de *collaborer avec l'appareil répressif*. « *C'est pourquoi les médecins traitants se refusent généralement à informer le Parquet des interruptions de cure ou de surveillance médicale. Ils ne veulent pas se faire les collaborateurs d'une option répressive qui marquerait l'échec de leur option médicale* »<sup>180</sup>. Ce refus est probablement le résultat d'une différence de culture entre le monde médical et judiciaire. À propos des magistrats avec lesquels il travaille, le Docteur Sylvain Balester Mouret affirme : « *Ce sont des interlocuteurs exigeants et focalisés sur le résultat alors que nous nous sommes attachés aux moyens mis en œuvre* »<sup>181</sup>. « *Finalement un consensus semble s'être forgé dans les pratiques sur la mise en œuvre de l'obligation de soigner : il s'agit pour le soignant d'une obligation de moyen et non d'une obligation de résultat* »<sup>182</sup>. Vue sous cet angle, l'injonction thérapeutique devient une obligation de relation : le centre de soin pouvant se contenter de délivrer une attestation de fréquentation. Dès lors, le consentement aux soins peut être, clandestinement, réintroduit au sein du circuit sanitaire. Une pratique s'est alors développée<sup>183</sup> consistant à ce que le Parquet ne soit informé par la DDASS « *que lorsque l'interruption du traitement peut être considérée comme définitive* » et non seulement temporaire. Depuis la loi du 5 mars 2007 et le décret du 16 avril 2008, la question se pose du maintien de cette pratique. En effet, la figure du médecin relais, choisie par le pouvoir exécutif, semble avoir été créée pour faire œuvre de médiation entre la sphère sanitaire et la sphère judiciaire. En cas d'interruption du suivi, il doit en informer l'autorité judiciaire immédiatement<sup>184</sup>. Aucune distinction n'est *a priori* faite entre l'interruption temporaire et définitive. Une chose est sûre, l'autorité judiciaire peut exercer un contrôle plus serré du suivi de l'injonction thérapeutique. Reste une inconnue : l'attitude du médecin relais. De par sa proximité avec le Parquet, il semble plus enclin à informer l'autorité judiciaire de l'échec

---

<sup>179</sup> A. LOURENÇO MARTINS, « Le placement obligatoire : l'alternative entre prison et obligation de soin », in P. SANSOY, C. AMBROSELLI, R. PADIEU, R. IVES, O. MASAR, I.P. ANOKHINA, E. SVEDBERG, A. L. MARTINS, T. MELLISH, O. SIMON, R. STACHEL, B. GRAVIER, P. STOCCO, A. R. DE VALBUENA, *La toxicomanie, Regard éthique*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 2005, p. 102

<sup>180</sup> F. CABALLERO, Y. BISIOU, *Droit de la drogue*, Précis Dalloz, 2<sup>e</sup> édition, 2000, p. 586

<sup>181</sup> Dr. S. BALESTER MOURET, adjoint du responsable de l'unité de traitement ambulatoire des maladies addictives, C.P.A., 28 janvier 2009

<sup>182</sup> M-D BARRÉ, « Les stupéfiants de l'interdit pénal : l'intérêt clinique contre la santé publique ? », in P. V. TOURNIER, A. BLANC, P. REMILLIEUX, F. LOMBARD, M. D. BARRÉ, X. LAMEYRE, M. CODRON, A. LEMAÎTRE, L. HOUGARDY, H. TUBEX, P. THYS, *XXXIII<sup>e</sup> Congrès français de criminologie : Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, Dalloz, Paris, 2002, p. 117

<sup>183</sup> Pratique reconnue à demi mot par la circulaire du 28 avril 1995 : Circulaire conjointe DGLDT/CRIM/DGS n°20 C du 28 avril 1995 relative à l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique, *BO Min. just.*, n°58, 1995

<sup>184</sup> Avant la loi du 5 mars 2007, en cas d'interruption, c'est le médecin responsable du traitement qui devait informer immédiatement l'autorité sanitaire qui, à son tour, prévenait le Parquet.

d'une injonction thérapeutique. Mais d'un autre côté, il reste avant tout un médecin, lié à son corps par le partage d'une éthique inconnue de l'autorité judiciaire.

Certains praticiens ont appris à s'adapter à la contrainte inhérente à l'injonction thérapeutique pour en faire une chance pour le traitement. « *L'injonction thérapeutique est une mesure médicalement efficace. La menace d'une poursuite peut nous permettre d'éventuellement stimuler un patient et le pousser à continuer le traitement* »<sup>185</sup>. Cette position vaut *a priori* pour tous les autres cas pour lesquels une injonction thérapeutique est prononcée en alternative à la détention (quand elle est ordonnée par le juge d'instruction, le juge des enfants ou encore la juridiction de jugement). Peut-être la *carotte* est-elle plus grosse, lorsque le traitement permet une neutralisation de l'action publique, plutôt qu'une *simple* liberté.

L'opposition de principe des médecins à l'obligation de soins se matérialise par un faible partage des informations pendant la phase de suivi de l'injonction thérapeutique. Pour ne pas s'allier à la répression judiciaire, certes, mais aussi pour protéger l'intégrité du secret médical.

## 2) La difficulté liée au respect du secret médical durant le suivi de l'injonction

La question du secret médical durant le suivi de l'injonction thérapeutique est une question particulièrement délicate. Le secret médical n'est pas seulement une obligation de retenir un secret professionnel, mais un véritable attribut de l'identité de la corporation médicale. C'est à la fois un privilège et un devoir qui prend source dans le serment Hippocrate. Le problème est celui du partage des informations avec les autorités judiciaires. En effet, dans le cadre de l'injonction thérapeutique, la loi dispose : « *Il (le médecin relais<sup>186</sup>) informe l'autorité judiciaire de la situation médicale de l'intéressé* »<sup>187</sup>. C'est le caractère alternatif de l'injonction thérapeutique qui en dépend : le parquet doit rester informé du suivi de son injonction pour, s'il y a lieu, poursuivre l'usager. « *L'obligation de soin pose avec d'autant plus d'acuité la question de la règle du secret médical si l'autorité judiciaire chargée du contrôle de cette obligation est habilitée, non seulement à vérifier le maintien du suivi, mais aussi à s'assurer de sa qualité et de l'absence de difficultés survenues dans son exécution* »<sup>188</sup>.

Or l'exercice du suivi de l'injonction thérapeutique tel qu'il est organisé par l'article 3413-3 CSP, conduit nécessairement le médecin relais, en informant le procureur de la République de la *situation médicale de l'intéressé*, à divulguer des informations protégées par le secret médical. En effet, l'article 4 du Code de déontologie dispose : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions prévues par la*

---

<sup>185</sup> Dr. S. BALESTER MOURET, adjoint du responsable de l'unité de traitement ambulatoire des maladies addictives, C.P.A., 28 janvier 2009

<sup>186</sup> N.D.A.

<sup>187</sup> Art. L. 3413-3 al. 2 CSP

<sup>188</sup> É. ARCHER, *Obligation de soins et secret médical, une exigence éthique essentielle : la réflexion sur les fondements*, in P. V. TOURNIER, A. BLANC, P. REMILLIEUX, F. LOMBARD, M. D. BARRÉ, X. LAMEYRE, M. CODRON, A. LEMAÎTRE, L. HOUGARDY, H. TUBEX, P. THYS, *XXXIII<sup>e</sup> Congrès français de criminologie : Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, Dalloz, Paris, 2002, p. 166

*loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui a été confié mais aussi ce qu'il a vu ou compris* ». Les médecins reprochent souvent aux autorités judiciaires d'être bien peu respectueux du secret médical. À propos des magistrats, le docteur Sylvain Balester Mouret témoigne d'un certain agacement : « *Ces interlocuteurs ont tendance à s'immiscer dans le secret médical. C'est un reproche que je leur fais souvent* »<sup>189</sup>. Par ailleurs, les autorités judiciaires, notamment le procureur de la République, ne peuvent en aucun cas délier le médecin de son secret. Il y a, en la matière, une jurisprudence constante : « *Cette obligation établie pour assurer la confiance nécessaire à l'exercice de certaines professions ou certaines fonctions, s'impose aux médecins, comme un devoir de leur état ; qu'elle est générale et qu'il n'appartient à personne de les en affranchir* »<sup>190</sup>. En réalité, les médecins perçoivent le secret médical non comme un privilège qui leur est du, mais comme la condition *sine qua non* de soins de qualité. Pour rendre compte de cette nécessité médicale, Bernard Hoeni écrivait « *En somme, il n'y a pas de soins de qualité sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret* ».

La circulaire du 9 mai 2008 est assez laconique sur la manière de concilier secret médical et suivi de l'injonction thérapeutique. Tout juste se borne-t-elle à rappeler l'existence du secret médical : « *Le médecin relais procède ensuite aux examens médicaux au troisième et sixième mois de la mesure. À l'issue de chaque examen, il établit un rapport, adressé à l'autorité judiciaire ayant ordonné la mesure, par lequel il décrit l'évolution de la situation médicale de l'intéressé, sous réserve du secret médical, de la régularité du suivi et du type de mesure de soins ou de surveillance mis en place. Si l'autorité judiciaire décide de mettre fin à une injonction thérapeutique, elle doit alors en informer le préfet et le médecin relais* »<sup>191</sup>. Au final, le respect du secret médical dépend des *bonnes pratiques* du procureur de la République. Certains adoptent une attitude très respectueuse, ce qui conduit à un contrôle superficiel de la mesure : « *Je suis époux de médecin, donc cela m'aide à comprendre le secret médical. Pour moi, le problème n'était pas de savoir si la personne était guérie ou pas, mais si l'injonction thérapeutique qui a été ordonnée, a été respectée oui ou non. Mais je ne demandais pas au médecin si la personne était guérie ou pas, le renseignement que je devais avoir n'était pas d'ordre médical. Je voulais savoir si le médecin l'avait vu, combien de fois et si le suivi a été sérieux et je ne pose pas de questions autres que celles-là* »<sup>192</sup>.

L'injonction thérapeutique du procureur crée donc, en plus du recoupement des domaines d'interventions, un véritable conflit éthique. Ce conflit éthique se retrouve, pour partie, pour les injonctions thérapeutiques prononcées par la juge. Mais pour celles-ci se superpose un second conflit post-sententiel.

---

<sup>189</sup> Dr. S. BALESTER MOURET, adjoint du responsable de l'unité de traitement ambulatoire des maladies addictives, C.P.A., 28 janvier 2009

<sup>190</sup> Crim., 8 mai 1947

<sup>191</sup> Circulaire de la DACG 2008 - 11 G4/ du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances

<sup>192</sup> J-C KROSS, avocat général à la Cour d'Appel de Paris, C.P.A, 11 avril 2009

## SECTION 2 : L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE PRONONCÉE PAR LE JUGE, UN CONFLIT POST-SENTENTIEL

Lorsque l'injonction thérapeutique est prononcée par le juge, des conflits de politique criminelle apparaissent. La diversité des situations à l'occasion desquelles le juge peut prononcer une injonction thérapeutique, fait varier la politique criminelle de lutte contre la toxicomanie, en fonction des représentations de l'injonction thérapeutique prononcée par le juge, d'un interdit sans peine à une peine sans interdit (A). Ensuite, lorsque le toxicomane est traité en milieu carcéral, l'on assiste à l'impossibilité de lier la peine avec le traitement (B).

A- Les différentes représentations de l'injonction thérapeutique : D'un interdit sans peine à une peine sans interdit

Lorsque le juge prononce une injonction thérapeutique en tant qu'alternative aux poursuites, la politique criminelle de lutte contre la toxicomanie tend vers l'élaboration d'un interdit sans peine (1). À l'inverse, lorsque le juge prononce une injonction thérapeutique en tant que peine, la politique tend à la création d'une peine sans interdit (2).

1) L'injonction thérapeutique « alternative aux poursuites » : l'outil d'un interdit sans peine

Dans une chronique intitulée « *Les fonctions de la peine et la toxicomanie* »<sup>193</sup>, Christine Lazerges plaide en faveur de la promotion en matière d'usage de stupéfiant d'un *interdit sans peine*. L'incrimination est nécessaire à la réponse étatique mais peut se concevoir sans le prononcé d'une peine. « *Ceci étant, si l'on admet la réponse ou des réponses étatiques, cela suppose-t-il réponse pénale, incrimination et prononcé d'une peine ? Oui, en ce qui concerne l'incrimination, aurais-je tendance à dire, dans la mesure où l'on croit à la fonction expressive du droit pénal, expressive d'interdits qui auraient un rôle pédagogique. L'interdit de l'usage de stupéfiants serait en quelque sorte un repère, une balise, une glissière de sécurité, ou un kern aperçu seulement ou heurté de plein fouet au cours du développement de la personnalité, et de ce parcours d'obstacles qu'est souvent le chemin de l'insertion* »<sup>194</sup>. Sans nécessairement aboutir au prononcé d'une peine, « *la constatation de l'infraction d'usage de stupéfiant peut être l'occasion d'une intervention pour comprendre le sens de ce comportement, et si besoin est d'orienter l'intéressé* »<sup>195</sup>. L'injonction thérapeutique du procureur de la République est un outil évident pour dire l'interdit sans peine. La force de l'interdit n'est en rien atténuée par l'abandon des poursuites. Dès lors la constatation de

---

<sup>193</sup> C. LAZERGES, « Les fonctions de la peine et la toxicomanie », *RSC*, 1988, p. 857 et s.

<sup>194</sup> C. LAZERGES, *op. cit.*, p. 863

<sup>195</sup> C. LAZERGES, *ibid.*

l'infraction permet une intervention médico-sociale volontaire du toxicomane<sup>196</sup>. Lorsque l'injonction thérapeutique est donnée par le juge, la force de cet interdit sans peine, notamment après la loi du 5 mars 2007<sup>197</sup>, est atténuée.

La réforme de la loi du 5 mars 2007 a généralisé l'institution de l'injonction thérapeutique à tous les stades de la procédure. Si elle peut être utilisée classiquement par le procureur de la République en alternative aux poursuites<sup>198</sup>, elle peut désormais être utilisée par le juge du siège alors que des poursuites pour usage illicite de stupéfiants ont été engagées. Ce type de pouvoir n'est pourtant pas nouveau puisque le code de la santé publique prévoyait la possibilité pour le juge d'instruction, le juge des enfants et le juge de la liberté et de la détention d'ordonner une cure de désintoxication ou une mesure de surveillance médicale. La juridiction de jugement pouvait, elle aussi, ordonner à divers titres un traitement aux toxicomanes qui lui sont déférés. À présent, le régime des obligations de traitement ordonnées par le juge est fondu dans celui de l'injonction thérapeutique. Ainsi l'injonction thérapeutique enjointe par le juge d'instruction, le juge des enfants ou le juge des libertés et de la détention, est prévue à l'article L. 3424-1 CSP. L'injonction thérapeutique prononcée par la juridiction de jugement est, elle, prévue aux articles L. 3425-1 et L. 3425-2 CSP. Malgré leurs ressemblances, injonctions du juge et injonction du procureur de la République n'ont pas la même signification en terme de politique criminelle. L'injonction thérapeutique du procureur est une alternative aux poursuites. Son exécution entraîne l'abandon des poursuites pour usage illicite de stupéfiant, voir même pour d'autres délits associés, par exemple, à la recherche du produit. Lorsque le juge d'instruction, le juge des enfants ou le juge des libertés et de la détention ordonne une injonction thérapeutique, celle-ci n'a pas les effets d'une alternative aux poursuites. En effet, un des effets de la réforme de la loi du 5 mars 2007 est l'abrogation des articles L. 3424-2 à L. 3424-5 CSP. L'ancien article L. 3424-2 CSP prévoyait notamment que si la mesure ordonnée (cure de désintoxication ou surveillance médicale) était correctement exécutée, la juridiction saisie ne pourrait plus prononcer de peines pour usage illicite. *« On retrouve à cette occasion la règle classique de l'abandon des poursuites en échange de la soumission au traitement, mais elle joue cette fois de façon moins avantageuse. Elle n'entraîne pas la clôture de l'information, qui peut se poursuivre pour d'autres délits connexes comme l'incitation ou le trafic. Le décret de 1971 précise en effet que la cure ordonnée ne fait pas obstacle au déroulement de l'instruction. L'exécution de l'ordonnance peut parfaitement se prolonger après sa clôture jusqu'au jugement définitif »*<sup>199</sup>. Les mêmes effets étaient donnés à l'astreinte donnée par la juridiction de jugement lorsqu'elle prolongeait les effets de l'ordonnance du juge d'instruction. Depuis la loi du 5 mars 2007 et l'abrogation des articles L. 3424-2 à L. 3424-5 CSP, l'abandon des poursuites reste donc incertain.

---

<sup>196</sup> Avec toutes les réserves que l'on peut formuler à propos de la validité du consentement dans le cadre des soins obligés. cf. *supra*.

<sup>197</sup> Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, *J.O.*, n° 56, 7 mars 2007

<sup>198</sup> cf. *supra*

<sup>199</sup> F. CABALLERO, Y. BISIQU, *Droit de la drogue*, Précis Dalloz, 2<sup>e</sup> édition, 2000, p. 588

L'article L. 3425-2 CSP dispose que la soustraction à l'exécution d'ordonnances du juge prononçant une injonction thérapeutique est punie des peines prévues aux articles L. 3421-1 CSP (qui sanctionne l'usage de stupéfiants) et L. 3425-1 CSP (qui permet au juge de prononcer une injonction thérapeutique à titre de peine complémentaire). Ainsi, pour le toxicomane, « *si le traitement ordonné n'est pas suivi, la peine est au bout du chemin* »<sup>200</sup>.

## 2) L'injonction thérapeutique « peine » : la création d'une peine sans interdit

Lorsque l'injonction thérapeutique permet une alternative aux poursuites, la politique criminelle de lutte contre la toxicomanie fonctionne comme si l'injonction avait été prononcée par le procureur de la République. Elle en embrasse les mêmes conflits. Par contre, un conflit supplémentaire s'ajoute au stade post-sentenciel dès lors que l'injonction thérapeutique est prononcée en tant que peine.

Savoir si l'injonction thérapeutique est une peine est une question épineuse en soit. L'injonction thérapeutique prononcée par le juge relèverait pour certains, comme Frédéric Desportes et Francis Le Gunehec, de la mesure de sûreté et non de la peine : « *En revanche, dans certains cas, la loi autorise les juridictions pénales à enjoindre à l'auteur des faits de subir un traitement médical. Une telle décision ne constitue certainement pas une peine, mais une mesure de sûreté* »<sup>201</sup>. Bernard Bouloc classe les mesures thérapeutiques dans « *Les mesures de sûreté à prédominance rééducative* »<sup>202</sup>. Il est vrai que « *la peine stricto sensu devrait être distinguée de la mesure thérapeutique, éducative ou de sûreté. La peine ne serait alors que le regard tourné par le juge sur le passé, alors que la mesure se présenterait comme une précaution pour l'avenir* »<sup>203</sup>. En effet, la mesure de sûreté fait parti de ces réponses étatiques en prévention des actes d'un individu *dangereux* : « *Cette réaction de protection préventive appelle un traitement du délinquant, responsable ou non, s'il se trouve en état dangereux, c'est-à-dire s'il y a une probabilité majeure d'infraction à redouter de sa part. Les mesures de sûreté sont des mesures individuelles coercitives, sans coloration morale, imposées à des individus dangereux pour l'ordre social afin de prévenir des infractions que leur état rend probables. Leur but est essentiellement de prévention, et nullement de rétribution ni d'intimidation (quoique certaines produisent un effet intimidant)* »<sup>204</sup>. En réalité, la distinction entre peine et mesure de sûreté est difficilement décelable en droit positif. « *Le droit positif français utilise de nombreuses mesures de sûreté, mais peu sont officiellement reconnues et organisées comme telles* »<sup>205</sup>. De plus, la perception de l'injonction thérapeutique lorsqu'elle est prononcée par un juge, sans qu'elle puisse être une alternative aux poursuites, est perçue par le toxicomane comme une véritable *peine*<sup>206</sup>. « *Cette distinction*

---

<sup>200</sup> F. DESPORTES, F. LE GUNEHEC, *Droit pénal général*, Economica, 15<sup>e</sup> édition, 2008, p. 796

<sup>201</sup> F. DESPORTES, F. LE GUNEHEC, *ibid.*

<sup>202</sup> B. BOULOC, *Pénologie*, Précis Dalloz, 3<sup>e</sup> édition, 2005, p. 44

<sup>203</sup> C. LAZERGES, « Les fonctions de la peine et la toxicomanie », *RSC*, 1988, p. 863

<sup>204</sup> B. BOULOC, *op. cit.*, p. 42

<sup>205</sup> B. BOULOC, *ibid.*

<sup>206</sup> Au sens étymologique du terme, c'est à dire une *douleur*.



*doctrinale n'est validée ni par les textes même du code pénal, ni par les délinquants eux-mêmes dans leur perception de la sanction prononcée* »<sup>207</sup>.

Dans certains cas, l'injonction thérapeutique est explicitement une peine. En effet, l'article L. 3425-1 CSP, en sa nouvelle rédaction issue de la loi du 5 mars 2007, dispose : « *La juridiction de jugement peut, à titre de peine complémentaire, astreindre les personnes ayant commis le délit prévu par l'article L. 3421-1 à se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique, selon les modalités définies aux articles L. 3413-1 à L. 3413-4* ». L'article L. 3425-1 CSP en assure la sanction du défaut d'exécution de l'injonction : « *Le fait de se soustraire à l'exécution de la décision ayant ordonné une injonction thérapeutique est puni des peines prévues aux articles L. 3421-1 et L. 3425-1. Toutefois, ces sanctions ne sont pas applicables lorsque l'injonction thérapeutique constitue une obligation particulière imposée à une personne qui a été condamnée à une peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve ou du sursis assorti de l'obligation d'accomplir un travail d'intérêt général* ». Les hypothèses envisagées par l'alinéa 2 de l'article L. 3425-2 se rapportent aux cas dans lesquels l'injonction thérapeutique est utilisée comme alternative à l'emprisonnement dans la phase de l'application des peines. En dehors de ces cas, l'injonction thérapeutique prononcée par la juridiction de jugement a les atours d'une véritable peine, dont l'inexécution constitue un délit à part entière. Il n'y a pas d'alternative pour le toxicomane que l'on condamne à se soigner.

Cette situation pourrait être envisagée par les tenants du mouvement de la Défense Sociale Nouvelle comme une concrétisation de l'idéal d'une peine *resocialisatrice* et non affligeante. Le problème est que l'injonction thérapeutique envisagée comme une peine est entièrement contraignante. Elle ne laisse pas de place au choix du toxicomane qui condamné devra suivre son traitement comme on purge sa peine, c'est-à-dire à reculons. La place laissée au consentement médicale étant inexistante, les médecins en charge de la cure ont du mal à soigner le toxicomane. « *La différence avec l'obligation de soins quand elle est prononcée en tant que peine, c'est que le patient se désintéresse de son traitement. Il fait signer sa fiche de présence mais il est difficile pour nous de construire quelque chose. Pour lui, la justice est déjà passée* »<sup>208</sup>. Les mesures de resocialisation imposées dans le cadre d'une peine semblent donc contre-productives. « *La seule interprétation du souci d'amendement puis de réinsertion qui puisse être acceptable en démocratie implique que les modalités de la resocialisation tentée ne soient pas imposées, mais proposées, rappelle Marc Ancel* »<sup>209</sup>. De surcroît, la peine, réponse étatique à une infraction par excellence, est ici une mesure sanitaire. La juridiction de jugement répond donc à l'infraction comme si elle était une simple déviance. L'interdit pénal semble donc atténué par une telle confusion. D'un système prévoyant des outils alternatifs

---

<sup>207</sup> C. LAZERGES, « Les fonctions de la peine et la toxicomanie », *RSC*, 1988, p. 859

<sup>208</sup> Dr. S. BALESTER MOURET, adjoint du responsable de l'unité de traitement ambulatoire des maladies addictives, C.P.A., 28 janvier 2009

<sup>209</sup> C. LAZERGES, *op. cit.*, p. 861

prônant un *interdit sans peine*, il semble que nous ayons basculé avec la loi du 5 mars 2007, dans un système d'une *peine sans interdit*. Les réticences médicales à signaler une déficience du suivi de l'injonction thérapeutique ne se résorberont pas. Loin de là. Il est douteux que le corps médical soit prêt à assumer la mission d'appliquer les peines. Il est probable que la réticence naturelle des médecins à ne pas vouloir communiquer avec les acteurs judiciaires ne se résorbera pas. Peut-être même s'accroîtra-t-elle, créant par la même occasion un conflit post-sentenciel dans la politique criminelle de lutte contre la toxicomanie. Mais ce conflit post-sentenciel n'est pas unique et il convient de traiter du traitement du toxicomane en milieu carcéral.

## B- Le traitement du toxicomane incarcéré : l'impossibilité de lier peine et traitement

Le traitement des toxicomanes en milieu carcéral paraît impossible. Si un dispositif de prise en charge existe, il se révèle insuffisant et inégal (1) ce qui crée un éclatement de l'offre de soins. Entre autres, l'accès aux traitements de substitution est particulièrement inégal (2).

### 1) Un dispositif de prise en charge éclaté et insuffisant

Dans le rythme de vie cyclique et routinier du toxicomane, l'incarcération peut être une chance de prendre un nouveau départ et entamer une désintoxication. Deux types de détenus peuvent être demandeur d'un traitement en milieu carcéral : ceux qui se sont vus enjoindre une injonction thérapeutique en tant que peine complémentaire de leur peine d'emprisonnement<sup>210</sup> ou ceux qui, ayant été poursuivi et condamné pour un autre délit, présente une addiction aux stupéfiants. On estime à 34,7 %<sup>211</sup> le pourcentage des détenus qui présente un problème de toxicomanie (tous produits confondus). Le dispositif de prise en charge qui leur est offert est largement insuffisant et en proie à un véritable manque de coordination entre les multiples acteurs.

La prise en charge est particulièrement éclatée en milieu carcéral. Les services sanitaires en milieu carcéral sont sous la tutelle du Ministère de la Santé et sont rattachés à un établissement public hospitalier. Le suivi somatique est assuré par les UCSA, le suivi psychologique et social par les CSST. Le CSST est lui-même une unité fonctionnelle du SMPR. Il faut aussi prendre en compte l'action des CISIH dans le domaine du SIDA et celui des associations. Or comme note le rapport Pradier<sup>212</sup>, la multiplicité des acteurs de lutte contre la toxicomanie est contre-productive.

Mais si l'offre de soins est particulièrement éclatée, elle est aussi largement insuffisante. Le constat est unanime et les promesses d'amélioration régulières. En 2000, la France s'était

---

<sup>210</sup> Art. 3425-2 CSP

<sup>211</sup> DRESS, *La santé des personnes entrées en prison en 2003*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Etudes et résultats, n°386, Paris, 2005

<sup>212</sup> P. PRADIER, *La gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 : documents, visites, entretiens et réflexions*, Ministère de la Justice, Paris, 1999

engagée auprès de l'Union Européenne d'ici 2004 à « offrir aux détenus des possibilités de soins médicaux comparables à celles offertes hors de prison »<sup>213</sup>. Une note interministérielle du 9 août 2001 fixe les orientations relatives à la prise en charge des personnes incarcérées ayant des problèmes d'addiction. Mais un bilan de l'application de cette note a été dressé en 2004 par l'OFDT et montre que les engagements sont restés lettre morte. Des déclarations d'objectifs et de bonnes intentions ont été faites par les ministères de la Santé et de la Justice en 2004<sup>214</sup>, et par la MILDT en 2004<sup>215</sup> et en 2008<sup>216</sup>, mais peu d'efforts ont été fournis concrètement. Aujourd'hui le constat reste désespérant, seul 6,3 % des entrants en prison sont orientés vers une consultation spécialisée. Le *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011* explique les raisons de l'insuffisance du dispositif : « Or, il existe des freins à l'accès au traitement (extraction de la prison pour consultations d'hépatologie et/ou hospitalisation pour biopsie hépatique). Le délai de mise en route des traitements (8,3 mois en 2006) devrait permettre pour certains détenus le suivi de la totalité ou presque de leur traitement. Des difficultés d'hébergement et de continuité des soins à la sortie de prison demeurent, notamment dans les maisons d'arrêt. L'existence d'une unité par région pénitentiaire répondant à ces besoins permettrait de dynamiser le projet de réinsertion »<sup>217</sup>. Les propositions faites par le plan se cantonnent pourtant qu'à la difficile mise en œuvre de la note interministérielle du 9 août 2001. En attendant la mise en œuvre de ces propositions, le dispositif de prise en charge reste éclaté et largement insuffisant. Mais les conflits de politique criminelle dans la prise en charge des toxicomanes en milieu carcéral se retrouvent aussi dans l'inégal accès des détenus aux traitements de substitution.

## 2) Un accès inégal aux traitements de substitution

L'accès des détenus toxicomanes aux traitements de substitution est prévu depuis les circulaires du 3 avril 1996<sup>218</sup> et du 5 décembre 1996<sup>219</sup>. Deux produits sont distribués au titre des traitements de substitution : la méthadone et le Subutex®. La prescription et le suivi de ces traitements sont assurés par les CSST, SMPR ou encore les USCA. Mais le traitement de substitution est très inégal entre les différents établissements.

---

<sup>213</sup> Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Objectif Drogues : Traiter les usagers problématiques de drogues en milieu carcéral: un élément clé pour la promotion de la santé et la réduction de la criminalité*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Bruxelles, 2003, p. 1

<sup>214</sup> Ministère de la Santé, Ministère de la Justice, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, Paris, 2004

<sup>215</sup> MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008*, La documentation française, Paris, 2004, p. 55

<sup>216</sup> MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*, La documentation française, Paris, 2008, p. 67

<sup>217</sup> MILDT, *ibid.*

<sup>218</sup> Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes

<sup>219</sup> Circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus du VIH en milieu pénitentiaire

La distribution des traitements de substitution est très inégalitaire entre les différents établissements. La prescription d'au moins un traitement de méthadone n'est assurée que dans 74 % des établissements. « *Neuf établissements pénitentiaires représentant 20 % de la population carcérale prescrivent à eux seuls 33,1 % des traitements de substitution, l'un d'entre eux en assure 10,8 %* »<sup>220</sup>.

Cette disparité est le résultat d'un manque de coordination au plan national mais aussi d'une opposition de principe de certains médecins aux traitements de substitution. Cette opposition se retrouve aussi en milieu ouvert<sup>221</sup> mais la conséquence y est moins dramatique qu'en milieu carcéral car le choix du soignant y est beaucoup large. Certains médecins développent en milieu carcéral une stratégie de sevrage plus rigoureuse comme celle par exemple de ce médecin de l'UCSA : « *En cas de substitution, je contacte le prescripteur pour contrôler la véracité du traitement, puis je diminue de moitié la posologie et j'arrête en 4 à 5 mois* »<sup>222</sup>.

L'éclatement des pratiques en matière de traitements de substitution en milieu carcéral est à l'image de l'éclatement des pratiques dans la prise en charge. Sans coordination au plan national et sans volonté politique, il est certain que ces conflits de politique criminelle perdureront.

## CONCLUSION DE LA PARTIE 1

L'éclatement de la politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie se focalise sur deux pôles. L'ouverture à la collaboration de la société civile a été faite à différents stades de la politique criminelle sous le contrôle de l'État et dans la crainte d'une trop forte autonomisation. Les réponses sociétales se caractérisent par leur éclatement. Certaines d'entre elles sont objectivement en conflit. Parallèlement aux réponses sociétales, le système hérité de la loi de 1970 crée une triangulation entre le circuit sanitaire, le circuit judiciaire et le toxicomane. Cette triangulation prend forme autour de l'institution des soins obligatoires. Se superposent alors un conflit présentiel et un conflit postsentiel. Lorsque le procureur de la République décide d'une mesure d'injonction thérapeutique, un conflit se produit de part le recoupement des sphères d'intervention judiciaire et sanitaire mais aussi sur le plan éthique. Lorsque le juge décide d'une injonction thérapeutique, un conflit supplémentaire va émerger de part l'incertitude de la représentation de l'injonction thérapeutique (alternative ou peine) et par l'impossibilité de traiter en purgeant sa peine. À ces conflits, qui dépassent la simple composante de lutte de pouvoir, il est nécessaire de trouver une solution. Ainsi faut-il partir à la recherche d'un consensus.

---

<sup>220</sup> Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*, DGS/DHOS, Paris, 2004

<sup>221</sup> cf. *supra*

<sup>222</sup> S. SIROT, *Faire face à la toxicomanie en milieu carcéral. Mise en œuvre de la politique de santé publique : les actions menées dans l'Oise*, Mémoire de l'École nationale de la santé publique, Rennes, 2003

## **PARTIE 2**

---

### **LA RECHERCHE D'UN CONSENSUS AUTOUR D'UNE POLITIQUE CRIMINELLE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE**

Face aux conflits de politique criminelle, il a fallu rechercher un consensus. « *L'absolue nécessité d'une réponse à la drogue* » commande cette recherche car une politique criminelle minée par des conflits est vouée à l'échec. Cette recherche s'avère particulièrement difficile. Le consensus n'apparaît pas immédiatement mais par expériences. Dans un premier temps on a voulu agir sur la personne du toxicomane à travers une politique criminelle objective (Chapitre 1), en vain. Face à l'échec de la politique criminelle objective, la politique criminelle participative de lutte contre la toxicomanie (Chapitre 2) semble promouvoir une certaine forme de consensus.

### L'OBJECTIVATION DE LA POLITIQUE CRIMINELLE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

*« Aaron lui posera les deux mains sur la tête et confessera à sa charge toutes les fautes des Israélites, toutes leurs transgressions et tous leurs péchés. Après en avoir ainsi chargé la tête du bouc, il l'enverra au désert sous la conduite d'un homme qui se tiendra prêt, et le bouc emportera sur lui toutes leurs fautes en un lieu aride ».*

Lévitique XVI : 21-22

Le diagnostic des conflits de politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie peut nous conduire à penser que la source de ces conflits réside dans la notion même de toxicomanie. *« Le principal obstacle à l'édification d'une stratégie de lutte contre les toxicomanies provient de l'ambiguïté même de ce concept »*<sup>223</sup>. La toxicomanie est en soit un concept quasiment insaisissable dans sa définition, il l'est probablement encore plus sous une optique de politique criminelle. La toxicomanie est une infraction mais aussi une maladie. Pour Mireille Delmas Marty, elle *« relève davantage de la catégorie des déviances au sens étroit défini ici de conduite, situation ou état de non-conformité à la normalité, à la moyenne des comportements, plutôt que d'un écart à la normativité, donc d'une véritable infraction »*<sup>224</sup>. Or une politique criminelle saine nécessite un choix dans la définition de la cible de cette politique. *« L'usager de drogues se voit investit d'une multiplicité de définitions de lui même (les siennes autant que celles d'autrui) et voit sans cesse son sort lié à la prééminence de l'une ou de l'autre de ces définitions »*<sup>225</sup>. L'objectivisation de la politique criminelle, ou la création d'un bouc émissaire toxicomane, est une des façons de promouvoir le consensus. *« Une solution peut consister à marquer le concept de toxicomanies en refermant sur lui une qualification précise et unique : infraction ou maladie. Dès lors un processus de traitement peut se trouver induit en fonction d'une cible bien déterminée (et surdéterminée), au prix d'une objectivisation de la personnalité du toxicomane puisque son schéma de base ne peut par essence être enfermé dans un cadre unique »*<sup>226</sup>.

La tentation a donc pu être de surdéterminer explicitement la population toxicomane (Section 1) et ce même s'il existe déjà des mécanismes internes de surdétermination (Section 2).

---

<sup>223</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie », *RSC*, 1987, p. 953

<sup>224</sup> M. DELMAS-MARTY, *Les grands systèmes de politique criminelle*, 1<sup>re</sup> édition, PUF, Paris, 1992, p. 182

<sup>225</sup> M-S. DEVRESSE, *Usagers de drogues et justice pénale : Construction et expériences*, Larcier, De Boeck, Bruxelles, 2006, p. 62

<sup>226</sup> T. A. FIRCHOW, *loc. cit.*

## SECTION 1 : LA TENTATION D'UNE SURDÉTERMINATION EXPLICITE DE LA POPULATION TOXICOMANE

La surdétermination de la population toxicomane apparaît comme une nécessaire objectivisation de la personnalité du toxicomane (A) dont le support est une politique répressive (B).

A- La nécessaire objectivisation de la personnalité du toxicomane

L'objectivisation de la personnalité du toxicomane apparaît nécessaire par l'ambiguïté naturelle de celle-ci (1) et par la superposition des modèles de politique criminelle qu'elle suppose (2).

1) Le toxicomane : figure ambiguë et insaisissable

La toxicomanie est un concept ambigu<sup>227</sup>. Le toxicomane *sujet* de sa toxicomanie, se trouve nécessairement teinté, vis-à-vis de la société, de la même ambiguïté. *Héritier des anciens boucs émissaires*<sup>228</sup> et *centre d'intervention et d'investissement*<sup>229</sup>, il est ce que ceux qui interviennent sur lui veulent bien y voir. La question n'ayant jamais réellement été tranchée<sup>230</sup>, ce sont les interventions sur le toxicomane qui l'on définit. Pour Thilo Alexandre Firchow, à la suite de Daniel Sibony, la toxicomanie serait *a priori*, à l'instar de l'alcoolisme, de l'anorexie ou du terrorisme, une *perversion*<sup>231</sup>. Elle serait une véritable *loi narcissique* consistant à *détruire l'autre à travers soi*<sup>232</sup>. « *La drogue est rejet des valeurs traditionnelles, refus de tout ce qui est institutionnel, mais bien plus encore une fin en soi, une fin de soi* »<sup>233</sup>. Le toxicomane est frappé d'une ambiguïté persistante modulée par une ambiguïté fluctuante.

L'ambiguïté persistante du toxicomane est celle qui gravite autour de la dichotomie *maladie/infraction* concernant la toxicomanie. Comme les deux faces d'une même médaille, le toxicomane reste attaché à cette dichotomie. La source de cette dichotomie est à rechercher dans la structure de la personnalité du toxicomane « *qui procède à la fois de la recherche d'une souffrance et d'une attitude de transgression* »<sup>234</sup>. Le toxicomane est alors *malade* et *délinquant*. Cette structure binaire conditionne la personnalité du toxicomane dans son rapport à la société. Il est en effet à la fois un *sujet passif*<sup>235</sup> subissant sa maladie et un *sujet actif* se

---

<sup>227</sup> cf. *supra*

<sup>228</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie », *RSC*, 1987, p. 951

<sup>229</sup> T. A. FIRCHOW, *ibid.*

<sup>230</sup> Si tant est que la question de la figure du toxicomane puisse être tranchée.

<sup>231</sup> T. A. FIRCHOW, *op. cit.*, p. 953

<sup>232</sup> D. SIBONY, *Les perversions*, Grasset, Paris, 1987

<sup>233</sup> T. A. FIRCHOW, *loc. cit.*

<sup>234</sup> T. A. FIRCHOW, *ibid.*

<sup>235</sup> Il serait un « *individu sous influences* » pour Antoine Garapon. A. GARAPON « La toxicomanie et la justice : comment restaurer le sujet de droit ? » in A. EHRENBURG, *Individus sous influence : drogues alcools médicaments psychotropes*, Esprit, Paris, 1991

mettant lui-même en dehors de la norme. Même au stade de l'infraction d'usage de stupéfiants, le toxicomane est l'*auteur* d'un délit dont il est la seule *victime*<sup>236</sup>. Cet amalgame *auteur/victime* est particulièrement dangereux pour la cohérence du modèle prohibitionniste. La pénalisation de l'usage de stupéfiant ressemble à plusieurs égards à la prohibition du suicide. Dès lors se pose toujours la question de l'opportunité de la création du délit d'usage illicite de stupéfiant<sup>237</sup>.

Cette ambiguïté persistante est néanmoins modulée par des fluctuations qui font pencher la balance plus ou moins du côté délinquant ou du côté malade. Ces fluctuations sont la résultante de variations dans les modes de consommation. Très schématiquement pouvons nous dire que dans les années 1960 et 1970, la consommation de drogue est principalement un signe de la contre-culture soixante-huitarde et de cette jeunesse « *radicale, menaçante et révoltée* »<sup>238</sup>. La drogue devient l'objet même de la transgression, le toxicomane un rebelle. La tendance s'inverse dans les années 1980 et 1990, période pendant laquelle la drogue devient dans les quartiers populaires le signe d'un malaise. La *défonce* est le moyen d'échapper à une réalité sociale particulièrement rude. Dès lors, le toxicomane est l'image d'un être souffrant que l'on doit traiter avec humanité. Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé, avait ces mots : « *Les toxicomanes, ce sont nos fils, nos frères, nos cousins, nos enfants. On ne se demande plus si c'est un délinquant ; on pense que c'est un malade. Je pense, moi, ministre de la santé, que les toxicomanes sont avant tout des malades* »<sup>239</sup>. L'apparition du SIDA a fait apparaître une troisième facette au toxicomane, celle d'un être dangereux. Dangereux pour lui et pour les autres, il est vecteur de maladies. « *La réduction des risques introduit des changements de pratiques et de position professionnelles, mais elle est également vecteur d'une évolution des représentations des consommateurs de drogues autour des figures de la victime, mais aussi celles d'un individu responsable et autonome. Avec l'arrivée du SIDA, à la dangerosité morale et de sécurité publique qu'incarnait le toxicomane depuis les années soixante-dix, s'ajoute une troisième forme de dangerosité en terme de santé publique ; à la toxicomanie appréhendée comme un fléau social depuis les années soixante-dix, se superpose l'usage de drogue devenu un enjeu de santé publique* »<sup>240</sup>. Le toxicomane est donc un être autant *en danger* que *dangereux*. S'est développée aussi la figure d'un être dangereux car potentiellement délinquant quand il est en recherche de produit.

Le toxicomane a donc traditionnellement deux personnalités, malade et délinquant, auxquelles s'est rajoutée récemment une troisième, un être dangereux. Cette personnalité multiple du

---

<sup>236</sup> Pour être tout à fait honnête, il faut reconnaître des externalités négatives pour l'entourage du toxicomane et pour la société.

<sup>237</sup> V. notamment : J. BERNAT DE CELIS, *Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants*, CESDIP, n°54, Paris, 1992

<sup>238</sup> A. GARAPON « La toxicomanie et la justice : comment restaurer le sujet de droit ? » in A. EHRENBURG, *Individus sous influence : drogues alcools médicaments psychotropes*, Esprit, Paris, 1991, p. 293

<sup>239</sup> Journal Télévisé d'Antenne 2 du 24 janvier 1993, (<http://www.ina.fr>)

<sup>240</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE, « Evolution des politiques publiques », in M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *Les drogues : Approche sociologique, économique et politique*, La Documentation française, Paris, 2004, p. 129



toxicomane induit une variation du référentiel d'intervention et une superposition des modèles.

## 2) La superposition des modèles

Les *modèles*<sup>241</sup> de politique criminelle de lutte contre la toxicomanie (ou les *référentiels*<sup>242</sup> selon la terminologie des auteurs) sont en partie fonction de l'image que l'on se fait du toxicomane. La personnalité multiple du toxicomane a donc entraîné une superposition des modèles cause profonde des conflits de politique criminelle. Schématiquement l'on peut distinguer deux périodes.

Le système directement hérité de la loi du 31 décembre 1970, crée un amalgame dans la personnalité du toxicomane. Avec la pénalisation de l'usage de produits illicites, le toxicomane est un délinquant, avec la mise en œuvre d'un système de prise en charge spécialisé, il est un malade. L'amalgame des personnalités du toxicomane induit une superposition des modèles qui y sont associés : le modèle sanitaire et le modèle de contrôle. Le modèle sanitaire « *a pour but la guérison des personnes toxicomanes. Il s'appuie sur le respect d'une valeur fondamentale : l'intégrité de la société. La toxicomanie est en effet appréhendée comme une épidémie qu'il s'agit d'éradiquer par une politique sanitaire conséquente* »<sup>243</sup>. Dans une tout autre optique, « *le modèle de contrôle a pour but l'avènement d'une société sans drogues. Il s'appuie sur le respect d'une valeur fondamentale : l'intégrité de la communauté. Dans cette perspective en effet, la personne toxicomane est avant tout un aliéné, fragilisant l'identité collective et écornant le consensus sur lequel est fondée la cohésion sociale* »<sup>244</sup>. Ces deux modèles impliquent des processus de contrôle différents. Pour le modèle sanitaire, « *le domaine de la répression et du contrôle est caractérisé dans ce modèle par une certaine autonomie d'action vis-à-vis de l'ensemble du réseau. En effet, si l'idée d'assimiler le toxicomane à un malade est retenue en amont de l'action, il s'en suit une déresponsabilisation de facto de l'usager de drogues, les instances policières et judiciaires concentrant leurs activités sur la délinquance associée et le grand trafic* »<sup>245</sup>. Dans le modèle de contrôle, les activités de contrôles « *permettent de tenter une réintégration sociale des individus réfractaires à l'abstinence, que le système de soin n'a pas encore réussi à contacter* »<sup>246</sup>. La superposition des deux modèles implique la mise en place d'un système alternatif : le modèle sanitaire est prioritairement mis en œuvre et ça n'est qu'en cas d'échec que le modèle de contrôle est mis en place. Or des conflits apparaissent dans la mise en œuvre

---

<sup>241</sup> B. LUCAS, S. CATTACIN, « Politique en matière de drogue : une analyse relationnelle », *Déviance et Société*, 1999, vol. 23, n°2, p. 157

<sup>242</sup> M. JAUFFRET-ROUSTIDE, « Evolution des politiques publiques », in M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *Les drogues : Approche sociologique, économique et politique*, La Documentation française, Paris, 2004, p. 119

<sup>243</sup> B. LUCAS, S. CATTACIN, *loc. cit.*

<sup>244</sup> B. LUCAS, S. CATTACIN, *op. cit.*, p. 158

<sup>245</sup> B. LUCAS, S. CATTACIN, *ibid.*

<sup>246</sup> B. LUCAS, S. CATTACIN, *op. cit.*, p. 159

de cette alternance et conduisent à une « répartition des interventions »<sup>247</sup> entre des modèles autonomes<sup>248</sup>. La superposition des modèles sanitaires et de contrôle conduit nécessairement à des conflits de politique criminelle. S'est superposé un troisième modèle : le modèle de réduction des risques.

Le but de la réduction des risques « est la *minimalisation des problèmes liés à la toxicomanie. Il s'appuie sur le respect d'une valeur fondamentale : l'intégrité de l'individu. Cette approche implique le déploiement d'une double stratégie : normalisation et réduction des risques. La normalisation, qui peut être saisie comme une forme de sécularisation des objectifs, se caractérise par le renoncement à la perspective d'un monde sans drogue, tandis que la réduction des risques s'appuie sur la prise en compte du caractère pluralisé de la société et des formes complexes de la problématique. La toxicomanie est appréhendée comme un phénomène social dont il est possible et nécessaire de minimiser les conséquences négatives, mais aussi comme une forme de vie possible. La personne toxicomane, dans ce modèle, est avant tout un citoyen comme les autres* »<sup>249</sup>. Le modèle n'intervient que pour réduire les franges dangereuses de la personnalité de ce toxicomane *élevé* au stade de citoyen à part entière. Si la mise en œuvre de ce système ne menace pas en soit les modèles classiques en agissant sur eux comme un « *cautère sur une jambe de bois* »<sup>250</sup>, il existe des conflits. Il y a notamment conflit entre la réduction des risques et le modèle de contrôle lorsque la police judiciaire perquisitionne chez des médecins pratiquant la réduction des risques<sup>251</sup>. Il y a conflit entre la réduction des risques et le modèle sanitaire lorsque la substitution est contestée comme étant une renonciation à l'idéal d'abstinence<sup>252</sup>.

La personnalité multiple du toxicomane entraînant une superposition des modèles de politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie génératrice de conflits, la tentation a donc été de *marquer*<sup>253</sup> le toxicomane dans un cadre unique.

## B- La tentation répressive d'une surdétermination du toxicomane

L'ambiguïté de la personnalité du toxicomane étant responsable des conflits, une solution a pu être de *marquer* le toxicomane dans un cadre unique. Cette surdétermination du toxicomane est attachée à un mouvement répressif de politique criminelle (1). Les résistances à ce mouvement répressif sont une explication de l'échec du surdéterminisme à promouvoir le consensus (2).

### 1) Le lien entre les options répressives et la surdétermination du toxicomane

---

<sup>247</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie », *RSC*, 1987, p. 952

<sup>248</sup> Nous renvoyons à nos développements du 2<sup>e</sup> chapitre de la 1<sup>ère</sup> partie.

<sup>249</sup> B. LUCAS, S. CATTACIN, « Politique en matière de drogue : une analyse relationnelle », *Déviance et Société*, 1999, vol. 23, n°2, p. 160

<sup>250</sup> F. CABALLERO et Y. BISIYOU, *Droit de la drogue*, 2<sup>e</sup> édition, Précis Dalloz, Paris, 2000, p.116

<sup>251</sup> « Drogue : une perquisition qui ne passe pas », *Libération*, 3 août 2000, p. 13

<sup>252</sup> Nous renvoyons à nos développements du 1<sup>er</sup> chapitre de la 1<sup>ère</sup> partie.

<sup>253</sup><sup>253</sup> T. A. FIRCHOW, *op. cit.*, p. 953

La surdétermination est la restriction d'un terme par un contexte c'est-à-dire l'action par laquelle une chose, également susceptible de plusieurs qualités, de plusieurs manières d'être, est très fortement déterminée à recevoir l'une plutôt que l'autre. Le schéma de base du toxicomane ne pouvant « *par essence être enfermé dans un cadre unique* »<sup>254</sup>, la surdétermination intervient à l'appui d'une politique induite en fonction d'une cible toxicomaniaque unique. « *La loi de 1970 a intégré cette conception dans le sens de la souplesse ; mais la politique criminelle est variable et sur la base de ce cadre très large le sens de la réponse à la drogue peut varier selon les options retenues* »<sup>255</sup>. Un mouvement de balancier va donc se profiler autour de la personne du toxicomane selon les options retenues par telle ou telle politique. La surdétermination du toxicomane apparaît donc comme le résultat d'un mouvement de politique criminelle faisant varier le modèle de référence (en l'espèce le système hérité de la loi de 1970). La solution consistant à la surdétermination du toxicomane est attachée à un mouvement de politique criminelle répressif.

Dans un tout autre domaine, celui de l'enfance délinquante, il a pu être démontré qu'une politique répressive à une surdétermination de la personnalité du mineur délinquant. Dans le schéma initial issu de l'ordonnance du 2 février 1945, le mineur est envisagé à la fois comme un mineur délinquant mais aussi comme un mineur en danger. Le mouvement de politique criminel répressif tend à ne retenir que l'aspect *délinquant* du mineur en effritant le modèle protectionniste. « *Le constat de la politique répressive en matière de délinquance des mineurs selon lequel celle-ci serait plus massive, plus violente et plus jeune procède d'une simplification du réel par une récurrence des termes utilisés* »<sup>256</sup>. La politique répressive a donc pour conséquence de refermer la personnalité du mineur délinquant dans un cadre unique, celui du délinquant. Ce détour dans le droit pénal des mineurs avait pour but de montrer en quoi les mouvements répressifs de politique criminelle tendent à une surdétermination de leur cible. Le même effet est attaché aux politiques répressives en matière de lutte contre la toxicomanie.

L'épisode le plus significatif de la surdétermination des toxicomanes est celui du projet de loi de 1986 portant réforme de la législation sur les stupéfiants, préparé par le garde des sceaux de l'époque, Albin Chalandon. Le projet marquait une volonté particulièrement répressive et la surdétermination du toxicomane est quasiment explicite comme en témoigne le discours du garde des sceaux : « *Le drogué est un délinquant* »<sup>257</sup>. Un « *changement complet de philosophie par rapport à l'usager* »<sup>258</sup> est annoncé. « *Il déclare que toute personne sur laquelle on trouvera une dose de drogue sera réputée usager ; que le consommateur sera*

---

<sup>254</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie », *RSC*, 1987, p. 953

<sup>255</sup> T. A. FIRCHOW, *ibid.*

<sup>256</sup> A. BINET-GROSCLAUDE, « Généalogie législative », *Délinquances des jeunes : quels actes, quelles réponses juridiques*, Journée d'étude organisée par le Centre de droit pénal et de criminologie de l'Université de Paris X Nanterre, 28 novembre 2008

<sup>257</sup> Conférence de presse du 23 septembre 1986

<sup>258</sup> *ibid.*

désormais passible d'une peine de deux ans ; qu'il n'échappera à l'emprisonnement que s'il s'est effectivement soigné ; que le parquet pourra le poursuivre pendant 10 ans après les faits ; que le juge d'instruction pourra le mettre sous contrôle judiciaire, et qu'il pourra être recherché pour exécuter sa peine pendant une période de 20 ans... »<sup>259</sup>. Le ministre de la Justice annonce d'autre part que les structures d'accueil et de soins seront créées, 1600 places dans des centres pénitentiaires, « où on désintoxiquera de force les drogués »<sup>260</sup>, 2000 places en milieu associatif, « dont beaucoup iront à l'association Le Patriarche qui seule est actuellement en mesure de faire face à une expansion rapide à un prix extrêmement bas »<sup>261</sup>.

Le toxicomane était donc clairement la cible prioritaire du garde des sceaux de 1986. Cette « guerre à la drogue et aux drogués »<sup>262</sup> marque clairement la personnalité du toxicomane sur la qualification *délinquante* au risque d'ériger un bouc émissaire. Les résistances au projet Chalandon ont fini par empêcher sa réalisation.

## 2) Les résistances aux options *surdéterministes* : le risque d'ériger un bouc émissaire

Les options du « plan Chalandon » ont déclenché une myriade d'oppositions venues de tous horizons<sup>263</sup>. Ces oppositions avaient justement trait à la *surdétermination* du toxicomane.

Dans un premier temps de la Commission d'enquête du parlement européen qui, dans un rapport du 7 octobre 1986, se « prononce pour une philosophie opposée à celle du Garde des sceaux »<sup>264</sup>. « S'il est un domaine sur lequel le rapport de la commission d'enquête ne souffre aucune ambiguïté, c'est bien celui de la répression. Elle doit être renforcée par tous les moyens contre les trafiquants, mais en aucun cas ne saurait s'exercer contre les toxicomanes. Le rapport est en tout cas catégorique : Le sort réservé le plus souvent aux toxicomanes dans la communauté, à savoir l'emprisonnement ou autre condamnations pénales, coûte cher : au lieu de réduire le nombre des drogués, l'on tend à les criminaliser »<sup>265</sup>. C'est bien la stigmatisation des toxicomanes qui est critiquée. Ces critiques vont se retrouver dans le débat interne.

Des « conflits ont éclaté sur fond de critiques acerbes principalement sur trois branches d'options retenues »<sup>266</sup>.

« Le traitement en quartier spécialisé de détention s'est heurté aux vives oppositions des intervenants en toxicomanies de même que le principe du recours à une cure obligatoire, face

---

<sup>259</sup> J. BERNAT DE CELIS, *Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants*, Déviance et société, CESDIP, n°54, Paris, 1992, p. 186

<sup>260</sup> Dépêche AFP, 24 septembre 1986

<sup>261</sup> *ibid.*

<sup>262</sup> J. BERNAT DE CELIS, *op. cit.*, p. 187

<sup>263</sup> Il est d'ailleurs intéressant de relever l'activité particulièrement productive en matière de toxicomanie de la Revue de sciences criminelles et de droit comparé et des Archives de politiques criminelles à cette époque.

<sup>264</sup> J. BERNAT DE CELIS, *op. cit.*, p. 192

<sup>265</sup> *Les dernières nouvelles d'Alsace*, 8 octobre 1986

<sup>266</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie », *RSC*, 1987, p. 954

à l'impossibilité affirmée de traiter un toxicomane en prison et de démarrer un processus thérapeutique sans adhésion volontaire du sujet »<sup>267</sup>. Au premier rang de ces intervenants, l'on trouve les professionnels de Santé qui s'opposent fermement à l'éviction de la personnalité de *malade* du toxicomane. « Les médecins français avaient mis au point une méthode douce de traitement de la toxicomanie dans des centres de soins ouverts type Marmottan du Dr Olievenstein. Une approche qui a rencontré un certain succès... Albin Chalandon, pourtant, estime que les drogués ne doivent plus être traités comme des malades à l'hôpital, mais comme des délinquants, en prison »<sup>268</sup>. Le Dr Olievenstein est particulièrement actif dans l'opposition au projet Chalandon : « Je conteste à Albin Chalandon la moindre compétence dans le domaine de lutte contre la drogue... L'incarcération des toxicomanes, c'est l'échec assuré... Scientifiquement, absolument rien ne justifie les mesures annoncées. Les réponses annoncées aujourd'hui se situent uniquement sur le plan moral. On désigne un bouc émissaire et on décide de lui faire peur... »<sup>269</sup>. Celui-là même d'en tirer des conclusions sur la stigmatisation d'une figure toxicomane, bouc émissaire idéal. En effet, pour Claude Olievenstein, les mesures du plan Chalandon font « parties du grignotage de l'État de droit par l'État de force. Pour faire accepter cela aux Français, il faut trouver des boucs émissaires aux marges de la société. Aujourd'hui, les toxicomanes sont tout indiqués »<sup>270</sup>. Les critiques se font toutes aussi acerbes dans le camp de la majorité. Celle de Monique Pelletier est particulièrement intéressante tant elle révèle la crainte d'une surdétermination de la personnalité du toxicomane sur le seul marqueur délinquant : « Le toxicomane est d'abord une victime ».

En marge de la critique de la surdétermination du toxicomane par l'option d'*enfermement thérapeutique*, « l'axe d'information systématique en milieu scolaire s'est heurté lui aussi à l'opposition des milieux enseignants et a été jugé contraire aux données de la psychanalyse »<sup>271</sup>. En effet, « le Garde des Sceaux avait dit qu'il serait demandé aux enseignants et aux personnels parascolaires, comme d'ailleurs aussi aux parents, de collaborer avec les services de police, le parquet et les magistrats, à un vaste programme de dépistage de la toxicomanie dans les établissements dépendant de l'Éducation nationale. L'aspect bouc émissaire d'une telle opération est immédiatement souligné »<sup>272</sup>. Les spécialistes de l'Éducation nationale redoutent que l'idéologie sécuritaire érige, dans les établissements scolaires, des boucs émissaires. Colette Paris affirme qu' « il ne faudrait pas que de nouvelles mesures servent, de près ou de loin, l'idéologie sécuritaire ambiante »<sup>273</sup>.

---

<sup>267</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie », RSC, 1987, p. 954

<sup>268</sup> *Libération*, 24 septembre 1986

<sup>269</sup> C. OLIEVENSTEIN, *Le Matin*, 22 octobre 1986

<sup>270</sup> C. OLIEVENSTEIN, *Le Monde*, 15 novembre 1986

<sup>271</sup> T. A. FIRCHOW, *loc. cit.*

<sup>272</sup> J. BERNAT DE CELIS, *Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants*, Déviance et société, CESDIP, n°54, Paris, 1992, p. 188

<sup>273</sup> *Le Matin*, 24 septembre 1986

Les résistances aux options surdéterministes ont eu raison du plan Chalandon qui, *in fine*, a été modifié de façon substantielle. Mais si ce mouvement de politique criminelle répressive a échoué, l'on peut déceler des traces d'une *mécanique* interne surdéterministe persistante dans la mise en œuvre de la politique criminelle.

## SECTION 2 : LA MÉCANIQUE INTERNE DE LA SURDÉTERMINATION DE LA POPULATION TOXICOMANE

Si la politique répressive surdétermine le toxicomane de façon exogène, la politique criminelle objective peut aboutir au même résultat de façon endogène en *marquant* le toxicomane sur une qualification pénale spécifique. Ce processus passe, en pratique, par une *construction* de l'usager (A) conduisant à une méthode arbitraire de catégorisation (B).

### A- La *construction* de l'usager : un passage obligé

La *construction* de l'usager de stupéfiant est un préalable à la gestion pénale des drogues (1) répondant à certaines modalités (2).

#### 1) La *construction* de l'usager, un préalable à la gestion pénale des drogues

La mécanique de la surdétermination du toxicomane réside en pratique, dans la politique criminelle de lutte contre la toxicomanie, par une opération de *construction* de l'usager. Cette *construction* est incontournable. Elle est le « *point de passage obligé de la gestion pénale des drogues* »<sup>274</sup>.

Les travaux de Danielle Laberge et Pierre Landreville, à propos du passage du statut de sans-abri à celui de délinquant, interprétés et adaptés au cas de l'usager de drogues par Marie-Sophie Devresse, sont particulièrement éclairants. « *La première étape du traitement singulier que réserve la justice au consommateur de stupéfiants consiste en effet à le transformer virtuellement en quelqu'un d'autre par le biais de la qualification pénale. Au départ, simple consommateur de substances illicites, l'usager devient une figure pénale particulière détenant les attributs qui font de lui le client de la justice et qu'à ce titre, elle n'abandonnera pas facilement* »<sup>275</sup>. Cette « *mise en forme pénale* »<sup>276</sup> renvoi au choix du droit pénal comme « *univers de référence possible, sinon approprié* »<sup>277</sup>. En clair, la question est de savoir quels sont les mécanismes qui aboutissent à cette « *abstraction juridique* »<sup>278</sup> permettant de traiter

---

<sup>274</sup> M-S. DEVRESSE, *Usagers de drogues et justice pénale : Construction et expériences*, Larcier, De Boeck, Bruxelles, 2006, p. 61

<sup>275</sup> M-S. DEVRESSE, *ibid.*

<sup>276</sup> D. LABERGE, P. LANDREVILLE, « De l'évènement à l'infraction. Du sans-abri au délinquant. Réflexions sur la processus de catégorisation dans le champs », in D. LABERGE (dir.), *L'errance urbaine*, Multimondes, Sainte-Foy, 2000, p. 121

<sup>277</sup> D. LABERGE, P. LANDREVILLE, *op. cit.*, p. 122

<sup>278</sup> M-S. DEVRESSE, *Usagers de drogues et justice pénale : Construction et expériences*, Larcier, De Boeck, Bruxelles, 2006, p. 87

(de surdéterminer) l'usager de stupéfiants (et *a fortiori* le toxicomane) comme un délinquant. « *La transformation d'un événement de la vie quotidienne en infraction pénale implique un processus de catégorisation qui se produit en deux étapes. En premier lieu, il faut construire l'événement pour qu'il relève du champ pénal. Par la suite, les agents pénaux ou certains renvoyant spécialisés préciseront que le comportement incriminé peut être défini comme étant telle ou telle infraction spécifique* »<sup>279</sup>.

L'analyse de la gestion pénale des drogues nécessite une analyse allant au-delà de celle du processus de criminalisation primaire par lequel à un moment donné il a été décidé de réprimer pénalement et de traiter en infraction l'usage de stupéfiants<sup>280</sup>. En effet, comme le dit si bien Michel Foucault : « *Le délinquant se distingue de l'infraacteur par le fait que c'est moins son acte que sa vie qui est pertinente pour le caractériser* »<sup>281</sup>. C'est bien du *sujet usager de drogue* dont il est question. L'usager de drogues, notamment lorsqu'il est toxicomane, est investi d'une multiplicité de définitions<sup>282</sup> « *et voit sans cesse son sort lié à la prééminence de l'une ou de l'autre de ces définitions* »<sup>283</sup>. La *construction* opérée par l'institution pénale de l'usager de stupéfiants renvoie à un type particulier d'interprétation « *d'une situation qui pourrait être définie autrement que d'un point de vue répressif* »<sup>284</sup>. La *construction* de l'usager est donc un passage obligé pour palier la « *concurrence entre les diverses définitions d'usager, la concurrence des champs pénal et médical* »<sup>285</sup>. La *construction* de l'usager procéderait donc d'une prise de pouvoir<sup>286</sup> de la définition pénale sur la définition médicale.

Ainsi, il est donc essentiel d'étudier la *construction* de l'usager de stupéfiants en tant que catégorie pénale « *pour comprendre le sens du recours à cette catégorie pénale et voir comment elle est mobilisée pour le traitement des situations-problèmes dans lesquelles l'usage de drogues prend part* »<sup>287</sup>. Marie-Sophie Devresse identifie dans la *construction* de l'usager, deux étapes. « *À cet effet, seront retenues deux opérations qui nous paraissent cruciales pour donner à l'usage de drogues et à l'usager de drogues une consistance d'un point de vue pénal : la visibilité et la catégorisation* »<sup>288</sup>.

2) Les modalités de la *construction* de l'usager : visibilité et catégorisation de l'usager

---

<sup>279</sup> D. LABERGE, P. LANDREVILLE, « De l'évènement à l'infraction. Du sans-abri au délinquant. Réflexions sur la processus de catégorisation dans le champs », in D. LABERGE (dir.), *L'errance urbaine*, Multimondes, Sainte-Foy, 2000, p. 134

<sup>280</sup> Voir sur ce point : J. BERNAT DE CELIS, *Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants*, Déviance et société, CESDIP, n°54, Paris, 1992

<sup>281</sup> M. FOUCAULT, *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris, 1975, p. 255

<sup>282</sup> cf. supra

<sup>283</sup> M-S. DEVRESSE, *op. cit.*, p. 62

<sup>284</sup> D. LABERGE, P. LANDREVILLE, *op. cit.*, p. 131

<sup>285</sup> M-S. DEVRESSE, *op. cit.*, p. 61

<sup>286</sup> Cette prise de pouvoir est particulièrement palpable dans le processus de surfiltration à l'entrée de l'injonction thérapeutique. cf. supra

<sup>287</sup> M-S. DEVRESSE, *op. cit.*, p. 87

<sup>288</sup> M-S. DEVRESSE, *op. cit.*, p. 88

La visibilisation de la consommation de drogue participe de la *construction* de l'événement. « *Particulier, le comportement d'usage de drogues l'est à bien des égards. En tant que comportement criminalisé de facto, il est le plus souvent clandestin. Il sera d'autant plus invisible qu'il produit ses effets tangibles sur la personne même du consommateur et non sur un tiers. Bien qu'il s'agisse d'un impératif propre à de nombreuses infractions, rendre visible la consommation de drogues constitue de manière tout à fait particulière la première étape de la construction pénale de l'événement usage. Mais la consommation de drogues est une pratique tellement intime et personnelle que rendre l'usage visible a nécessairement pour effet de révéler l'usager, l'acte n'étant pas dissociable de la personne* »<sup>289</sup>. La visibilisation peut alors intervenir de plusieurs façons. Le consommateur peut se présenter lui-même comme tel en consommant des stupéfiants dans un lieu public. Il peut aussi être présenté comme tel par un tiers. Mais « *on doit plutôt la majorité des interventions pénales en la matière à la saisine proactive des forces de l'ordre* »<sup>290</sup>. Celle-ci « *peut prendre deux formes : soit l'obtention d'un renseignement grâce au réseau des indicateurs, soit la découverte accidentelle de faits délictueux, au cours d'une activité de routine* »<sup>291</sup>. La saisine proactive des forces de l'ordre s'accompagne d'un procédé de sélection des affaires. La sélection policière est « *un lieu commun des travaux anglo-saxons sur la police, l'objet d'un chapitre obligé de tout ouvrage* »<sup>292</sup>. « *Ce concept de sélection renvoie à l'autonomie dont peuvent faire preuve certains policiers notamment dans la détermination des affaires dont ils se saisissent et cela, tant d'un point de vue individuel que collectif* »<sup>293</sup>. Dominique Monjardet évoque un phénomène « *d'inversion hiérarchique* » dans l'organisation policière consistant à ce que le pouvoir d'initiative soit confié à la base. L'autonomie policière conduit à l'émergence de critères de sélection plus ou moins arbitraires. « *Reste que nous avons constaté, lors d'observations de pratiques policières, que cette sélection rendait compte du choix de critères géographiques et socioculturels nettement marqués* »<sup>294</sup>. Renée Zauberman et René Levy ont mis en évidence que les quartiers défavorisés à forte densité immigrée étaient les plus ciblés<sup>295</sup>. L'usage va dans la pratique policière jusqu'à être *instrumentalisé* pour appréhender certaines populations marginales et exercer sur elles un contrôle social continu : « *L'usage de stupéfiant constaté dans les statistiques pénales est surdéterminé par la nature de l'action policière. Celle-ci n'appréhende qu'une minorité des usagers, ceux qui, justement, sont susceptibles d'avoir commis d'autres infractions. L'usage est en effet constaté à l'occasion d'un contrôle d'identité sur la voie publique qui vise une population très particulière. L'usage est ainsi instrumentalisé pour permettre d'appréhender les populations*

---

<sup>289</sup> M-S. DEVRESSE, *Usagers de drogues et justice pénale : Construction et expériences*, Larcier, De Boeck, Bruxelles, 2006, p. 88

<sup>290</sup> M-S. DEVRESSE, *op. cit.*, p. 89

<sup>291</sup> R. LEVY, *Du suspect au coupable : le travail de police judiciaire*, Méridien Klincksieck, Genève, 1987, p. 19

<sup>292</sup> D. MONJARDET, *Ce que fait la police. Sociologie de la force publique*, La Découverte, Paris, 1996, p. 37

<sup>293</sup> M-S. DEVRESSE, *loc. cit.*

<sup>294</sup> M-S. DEVRESSE, *op. cit.*, p. 90

<sup>295</sup> R. ZAUBERMAN, R. LEVY, « La police française et les minorités visibles : les contradictions de l'idéal républicain », in Y. CARTUYVELS, F. DIGNEFFE, A. PIREZ, P. ROBERT (dir.), *Politique, police et justice au bord du futur. Mélanges pour et avec Lode Van Oustrive*, L'Harmattan, Déviance et société, Paris, 1998



*en marge de la société* »<sup>296</sup>. Dans les critères de sélection policière, il faut aussi prendre en compte la quantité et le type de drogue consommée ou détenue. L'indifférenciation légale quant au produit stupéfiant est donc compensée par la pratique policière. « *L'intervention policière pourra se décliner sous deux formes : soit chercher à savoir si un individu interpellé pour un quelconque motif est usager de drogues, soit, savoir ou supposer qu'une personne consomme de la drogue et par conséquent procéder à son interpellation* »<sup>297</sup>. Dans le premier cas, la détection de la consommation de drogue, voir la toxicomanie, peut servir, éventuellement, d'élément d'explication. Dans le second, la *visibilisation* sert aux forces de l'ordre d'intervenir, notamment en instrumentalisant le consommateur dans une *remontée de filières*. « *L'usager de drogues peut alors être qualifié comme tel, pour la gestion de son propre sort quand il a quelque chose à se reprocher, mais également pour la gestion du sort de son vendeur* »<sup>298</sup>. Lorsque l'usager de drogues est *visibilisé*, intervient alors la seconde opération nécessaire à la construction pénale de l'usage de drogues, la catégorisation.

L'opération de catégorisation renvoie directement à la prise en compte de l'usager en tant qu'individu *particulier* dans le processus pénal. « *Appartenant à un groupe homogène d'infractions à la législation sur les stupéfiants, l'usager de drogues visibilisé ne pourra être dirigé dans l'institution pénale qu'à la condition d'être soumis à une autre opération, que nous appellerons catégorisation* »<sup>299</sup>. L'opération de catégorisation est essentielle en ce qu'elle permet d'agir à l'égard d'un individu. Erving Goffman soulignait que les individus affinaient leurs perceptions les uns des autres en organisant leurs perceptions autour de *formes individuelles d'identification* (c'est-à-dire en rattachant l'autre à une identité unique) mais aussi autour « *formes catégorielles d'identification* »<sup>300</sup>, c'est-à-dire « *en plaçant l'autre dans une ou plusieurs catégories sociales* »<sup>301</sup>. Le rôle de la loi dans cette opération de catégorisation reste limité : « *L'administration de la loi pénale consiste à savoir choisir ceux qui sont poursuivis et savoir choisir, pour ces élus, la sanction convenable. Ces manipulations familières aux magistrats transforment le flux indifférencié de la criminalité apparente en criminalité légale, catalogue beaucoup plus succinct où chaque délinquant est étiqueté, pesé, identifié. Cette tâche exige des compétences auxquelles la loi fait allusion mais qui lui restent extérieures. La pratique de la justice pénale est, non pas illégale, mais a-légale* »<sup>302</sup>. Non seulement la loi n'est pas compétente, mais elle semble au-delà, contre productive. Son imprécision favorisera une *catégorisation de terrain* nécessairement arbitraire : « *A l'heure actuelle, le manque de clarté des textes, associé au caractère inflationniste de la transgression de cette loi, crée sur le terrain un véritable état de*

---

<sup>296</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *Droit de la drogue*, 2<sup>e</sup> édition, Précis Dalloz, Paris, 2000, p. 571

<sup>297</sup> M-S. DEVRESSE, *Usagers de drogues et justice pénale : Construction et expériences*, Larcier, De Boeck, Bruxelles, 2006, p. 90

<sup>298</sup> M-S. DEVRESSE, *op. cit.*, p. 96

<sup>299</sup> M-S. DEVRESSE, *ibid.*

<sup>300</sup> E. GOFFMAN, *Les moments et les hommes. Textes recueillis et présentés par Yves Winkin*, Le Seuil, Minuit, Paris, 1988, p. 194

<sup>301</sup> E. GOFFMAN, *ibid.*

<sup>302</sup> N. HERPIN, *L'application de la loi. Deux poids, deux mesures*, Le Seuil, Paris, 1977, p. 75

*confusion. Cette situation contribue d'ailleurs à plonger les professionnels dans une certaine perplexité. Certains reconnaissent même que le laconisme de la loi et la superposition complexe de ses interprétations les amènent, non plus à se fonder sur leur intime conviction, mais à trancher sur un mode arbitraire et aléatoire qu'ils assument plus ou moins bien selon les cas* »<sup>303</sup>. Cet arbitraire se retrouve évidemment dans la catégorisation de la politique criminelle française de lutte contre la toxicomanie.

## B- La catégorisation : une méthode arbitraire de consensus

Alors que la loi du 31 décembre 1970, dans son silence, ne connaît que *l'utilisateur de stupéfiants*, on a vu apparaître au sein de la politique criminelle de lutte contre la toxicomanie, une catégorisation arbitraire de l'utilisateur selon son degré d'implication dans le trafic (1). Une seconde catégorisation est apparue, tentant, vainement d'isoler le toxicomane (2).

### 1) Une catégorisation arbitraire de l'utilisateur selon son degré d'implication dans le trafic

Une catégorisation de l'utilisateur est apparue en fonction de la plus ou moins grande participation de celui-ci au trafic de drogue. Ce critère est extérieur à la définition d'usage ou de toxicomanie. Dès lors lorsque l'utilisateur participe à un trafic de drogue, il conviendra de choisir entre deux qualifications : celle d'usage ou celle de trafic de drogue. Apparaît alors une sous-catégorie inédite : celle de l'utilisateur-trafiquant. *« En l'absence de texte spécifique et face à la diversité des qualifications possibles, les juridictions doivent déterminer quelle qualité prime de l'usage ou du trafic. On a pu démontrer que le choix des poursuites dépend pour une large part des conditions d'interpellation du délinquant. Les circulaires n'ont qu'une influence relative. De surcroît la politique criminelle empreinte de sévérité qu'elles mettent en œuvre est assez fluctuante »*<sup>304</sup>.

Dans un premier temps, la circulaire du 25 août 1971 pose comme principe que l'article L. 628 CSP (aujourd'hui L. 3421-1 CSP) ne peut s'appliquer qu'aux utilisateurs-acheteurs et non aux utilisateurs-vendeurs. Catégorisation est ainsi faite au sein des utilisateurs entre les acheteurs et les vendeurs, *« mais la pratique considère assez souvent que les utilisateurs-revendeurs relèvent d'un traitement médical »*<sup>305</sup>. La circulaire du 7 mars 1977 recommande de requérir des peines sévères d'emprisonnement contre les utilisateurs-vendeurs. Le rapport Pelletier<sup>306</sup> s'oppose à ce que l'utilisateur-trafiquant constitue une catégorie juridique autonome, les juges devant choisir entre l'une ou l'autre qualification. Mais *de facto*, cette catégorie existe déjà puisqu'une partie des utilisateurs est soustraite au régime applicable aux utilisateurs de stupéfiants sous le prétexte qu'ils participent à un trafic de stupéfiants. C'est la circulaire du

---

<sup>303</sup> M-S. DEVRESSE, *Utilisateurs de drogues et justice pénale : Construction et expériences*, Larcier, De Boeck, Bruxelles, 2006, p. 99

<sup>304</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *Droit de la drogue*, 2<sup>e</sup> édition, Précis Dalloz, Paris, 2000, p. 568

<sup>305</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *ibid.*

<sup>306</sup> M. PELLETIER, *Rapport de la mission d'études sur l'ensemble des problèmes de la drogue*, La Documentation française, Paris, 1978

17 septembre 1984<sup>307</sup> qui la première distingue formellement l'usager simple et l'usager-trafiquant. « Elle invite les juges à rechercher cette qualification en fonction de l'état de dépendance du prévenu. Le texte, plutôt tolérant, rappelle que le toxicomane relève moins d'une intervention judiciaire que d'une assistance médicale »<sup>308</sup>. Les pouvoirs publics semblent donc vouloir réserver le régime de l'usager en fonction de l'état de dépendance, sous entendu le réserver au seul toxicomane. Mais en séparant le grain de l'ivraie, en distinguant entre le *bon* et le *mauvais* toxicomane, l'on exclut arbitrairement une partie non négligeable des toxicomanes revendeurs de la qualification d'usager. Le 12 mai 1987, la circulaire Chalandon abroge toutes les précédentes circulaires relatives aux usagers, usagers-trafiquants et usagers auteurs d'une autre infraction. « Elle recommande au juge saisi d'une procédure où les qualités d'usager et de trafiquant se rencontrent chez une autre personne, de poursuivre en priorité les actes de trafic »<sup>309</sup>. La catégorie usager-trafiquant est donc fondue dans celle du trafic. L'usager y est donc totalement oublié. De plus « la police et le parquet utilisent toute la gamme des incriminations pour adapter la répression aux faits constatés ou la personnalité du délinquant »<sup>310</sup>. Marie-Danièle Barré fait remarquer que, pour la police parisienne, « Les affaires de détention sont des affaires de vente qui ont raté (sic) »<sup>311</sup>. La politique criminelle à l'égard de l'usager-trafiquant tend à faire que « de plus en plus seule la qualité de trafiquant est prise en compte, les poursuites pour usages ayant tendance à disparaître »<sup>312</sup>.

La Cour de Cassation a finalement laissé « aux juges du fond un pouvoir souverain pour déterminer la qualification adaptée à la situation. Il leur revient en particulier d'apprécier la réponse à donner aux prévenus qui excipent de leur qualité d'usager en vue d'échapper à l'incrimination de trafic. Dans ce cas en effet, l'étude des condamnations prononcées montre que l'usage apparaît toujours comme un facteur d'atténuation de la peine »<sup>313</sup>. Mais la question est particulièrement casuistique et ce sont les faits de l'espèce qui forgeront la conviction des juges. Néanmoins, un critère semble se dessiner : celui de savoir si l'on a affaire à un revendeur occasionnel ou à un revendeur régulier. « Seul le premier paraît susceptible de conserver sa qualité d'usager, alors que le second est systématiquement considéré en sa qualité de trafiquant »<sup>314</sup>. Mais force est de constater que les juridictions retiennent un critère beaucoup plus technique et artificiel : l'usager simple est celui qui n'est poursuivi que sur le seul fondement de l'article L. 3421-1 CSP. « La pratique de la double qualification pour usage détention, transport ou importation, fait du prévenu un usager-trafiquant qui ne bénéficie pas des mesures de tolérance alors même qu'il détient, transporte

---

<sup>307</sup> Circulaire CRIM 84-15 E 2, 17 septembre 1984

<sup>308</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *Droit de la drogue*, 2<sup>e</sup> édition, Précis Dalloz, Paris, 2000, p. 569

<sup>309</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *ibid.*

<sup>310</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *ibid.*

<sup>311</sup> M-D. BARRE, *Toxicomanie et délinquance : du bon usage de l'usager de produits illicites*, Ministère de la Justice-CNRS, CESDIP, Etudes et données pénales, Paris, 1994, p. 153

<sup>312</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *loc. cit.*

<sup>313</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *ibid.*

<sup>314</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *ibid.*

*ou importe la drogue pour sa consommation personnelle* »<sup>315</sup>. La politique criminelle est donc particulièrement rugueuse vis-à-vis de l'usager-trafiquant qui est surdéterminé en tant que trafiquant et n'est que subsidiairement usager.

L'usager est donc arbitrairement catégorisé selon leur degré d'implication dans le trafic. Il est, selon, soit usager soit trafiquant. Arbitrairement car il convient de ne pas oublier qu'il reste usager voire toxicomane et que c'est bien souvent cette qualité qui explique la participation au trafic. *« La jurisprudence veut ainsi prévenir la réitération d'agissements jugés dangereux pour l'ordre public. On lui reprochera, cependant, de ne tenir compte d'une donnée criminologique importante. La dépendance ou l'intoxication peuvent expliquer, sinon justifier, la participation de l'usager au trafic et devraient être systématiquement prises en compte pour la détermination de la sanction. La sanction actuelle est donc rigoureuse pour le toxicomane revendeur. Une rigueur que l'on retrouve à propos des faits de délinquance commis par des usagers »*<sup>316</sup>.

## 2) La catégorisation de l'usager : la difficile recherche du toxicomane

La loi du 31 décembre 1970 ne connaît pas le toxicomane mais seulement l'usager de stupéfiants. La catégorie d'usager est plus large que celle de toxicomane et recouvre des situations de consommations récréatives occasionnelles (notamment de cannabis ou de haschich) assez peu dangereuses. La politique criminelle à l'égard de l'usager s'est caractérisée donc par une seconde catégorisation selon des critères divers afin d'isoler le toxicomane et de lui appliquer un régime particulier. Force est de constater que la recherche du toxicomane est laborieuse. Face à l'inertie de la loi et à la disparité des solutions locales, les pouvoirs publics ont été conduits d'intervenir par voie de circulaire. Comme nous venons de le voir, les mesures de tolérance sont réservées au seul *usager simple* c'est-à-dire ne participant pas au trafic. C'est cet usager simple qui se verra catégorisé. Mais la politique criminelle à son endroit est particulièrement instable, au point qu'il y a peut-être lieu de parler de « *schizophrénie* »<sup>317</sup>. Francis Caballero et Yann Bisiou rendent compte de cette incroyable instabilité : *« Quatre périodes se succèdent dans la politique pénale à l'égard des usagers. Dans un premier temps, les pouvoirs publics cherchent à favoriser le traitement. Dans un deuxième temps, au contraire, les circulaires privilégient la voie pénale en faisant preuve d'une grande sévérité. Ces deux démarches n'ayant qu'un effet modeste sur la jurisprudence, les circulaires plus récentes abandonnent toute volonté d'unification du droit. Le gouvernement, comme le législateur, s'en remettent alors à la sagesse des juges et admettent aussi bien la répression systématique de l'usage qu'une dépénalisation de fait de l'usage de cannabis. En 1999, le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances donne un nouvel élan à la prévention et au traitement. Mais ces*

---

<sup>315</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *Droit de la drogue*, 2<sup>e</sup> édition, Précis Dalloz, Paris, 2000, p. 563

<sup>316</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *op. cit.*, p. 570

<sup>317</sup> MILDT, *Plan triennal de lutte contre la drogue et les dépendances*, La Documentation française, Paris, 1999, p. 37

*recommandations sont imprécises et donnent lieu à une interprétation contradictoire par les différents ministères concernés* »<sup>318</sup>. En réalité, cette instabilité dans la politique criminelle à l'égard de l'usager est la conséquence directe de l'instabilité des critères de catégorisation de l'usager.

Dans un premier mouvement, une catégorisation est faite entre usager de drogues douces et usagers de drogues dures. Ce mouvement a été initié par le rapport Pelletier<sup>319</sup>, qui recommande en filigrane une dépénalisation de l'usage de cannabis. Une circulaire du ministère de la Justice du 17 mai 1978<sup>320</sup> propose d'utiliser d'une procédure allégée de mise en garde à l'égard des usagers de cannabis. Il s'agit bien d'évincer cette catégorie d'usager (les usagers de drogues douces) du traitement sanitaire que l'on réserve dès lors aux usagers de drogues dure. « *La raison d'être de la procédure allégée est que la procédure ordinaire est inapplicable est que la procédure ordinaire est inapplicable au cannabis. La circulaire relève en effet que la consommation de haschich ou de marijuana ne justifie pas un traitement de désintoxication, car elle n'engendre pas de dépendance physique. L'usager visé par la loi est un usager récréatif et non un véritable toxicomane. Il ne peut donc bénéficier de l'option médicale offerte par le législateur. La loi a un effet paradoxal que la politique actuel de réduction des risques renforce encore : la sanction encourue est inversement proportionnelle à la dangerosité de la substance. Le fumeur de joint occasionnel se retrouve dans une situation plus rigoureuse que l'héroïnomane* »<sup>321</sup>. La circulaire invite le parquet à n'engager des poursuites vis-à-vis du consommateur de drogues douces que lorsque cela lui paraît absolument nécessaire et dans les autres cas de lui adresser une simple mise en garde. Elle invite le parquet à privilégier l'action sanitaire (notamment l'injonction thérapeutique) vis-à-vis de l'usager de drogues dures, et ce même en cas d'échecs successifs. Véritable réécriture de la loi du 31 décembre 1970, la circulaire du 17 mai 1978 en « *redéfinit les conditions d'application* »<sup>322</sup> en procédant à une catégorisation des usagers selon le produit consommé. Cette catégorisation sous-entend comme présupposé, que le toxicomane est un usager de drogues dures. Présupposé qui ne prend pas en compte la fréquence de la consommation.

Le second mouvement de catégorisation des usagers est initié par la circulaire Chalandon du 12 mai 1987<sup>323</sup> qui distingue les usagers occasionnels et les usagers d'habitude. « *L'usage occasionnel donne lieu à avertissement par le parquet. Si l'habitude est constatée, les poursuites s'imposent quelle que soit la substance consommée. Le soin s'inscrit alors dans la procédure pénale sous la forme d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'un ajournement du prononcé de la peine. Cette circulaire très répressive n'a pas plus d'influence sur la*

---

<sup>318</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *Droit de la drogue*, 2<sup>e</sup> édition, Précis Dalloz, Paris, 2000, p. 563

<sup>319</sup> M. PELLETIER, *Rapport de la mission d'études sur l'ensemble des problèmes de la drogue*, La Documentation française, Paris, 1978

<sup>320</sup> Circulaire n°78-08bis relative à l'usage de stupéfiants et à l'application de certaines recommandations du rapport de la mission d'étude sur la drogue, *BO Min. Just*, 17 mai 1978

<sup>321</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *op. cit.*, p. 564

<sup>322</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *ibid.*

<sup>323</sup> Circulaire CAB n° 87-01/12-05, 12 mai 1987

*jurisprudence que les précédentes qu'elle déclare abroger et remplacer* »<sup>324</sup>. La circulaire du 28 avril 1995<sup>325</sup> réintroduit la différenciation entre usagers de drogues dure et drogues douces : « *Pour les usagers de drogues dures, elle revient sur les termes de la circulaire de 1987 en soulignant que rien ne s'oppose à ce qu'un toxicomane fasse l'objet de plusieurs injonctions thérapeutiques, mais aucune ligne directrice n'apparaît clairement* »<sup>326</sup>.

C'est donc aujourd'hui à une double catégorisation qu'est sujet l'utilisateur de stupéfiant. Néanmoins, l'ambition non dissimulée d'isoler la figure toxicomane ne semble pas avoir été assouvie.

La politique criminelle objective est donc clairement un échec dans la recherche d'un consensus. L'idée d'enfermer le toxicomane dans une qualification précise conduit à une surdétermination du toxicomane. La promotion d'options surdéterministes au soutien d'une politique répressive a conduit à l'apparition de nouveaux conflits. Au-delà la mécanique interne de la surdétermination du toxicomane conduit à l'application de méthodes de sélection et de catégorisation qui s'apparentent à un procédé arbitraire de promotion d'un consensus. La politique criminelle objective étant un échec, il a bien fallu rechercher une autre façon de promouvoir le consensus.

---

<sup>324</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *Droit de la drogue*, 2<sup>e</sup> édition, Précis Dalloz, Paris, 2000, p. 564

<sup>325</sup> Circulaire CRIM n°95-24 G/21-12-95, 21 décembre 1995

<sup>326</sup> F. CABALLERO et Y. BISIQU, *loc. cit.*

## CHAPITRE 2

---

### LA POLITIQUE CRIMINELLE PARTICIPATIVE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

*« Le peuple, le peuple seul, est la force motrice, le créateur de l'histoire universelle »*

Mao Tsé-toung

Dans la recherche d'un consensus, la politique criminelle objective est clairement un échec. En surdéterminant la population toxicomane, elle conduit *in fine* à la création de nouveaux conflits. Il faut alors rechercher de nouvelles solutions. Une solution a pu être proposée pour *« promouvoir le consensus et mettre un peu d'ordre dans les stratégies de lutte contre les toxicomanies »*<sup>327</sup> : l'élaboration d'une politique criminelle participative de lutte contre la toxicomanie.

La problématique peut être posée de la façon suivante : *« Peut-on trouver une politique criminelle qui ne rejette pas la répression, a foi dans la prévention, s'appuie sur la solidarité dans le respect des droits de l'homme »*<sup>328</sup> ? Une politique criminelle participative est une politique incluant la participation d'un plus grand nombre d'acteurs. *« Proposer une politique criminelle participative, c'est tirer les conséquences de l'impérieuse nécessité de relais autre que la police serait-elle de proximité, ou que la justice, serait-elle en mesure de répondre à la demande sociale, pour rendre crédible et effectif un projet de politique criminelle, élaboré par le pouvoir exécutif et le pouvoir législatif »*<sup>329</sup>. La participation d'un grand nombre d'acteurs à l'élaboration et la réception de la politique criminelle, permettrait de réduire les conflits potentiels par l'adhésion volontaire de tous les acteurs. On peut envisager la politique criminelle participative de lutte contre la toxicomanie comme une formule *souple* de consensus.

La politique criminelle participative implique, par essence, une multitude d'options qui n'ont comme limite que l'imagination des acteurs qui en font la promotion. En faire état reviendrait à faire un inventaire à la Prévert. Ainsi nous nous concentrerons sur les deux branches d'options analysées par Thilo Alexandre Firchow en 1987 : la promotion d'un programme de prévention intégrative (Section 1) et la promotion de stratégies de luttes adaptées aux spécificités locales (Section 2).

---

<sup>327</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre les toxicomanies », *RSC*, 1987, p. 954

<sup>328</sup> C. LAZERGES, *La politique criminelle*, PUF, Que sais-je ?, Paris, 1987, p. 9

<sup>329</sup> C. LAZERGES, *Introduction à la politique criminelle*, L'Harmattan, Paris, 2000, quatrième de couverture

## SECTION 1 : LA PROMOTION D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION INTEGRATIVE

Un programme de prévention intégrative « *consiste à restituer aux interlocuteurs naturels des adolescents leur capacité à maîtriser leurs conflits sans intervention immédiate d'un spécialiste pour assurer la prise en charge en évacuant du même coup la question de la toxicomanie. Le spécialiste est présent en seconde zone pour donner des conseils et la dynamique de prévention est le fait d'opérateurs de prévention (adultes relais et autres interlocuteurs) au niveau des villes et des quartiers* »<sup>330</sup>. L'objectif d'une telle politique participative est de « *rétablir les vecteurs de communication qui font défaut dans les cadres les plus immédiats de la vie sociale* »<sup>331</sup>. La promotion d'un programme de prévention intégrative est le fruit d'un long cheminement des politiques de prévention (A) au bout duquel des stratégies de prévention intégratives se dessinent (B).

### A- Le cheminement vers des politiques de prévention intégrative

L'évolution des politiques de prévention (2) vers le programme de prévention intégrative est en partie fonction des différents modèles de prévention en matière de toxicomanie (1).

#### 1) Les modèles de prévention en matière de toxicomanie

La prévention en matière de toxicomanie n'est pas uniforme. Celle-ci dépend du modèle de politique criminelle auquel elle est attachée et du contenu que l'on veut bien y associer.

À chaque modèle de politique criminelle de lutte contre la toxicomanie, est associée une place spécifique à la prévention. Le modèle sanitaire ne laisse qu'une place réduite à la prévention. En effet, la perspective générale, qui en constitue la valeur fondamentale, selon laquelle l'unique forme de solution à la toxicomanie est l'abstinence, limite son action à la seule diffusion de messages uniquement dissuasifs. « *Ils visent à éviter que les individus ne touchent aux drogues et non à les responsabiliser ou à les culpabiliser. De ce fait, leur niveau informatif est faible voire délibérément occulté par des effets de menace amalgamant des produits différents* »<sup>332</sup>. Le modèle sanitaire prévoit donc une prévention assez faible essentiellement constituée de grandes campagnes médiatiques de type « *Just say no* ». Le modèle de contrôle envisage au contraire la prévention comme un outil de politique criminelle incontournable. « *Les messages ont un but dissuasif. Ils sont diffusés très largement, tant par les acteurs publics que par l'intermédiaire des organisations de la société civile, utilisées comme relais. Leur contenu est moralisant, dans la mesure même où la consommation de drogue n'est appréhendée ni comme une forme de vie envisageable, malgré ou à travers les difficultés qu'elle implique, ni comme une maladie qu'il est impossible d'éviter en se tenant*

---

<sup>330</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre les toxicomanies », *RSC*, 1987, p. 954

<sup>331</sup> T. A. FIRCHOW, *ibid.*

<sup>332</sup> B. LUCAS, S. CATTACIN, « Politique en matière de drogue : une analyse relationnelle », *Déviance et Société*, 1999, vol. 23, n°2, p. 157



*éloigné du foyer infecté, mais comme une dérive individuelle aux marges de la communauté* »<sup>333</sup>. Le modèle de contrôle prévoit une prévention massive dont la cible prioritaire est la jeunesse. Le message est relayé par un certain nombre d'intervenants réitérant le discours moralisateur central. « *Une éducation adéquate et le recours au contrôle social, rendu possible par la densité du réseau associatif, son unité de vue et sa volonté de travailler en coopération avec l'État permettant à la jeunesse d'être protégée contre les tentations de la drogue* »<sup>334</sup>. À l'instar du modèle de contrôle, le modèle de réduction des risques accorde une importance cruciale à la prévention. La différence réside dans le fait que celle-ci s'intègre dans un programme plus vaste de promotion de la santé. « *Renversant la perspective médicale classique, c'est l'accroissement du bien être individuel global qui est ici visé plutôt que la réalisation, au cours de la vie, d'une course d'obstacles consistant à éviter systématiquement une série de pathologies. Les messages préventifs cherchent de ce fait à responsabiliser les individus face à une potentielle consommation de drogue, en les informant tant sur les avantages recherchés que sur les risques encourus. Par ailleurs, la prévention est conçue et mise en œuvre de manière différenciée, afin de tenir compte de la pluralité des formes de vie sociale et d'atteindre véritablement le public visé* »<sup>335</sup>. Le modèle de réduction des risques conçoit la prévention de manière intégrale, contrairement aux modèles sanitaires et de contrôle pour lesquels la rétention consciente de certaines informations est envisagée comme une manière de prévenir une mauvaise interprétation de celles-ci.

De ces différentes façons de concevoir la prévention, viennent s'ajouter différents discours et contenus possibles. L'on distingue prévention primaire, secondaire et tertiaire. « *Ce triptyque s'inscrit dans le modèle médical qui fait de la toxicomanie une maladie se développant par étapes* »<sup>336</sup>. La prévention primaire vise à éviter « *l'entrée en toxicomanie* »<sup>337</sup>. Le discours qui y est tenu tend à dissuader des non-usagers de drogues (notamment les plus jeunes) à le devenir, même par expérience. Cette dissuasion est souvent appuyée par une rétention d'informations dont le but, non assumé, est la confusion entre les différents produits. Il est notamment soutenu l'absence de différence entre drogues dures et drogues douces. La prévention secondaire vise à éviter une aggravation de la situation. Elle s'adresse aux usagers (toxicomanes ou non) et cherche à réduire ou supprimer leur comportement addictif. La prévention tertiaire cherche à éviter les conséquences sanitaires de l'usage de drogues. Elle est très liée aux options du modèle de réduction des risques et incite les usagers à prendre des précautions dans leur consommation, notamment pour éviter la propagation du SIDA et des différentes hépatites. Ces différents discours ont un contenu différent. Le danger est le court-circuitage des discours de prévention. On ne citera que le rapport du Sénat du 3 juin 2003 qui

---

<sup>333</sup> B. LUCAS, S. CATTACIN, « Politique en matière de drogue : une analyse relationnelle », *Déviante et Société*, 1999, vol. 23, n°2, p. 157

<sup>334</sup> B. LUCAS, S. CATTACIN, *op. cit.*, p. 158

<sup>335</sup> B. LUCAS, S. CATTACIN, *op. cit.*, p. 160

<sup>336</sup> B. LUCAS, S. CATTACIN, *op. cit.*, p. 157

<sup>337</sup> B. LUCAS, S. CATTACIN, *ibid.*

soulignait « *les effets pervers d'une politique excessivement centrée sur la prévention secondaire* »<sup>338</sup>.

Ces contradictions entre les différents niveaux de prévention sont le résultat de la superposition de discours préventifs systématiques. En effet, chaque niveau de prévention est destiné à un public particulier. L'idée peut donc être de restituer à différents acteurs de la politique criminelle leur capacité à prendre en charge cette prévention et à l'adapter au public concerné. Mais l'évolution vers cette stratégie intégrative de prévention s'est faite à tâtons.

## 2) L'évolution des politiques de prévention en matière de toxicomanie

Les politiques de prévention ont connu une évolution intéressante car, partant de rien (ou presque), elles se sont développées pour aboutir à une stratégie intégrative de prévention.

Le cadre global de la loi du 31 décembre 1970 n'envisage pas la question de la prévention. Seules des mesures sanitaires et répressives y sont abordées. La question de la prévention ne sera abordée qu'en parallèle à la loi de 1970 dans le cadre de recommandations spécifiques à l'Éducation Nationale. Déjà en 1969, il appert au ministre de la Santé qu'il est nécessaire d'apporter une information aux médecins intervenant en milieu scolaire, aux enseignants et aux personnels d'encadrement, compte tenu des modifications observées dans le phénomène de la toxicomanie. Mais cette information est prudemment envisagée car elle « *ne doit pas aller à l'encontre des objectifs souhaités* »<sup>339</sup> : « *S'il est nécessaire d'apporter aux uns et aux autres une information, celle-ci doit être élaborée afin de ne pas aller à l'encontre du but poursuivi en suscitant un intérêt malsain pour le problème. Elle doit au contraire compenser le rôle souvent critiquable joué dans l'extension du phénomène par une certaine presse à sensation* »<sup>340</sup>. La circulaire du 15 janvier 1970<sup>341</sup> « *informe les personnels sanitaires exerçant en milieu scolaire des risques et de la conduite à tenir, en particulier de la nécessité de signaler les cas, de façon anonyme, aux autorités sanitaires et d'informer le chef d'établissement s'il y a un risque pour la collectivité* »<sup>342</sup>. La circulaire du 17 mars 1977<sup>343</sup> annonce la création de clubs de santé associant enseignants et élèves. « *L'information doit être sélective et ne viser que les personnes intéressées : l'information sous forme de journées n'est pas recommandée car elle risque d'être tapageuse et d'aller à l'encontre de ce qui est visé en faisant une publicité involontaire pour les comportements qui ne concernent qu'un petit nombre* »<sup>344</sup>. Ces recommandations sont reprises dans une circulaire du 15 juin 1982<sup>345</sup>

---

<sup>338</sup> N. OLIN, B. PLASAIT, *Rapport de la commission d'enquête sur la politique contre les drogues illicites, Drogue : l'autre cancer*, Tome 1, Les rapports du Sénat, n°321, 2002-2003, Paris, 3 juin 2003, p. 279. On notera néanmoins le ton particulièrement réactionnaire du rapport comparé notamment au rapport Roques

<sup>339</sup> L. SIMMAT-DURAND, *Lutte contre la toxicomanie : de la législation à la réglementation*, L'Harmattan, coll. Logiques Sociales, Paris, 2000, p. 77

<sup>340</sup> Circulaire DGS/1215/MS1, 26 novembre 1969

<sup>341</sup> Circulaire DGS/7/PS2, Lutte contre la toxicomanie et conduite à tenir en milieu scolaire, 15 janvier 1970

<sup>342</sup> L. SIMMAT-DURAND, *op. cit.*, p. 78

<sup>343</sup> Circulaire n° 77-107, Les établissements scolaires et la lutte contre la toxicomanie, 17 mars 1977, *BOEN* n°7, 1978

<sup>344</sup> L. SIMMAT-DURAND, *loc. cit.*

dans le cadre des projets relatifs à l'éducation pour la santé mais « *les actions ne devront ni être systématiques ni indifférenciées mais répondre à une demande réelle des élèves* »<sup>346</sup>.

C'est avec la création de la mission permanente de lutte contre la toxicomanie en 1982, que la politique de prévention est officiellement intégrée dans les objectifs de la politique de lutte contre la toxicomanie. En effet le décret du 8 janvier 1982 confie à la mission le soin de « *définir d'animer et de coordonner la politique du gouvernement en matière de lutte contre la toxicomanie, et notamment les actions de prévention et de réinsertion sociale relative aux toxicomanes* »<sup>347</sup>. Dès lors les plans de lutttes contre la toxicomanie intégreront une politique spécifique de prévention. Le plan du 3 février 1983 prévoit « *que tous les personnels de l'éducation nationale au contact des élèves doivent recevoir une formation, les recteurs, les enseignants, les personnels de santé scolaire, etc.* ». Une circulaire du 27 juillet 1983 met en œuvre cette politique de prévention en prévoyant la désignation de médiateurs et la formation « *d'adultes-relais qui, après une formation axée essentiellement sur la relation et la communication, apporteront écoute et aide aux jeunes* »<sup>348</sup>. La circulaire du 26 mars 1985<sup>349</sup> substitue les *équipes-relais* aux *adultes-relais* et prévoit que les médiateurs doivent bénéficier d'une formation leur permettant de les encadrer. « *Le dispositif de prévention de la toxicomanie s'inscrit dans une prévention plus large de l'ensemble des conduites déviantes et des difficultés des adolescents* »<sup>350</sup>. Le plan du 17 septembre 1985 reconduit les objectifs du plan de 1983. Une note de service du 20 novembre 1985 réaffirme le rôle des équipes relais mais considère que concernant l'information des élèves « *il n'est pas souhaitable que le système éducatif prenne ici l'initiative d'aborder la question des drogues, mais doit pouvoir répondre aux questions lorsqu'elles sont posées* »<sup>351</sup>. Le 19 novembre 1986, la première campagne nationale de prévention de la toxicomanie est lancée par Michèle Barzach. La campagne, ayant pour nom « *La drogue parlons-en avant qu'elle ne lui parle* », a pour but d'alerter et de responsabiliser les parents. Mais la campagne est assez mal accueillie par les intervenants en toxicomanie. Le renforcement de la politique de prévention est la mission prioritaire du plan du 9 mai 1990. Dans un premier temps, une circulaire du 22 octobre 1990<sup>352</sup> insiste sur la prévention des consommations nocives et des conduites à risques parmi les adolescents et prévoit la création de comités d'environnement social. « *Des comités d'environnement social sont ainsi mis en place au sein des établissements scolaires afin de*

---

<sup>345</sup> Circulaire n°10/82 82/256/EN relative aux orientations et au fonctionnement du service de santé scolaire, 15 juin 1982, *BOEN* n°37, 9 octobre 1982

<sup>346</sup> L. SIMMAT-DURAND, *Lutte contre la toxicomanie : de la législation à la réglementation*, L'Harmattan, coll. Logiques Sociales, Paris, 2000, p. 79

<sup>347</sup> Décret n° 82-10, 8 janvier 1982

<sup>348</sup> Circulaire n°83-287, Politique de prévention au ministère de l'Education nationale en matière de lutte contre les toxicomanes, 27 juillet 1983, *BOEN* n°30, 1<sup>er</sup> septembre 1983

<sup>349</sup> Circulaire n° 85-118 relative à la lutte contre les toxicomanies et les conduites déviantes et à la politique de prévention du ministère de l'Education nationale, 26 mars 1985, *BOEN* n°14, 4 avril 1985

<sup>350</sup> L. SIMMAT-DURAND, *op. cit.*, p. 96

<sup>351</sup> Note de service n° 85-423, relative à la politique d'information sur les drogues, 20 novembre 1985, *BOEN* n°43, 5 décembre 1985

<sup>352</sup> Circulaire DLC 16B/90-412, 22 octobre 1990

développer des actions de formation et de coordonner la lutte contre la toxicomanie. Ils doivent assurer la liaison entre l'école et le quartier, informer les chefs d'établissement sur les actions des autres services de l'État et coordonner tout ce qui concerne la lutte contre la drogue sur le secteur. Le principe est celui du volontariat des établissements et de la participation des élèves »<sup>353</sup>. Dans un second temps, une circulaire du 23 décembre 1992<sup>354</sup> intègre la prévention en matière de toxicomanie à des mesures plus générales de prévention de la délinquance, dans le cadre des actions de prévention pour la sécurité dans la ville. « Ces actions prennent place dans le cadre du conseil départemental de prévention et de la délinquance et empiètent sur le domaine de compétence des comités départementaux de lutte contre la toxicomanie, ce qui à terme entraînera leur disparition »<sup>355</sup>. Le plan de 1995 envisage de nouvelles actions de prévention comme « l'élaboration d'un texte sur la prévention pouvant servir de guide de référence pour l'ensemble de professionnels amenés à travailler sur la toxicomanie ou au contact des jeunes »<sup>356</sup> ou encore la création de *Points écoute jeune* ou de *Points écoute parents*. Une circulaire du 14 juin 1996<sup>357</sup> prévoit la mise en place de points d'accueils pour les jeunes. « Ces points d'accueil devront fonctionner en partenariat avec les principaux spécialistes de l'adolescence, avec l'attache du procureur de la République pour répondre à des urgences spécifiques comme les fugues »<sup>358</sup>. D'autre part, une circulaire du 24 juin 1996<sup>359</sup> prévoit la création d'unités mobiles d'information pour la prévention du SIDA qui pourront élargir leurs actions aux risques sanitaires liés à la toxicomanie. Les circulaires des 17 mai<sup>360</sup> et 26 juillet 1996<sup>361</sup> complètent l'information en milieu scolaire par une stratégie de prévention primaire à l'extérieur des établissements par une action sociale visant à la prévention des drogues au sens large (notamment les pratiques de dopage). La circulaire du 1<sup>er</sup> juillet 1998 substitue aux comités d'environnement social, les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté. « Leur mission principale est la prévention de toutes les conduites à risques, dont les toxicomanies ne sont qu'un aspect indissociable des autres addictions ou des violences ». Enfin une circulaire du 2 octobre 1998 intègre l'interdiction de consommer des stupéfiants dans le règlement intérieur des établissements scolaires.

Ainsi, depuis la loi de 1970, les politiques de prévention en matière de toxicomanie se sont incroyablement étoffées. Elles intègrent à présent un nombre impressionnant d'acteurs et d'interlocuteurs. La prévention, autrefois l'apanage du seul pouvoir central, est à présent en

---

<sup>353</sup> L. SIMMAT-DURAND, *Lutte contre la toxicomanie : de la législation à la réglementation*, L'Harmattan, coll. Logiques Sociales, Paris, 2000, p. 119

<sup>354</sup> Circulaire du Premier Ministre 3824/SG relative à la prévention de la délinquance et delà récidive et aux actions de préventions pour la sécurité dans la ville en 1993, 23 décembre 1992

<sup>355</sup> L. SIMMAT-DURAND, *op. cit.*, p. 118

<sup>356</sup> L. SIMMAT-DURAND, *op. cit.*, p. 138

<sup>357</sup> Circulaire DAS/BAG n° 96-378, 14 juin 1996, *BO MASVI* n° 28, 8 août 1996

<sup>358</sup> L. SIMMAT-DURAND, *op. cit.*, p. 139

<sup>359</sup> Circulaire DGS/division SIDA n° 391 relative à la création progressive dans chaque département d'une équipe mobile d'information pour la prévention du SIDA, 24 juin 1996, *BO MTAS/MTAVI*, 1996

<sup>360</sup> Instruction n° 94-087JS relative à la lutte contre la toxicomanie, 17 mai 1994

<sup>361</sup> Instruction n° 994-136JS relative au programme national de lutte contre les toxicomanies, 26 juillet 1994

partie « restituée »<sup>362</sup> aux « interlocuteurs naturels »<sup>363</sup> des jeunes. En effet, seuls ces interlocuteurs naturels « sont dotés d'un fort pouvoir de persuasion »<sup>364</sup> sur les jeunes. Des stratégies intégratives de prévention sont alors mises en place pour assurer l'efficacité et la crédibilité d'un discours dont la cible est prioritairement une population jeune souvent en conflit avec les institutions.

## B- Les stratégies intégratives de prévention

Les stratégies intégratives de prévention se développent essentiellement en milieu scolaire (1) et plus largement au cœur de la politique de la ville (2).

### 1) Les stratégies de prévention intégrative en milieu scolaire

Les stratégies intégratives en milieu scolaire visent à donner à certains acteurs travaillant auprès des adolescents la tâche assurer la prévention en matière de lutte contre la toxicomanie. Il convient donc de rechercher ces interlocuteurs, les former et cadrer leur action.

Selon Thilo Alexandre Firchow, la stratégie de prévention intégrative met en mouvement les interlocuteurs naturels des adolescents. Ces interlocuteurs naturels sont toutes les personnes qui sont en contact quotidien avec des jeunes sans spécificité particulière<sup>365</sup>. En réalité, ce sont tout les acteurs de la vie *normale* de l'établissement qui sont concernés : les enseignants, les surveillants, les conseillers d'orientation, les infirmiers scolaires, etc. Ces acteurs interviennent sans même qu'il y ait de *situation-problème*<sup>366</sup>, contrairement aux « interlocuteurs spécifiques des adolescents (...) dont la fonction est de traiter des problèmes de l'adolescence (psychiatre, policier, magistrats, éducateurs) »<sup>367</sup>. « Le spécialiste est présent en seconde zone »<sup>368</sup> pour soutenir l'interlocuteur naturel. En effet, l'intervention hâtive de spécialistes « peut déclencher un comportement plus grave et une exclusion de la part du groupe »<sup>369</sup> et peut aussi contribuer à « une surdétermination des jeunes »<sup>370</sup>. La prévention en milieu scolaire doit donc « s'appuyer sur une relation de confiance avec les interlocuteurs naturels. Une dynamique relationnelle pourra alors s'initier et jouer une fonction anti-panique d'explication, de formation et, en définitive, d'apaisement pour mieux servir

---

<sup>362</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre les toxicomanies », *RSC*, 1987, p. 954

<sup>363</sup> T. A. FIRCHOW, *ibid.*

<sup>364</sup> T. A. FIRCHOW, « La ville, les jeunes, les juges. La prévention de la délinquance juvénile en milieu urbain : justice et politique de la ville », *Droit et Société*, n°22, 1992, p. 506

<sup>365</sup> Voir A. ROUGE, R. BRES, M. RIBSTEIN, « Travaux collectifs du groupe de travail sur les adolescents », *Les Cahiers de la CORIFET*, n° 1, CORIFET Editions Montpellier, janvier 1988

<sup>366</sup> Pour reprendre la terminologie de Louk Hulsman

<sup>367</sup> T. A. FIRCHOW, « La ville, les jeunes, les juges. La prévention de la délinquance juvénile en milieu urbain : justice et politique de la ville », *Droit et Société*, n°22, 1992, p. 506

<sup>368</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre les toxicomanies », *RSC*, 1987, p. 954

<sup>369</sup> T. A. FIRCHOW, *loc. cit.*

<sup>370</sup> T. A. FIRCHOW, *ibid.*

*d'objectif fondamental d'intégration des jeunes dans leur société* »<sup>371</sup>. Le milieu scolaire est à bien des égards le lieu privilégié pour la recherche de ces interlocuteurs naturels. Mais encore faut-il que ceux-ci soient suffisamment *armés* pour assumer cette prévention en matière de toxicomanie.

Le premier obstacle que peuvent rencontrer les *interlocuteurs naturels* au sein du milieu scolaire est leur méconnaissance (voire leur ignorance) du phénomène de la toxicomanie. Le sujet, particulièrement complexe et délicat (même pour des spécialistes) n'est pas forcément abordable pour des acteurs qui par définition ne sont pas des spécialistes. Les différentes politiques de prévention, depuis la circulaire du 26 novembre 1969<sup>372</sup>, prévoient une formation spécifique du personnel encadrant, de la médecine scolaire et enseignant. Pour ces derniers, une formation initiale et continue est parfois proposée au sein des IUFM<sup>373</sup> mais celle-ci ne semble pas systématique. « *Ainsi, l'Académie d'Amiens souligne que l'équipe de prévention intercatégorielle des conduites à risques propose une formation initiale à l'IUFM et des actions de formation continue. L'Académie de Nancy-Metz propose dans le cadre de l'IUFM et du Centre académique de formation administrative (CAFA) différents stages* »<sup>374</sup>. Certaines propositions tendent à rendre cette formation initiale et continue systématique<sup>375</sup>. Au-delà de leur formation, les interlocuteurs doivent pouvoir délivrer une information exempte de toute inexactitude scientifique. Le plan triennal de 1999-2001 prévoit à cet effet un socle commun de connaissances utilisable par tous. « *C'est dans cette perspective que le livre « Drogues, savoir plus, risquer moins » a été élaboré à destination de tous, jeunes, parents, professionnels de toutes sortes... Des documents à destination des professionnels ont également été réalisés* »<sup>376</sup>.

Le second obstacle de la prévention intégrative en milieu scolaire peut être l'isolement de l'interlocuteur qui, confronté à une *situation-problème* dans laquelle il doit transmettre un message préventif, recherche un cadre dans lequel inscrire son action. Ce cadre est à rechercher dans l'institution des Comités d'Environnement Social puis par celui des Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté. « *La loi d'orientation sur l'éducation de 1989 a inscrit le thème de l'éducation pour la santé parmi les priorités de la communauté éducative. La création des Comités d'Environnement Social a conforté l'implication du système éducatif en matière de santé. Plus récemment, la mission d'éducation pour la santé a supplanté la mission traditionnelle de prévention à la santé. Le rôle de l'École dans le domaine de l'éducation à la santé s'inscrit dorénavant dans une perspective d'éducation globale et d'apprentissage de la citoyenneté. Ce choix d'une perspective globale doit permettre d'ancrer*

---

<sup>371</sup> T. A. FIRCHOW, *ibid.*

<sup>372</sup> cf. *supra*

<sup>373</sup> Instituts universitaires de formation des maîtres

<sup>374</sup> J-P. BAEUMLER, *Le rôle du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté*, Rapport au Premier Ministre, 2002, p. 26

<sup>375</sup> Voir J-P. BAEUMLER, *op. cit.*, p. 50 et 51

<sup>376</sup> N. MAESTRACCI, « Politique publique et plan triennal », in CNDP, *Lutte contre la drogue et prévention des dépendances. Vers un dispositif en réseau*, Centre nationale de documentation pédagogique, Repères, Paris, 2002, p. 11

*le thème de l'éducation pour la santé dans différentes disciplines qui ne ressortent pas toutes de la biologie*»<sup>377</sup>. Les CESC permettent donc la mise en place d'un cadre commun et participatif d'action permettant aux interlocuteurs naturels d'agir en cohérence avec les autres interlocuteurs. Il a néanmoins pu être constaté une certaine inégalité dans l'implication des différents interlocuteurs dans les CESC : « *La très forte représentation des personnels de santé dans les différentes instances prouve que la charge de l'éducation pour la santé reste surtout confiée au médecin et à l'infirmière de l'Éducation nationale* »<sup>378</sup>. Le plan 2004-2008 tente de remédier à cela en suggérant de rendre obligatoire la participation aux CESC : « *Cela nécessite la mise en place de rencontres régulières et obligatoires entre les différents membres de la communauté scolaire (élèves et adultes) qui permettent l'émergence des questions que ce posent les élèves et les personnels éducatifs, le repérage des problématiques spécifiques à l'établissement à l'établissement et la définition des actions prioritaires à mener dans un projet de prévention et d'éducation à la santé* »<sup>379</sup>.

La prévention scolaire est nécessairement incomplète. En effet, certains jeunes sont déscolarisés ou en rupture avec le milieu scolaire. La conjonction de cette rupture avec des problèmes de toxicomanie (réels, potentiels ou simplement hypothétiques) n'est d'ailleurs pas rare. Il convient donc d'étendre les stratégies de prévention intégratives en dehors des murs de l'établissement scolaire au niveau local.

## 2) La prévention intégrative au cœur de la politique de la ville

Il convient à présent de recentrer la prévention au cœur de la politique de la ville. En effet, les stratégies de prévention intégratives scolaire, aussi efficace soient-elles, reste assez limitée. Elle ne touche pas les jeunes déscolarisés, en rupture avec l'institution scolaire ou tout simplement les jeunes adultes. Des politiques préventives locales semblent donc nécessaires. Restant sous le paradigme des stratégies intégratives, elles permettront le rétablissement des « *vecteurs de communication qui font défaut dans les cadres les plus immédiats de la vie sociale* »<sup>380</sup>.

En dehors des murs de l'institution scolaire comme au sein de ces murs, la question de la recherche des *interlocuteurs naturels* des jeunes est cruciale. L'intervention prématurée de spécialistes (psychiatres, magistrats, éducateurs ou policiers) peut s'avérer contre-productive voire inefficace. Doit-on rappeler à quel point l'action policière conduit à une surdétermination des jeunes et des toxicomanes<sup>381</sup> ? En réalité, il faut rechercher ces interlocuteurs naturels dans la société civile. Toute la société civile. Le *peuple* dans toute sa

---

<sup>377</sup> J-P. BAEUMLER, *op. cit.*, p. 25

<sup>378</sup> J-P. BAEUMLER, *Le rôle du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté*, Rapport au Premier Ministre, 2002, p. 25

<sup>379</sup> MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008*, La Documentation française, Paris, 2004, p. 31

<sup>380</sup> T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre les toxicomanies », *RSC*, 1987, p. 954

<sup>381</sup> Nous renvoyons sur cette question à nos développements du chapitre 1 de cette même partie.

diversité. Thilo Alexandre Firchow évoque les « *animateurs de clubs sportifs* »<sup>382</sup> ou encore « *les patrons de café* »<sup>383</sup>. Pour évoquer cette recherche d'interlocuteurs naturels, peut être pouvons nous évoquer une expérience associative dans le quartier de la Goutte-d'Or à Paris. Lia Cavalcanti, secrétaire générale de l'association « Espoir Goutte-d'Or », précise que le but de l'association était « *dans un premier temps, de réduire les zones de conflits entre habitants et usagers de drogue afin, dans un second temps, de faire de la drogue un objet connu de tous et donc susceptible d'une mobilisation collective en vue de sa réduction* »<sup>384</sup>. Cette prévention de terrain s'articule autour d'un partenariat associant « *les habitants du quartier, les usagers de drogues, les représentant institutionnels et le monde politique* »<sup>385</sup>. Mais cette initiative de prévention intégrative à l'échelle du quartier de la Goutte-d'Or, s'est confrontée au début à une certaine hostilité des autorités *traditionnelles* de lutte contre la toxicomanie : « *Cette volonté de déspecialiser l'intervention sociale m'a cependant valu un refus net de coopération de la part des autorités de tutelle, c'est-à-dire de la DDASS, bien que nous travaillions désormais main dans la main* »<sup>386</sup> ; « *Le commissaire alors en place m'a manifesté un refus net de coopérer, si je ne commençais pas par lui donner des noms* »<sup>387</sup>.

Mais si les *interlocuteurs naturels* ne peuvent être directement trouvés dans l'environnement local, on pourrait envisager les créer *ex nihilo*. La création de groupes relais dans toutes les institutions en contact direct avec les adolescents participe de cet effort. « *Les groupes relais vont avoir une fonction attentive aux problèmes de délinquance ; ils désignent en leur sein des personnes choisies pour leur bonne connaissance de l'institution. Ce sont les adultes relais qui seront directement en phase avec les jeunes, munis d'un savoir circonstancié et des moyens techniques pour démêler l'écheveau de leurs difficultés* »<sup>388</sup>.

Thilo Alexandre Firchow pose deux conditions *sine qua non* à la réussite des stratégies de prévention intégratives : « *Il faudra, dès lors, remplir deux conditions : faire que les spécialistes se cantonnent en seconde zone et que l'on donne aux interlocuteurs naturels des adolescents les moyens et les connaissances nécessaires pour apporter des réponses et occuper vraiment la première zone de communication avec les jeunes* »<sup>389</sup>. Les stratégies de prévention intégratives au niveau local sont confrontées aux réticences des interlocuteurs spécialisés qui voient leur champ d'intervention préventif en première zone particulièrement réduit. Il leur est notamment reproché leur manque de connaissances scientifiques. Mais une telle objection est-elle crédible alors que l'établissement d'un socle commun de connaissance,

---

<sup>382</sup> T. A. FIRCHOW, « La ville, les jeunes, les juges. La prévention de la délinquance juvénile en milieu urbain : justice et politique de la ville », *Droit et Société*, n°22, 1992, p. 506

<sup>383</sup> T. A. FIRCHOW, *ibid.*

<sup>384</sup> L. CAVALCANTI, « La dimension communautaire », in CNDP, *Lutte contre la drogue et prévention des dépendances. Vers un dispositif en réseau*, Centre nationale de documentation pédagogique, Repères, Paris, 2002, p. 38

<sup>385</sup> L. CAVALCANTI, *ibid.*

<sup>386</sup> L. CAVALCANTI, *op. cit.*, p. 37

<sup>387</sup> L. CAVALCANTI, *op. cit.*, p. 38

<sup>388</sup> T. A. FIRCHOW, « La ville, les jeunes, les juges. La prévention de la délinquance juvénile en milieu urbain : justice et politique de la ville », *Droit et Société*, n°22, 1992, p. 509

<sup>389</sup> T. A. FIRCHOW, *op. cit.*, p. 506



accessible de tous, permet une certaine *mise à niveau* des interlocuteurs ? Les stratégies de prévention intégrative au niveau local doivent nécessairement être cadrées au sein de stratégies globales de lutte contre la toxicomanie adaptées au niveau local.

## SECTION 2 : LA PROMOTION DE STRATÉGIES DE LUTTE ADAPTÉES AUX SPÉCIFICITÉS LOCALES

Une seconde branche d'option participant à l'élaboration d'une politique participative de lutte contre la toxicomanie consiste en la promotion de stratégies de lutte adaptées aux spécificités locales. Depuis quelques années, l'on peut observer la mise en place d'instances locales de politique participative (A), si bien que l'on peut en évaluer leur capacité à promouvoir le consensus (B).

### A- La mise en place d'instances locales de politique participative

L'étude des stratégies locales suppose l'étude d'un « *imbroglio de structures* »<sup>390</sup>. La question est de savoir comment une stratégie locale peut admettre une composante participative. À cet effet, nous étudierons comment la mise en place d'instances locales peut promouvoir une telle politique participative. La mise en place de ces instances locales de politique participative peut promouvoir le consensus par une participation commune à l'élaboration des politiques de lutte contre la toxicomanie (1) et à la nécessaire adaptation de celles-ci à l'échelle locale (2).

#### 1) La participation à l'élaboration des politiques de lutte contre la toxicomanie

Pour savoir comment la politique participative locale peut promouvoir le consensus au sein de la politique criminelle de lutte contre la toxicomanie, il convient d'énoncer à une tautologie éhontée : la politique participative suppose une participation des acteurs de la politique criminelle et des citoyens à l'élaboration de la politique. Une structure interpartenariale comme celle des CCPD<sup>391</sup> (puis des CCSPD<sup>392</sup>) permet une telle participation en cela qu'elle est un lieu privilégié d'expression et un instrument privilégié d'action.

Les CCPD (puis les CCSPD) sont des lieux privilégiés d'expression car ce sont avant tout des lieux de rencontre d'une diversité d'intervenants et de partenaires. Leur composition décloisonnée permet un large dialogue. « *On a vu de par sa composition qu'un CCPD comme celui de Montpellier arrive à rassembler en des assemblées plénières ou des réunions de commission des partenaires qui jusqu'alors avaient très peu échangé entre eux. Quel autre lieu permet à un directeur départemental des polices urbaines, à un permanent de club de prévention, au représentant d'une association d'entraide et de réinsertion sociale, ou d'une*

---

<sup>390</sup> N. OLIN, B. PLASAIT, *Rapport de la commission d'enquête sur la politique contre les drogues illicites, Drogue : l'autre cancer*, Tome 1, Les rapports du Sénat, n°321, 2002-2003, Paris, 3 juin 2003, p. 286

<sup>391</sup> Conseils communaux de prévention de la délinquance

<sup>392</sup> Conseils communaux de sécurité et de prévention de la délinquance

*association d'aide aux victimes, à un fonctionnaire municipal chargé de la police municipale, à un inspecteur des affaires sociales, à un substitut du procureur de la République, à un professeur de droit pénal, à des élus, à bien d'autres encore, de se rencontrer, d'apprendre à se connaître, d'échanger* »<sup>393</sup> ? Cette diversité peut faire émerger des projets particulièrement imaginatifs. Mais cette concertation, pour être productive, ne doit pas conduire à un simple *forum* désordonné. Ses structures supposent un pilotage interne et une coordination par une instance légitime, afin d'élaborer un projet viable et sérieux. « *Interpartenariat et décloisonnement sont les assises du fonctionnement d'un CCPD qui suppose en outre un ou des porteurs, dotés d'une légitimité substantielle, (des élus dans le cas de Montpellier) de ce projet ambitieux, celui d'une concertation non pas ponctuelle mais dans la durée sur l'élaboration localement d'une politique criminelle* »<sup>394</sup>. Les CCPD (puis les CCSPD) sont donc des structures au sein desquelles une concertation rationnelle, interpartenariale et plurielle est possible. Encore faut-il que cette concertation conduise à une action. L'action des CCPD (puis des CCSPD) prend une forme contractuelle.

La composition de ces instances, particulièrement décloisonnée, permet de promouvoir un véritable consensus local autour d'actions spécifiques de politique criminelle. « *À l'élaboration de ce programme sont effectivement associés de très nombreux acteurs de la prévention, ils débordent les seuls travailleurs sociaux, de nombreux acteurs de la répression, ils débordent les professionnels de la justice pénale, de nombreux acteurs de sécurité, ils débordent les professionnels du maintien de l'ordre. Le public ou les citoyens sont effectivement représentés ou directement impliqués, en particulier dans la préparation des contrats d'action de prévention, politique tangible d'un conseil communal* »<sup>395</sup>. Cet aspect contractuel de l'action des CCPD (puis des CCSPD) est en réalité une validation étatique du projet en vue de l'octroi des crédits nécessaire à son fonctionnement. Cette validation prend la forme d'un CAP<sup>396</sup>, qui définit l'action dans un cadre d'utilisation des crédits précis. « *Concrètement la préparation des contrats d'action de prévention de Montpellier (CAP 1985, 1986, 1987, 1988) a donné lieu à un travail de fond sérieux en commission, d'abord de recensement des moyens existants, d'appréciation de ce qu'on peut appeler les réseaux de la prévention, ensuite d'évaluation de la criminalité apparente, enfin de construction d'un projet s'articulant autour d'un certain nombre d'opérations* ». Ces opérations se rattachent à des chapitres divers de la politique criminelle, notamment la lutte contre la toxicomanie mais pas uniquement. Le plan de 1990 avait prévu une spécialisation des actions locales en matière de toxicomanie, mais celle-ci a très rapidement été abandonnée. L'action locale en matière de lutte contre la toxicomanie se fonde donc dans celle de la lutte contre la délinquance.

---

<sup>393</sup> C. LAZERGES, « La mise en œuvre par un conseil communal de prévention de la délinquance de l'idée de participation des citoyens à la politique criminelle. L'exemple de Montpellier », *RSC*, 1988, p. 152

<sup>394</sup> C. LAZERGES, *ibid.*

<sup>395</sup> C. LAZERGES, *ibid.*

<sup>396</sup> Contrat d'action de prévention, qui sera renommé Contrat d'action de prévention pour la sécurité dans la ville

Mais si les CCPD (puis les CCSDP) permettent « *l'élaboration, dans l'interpartenariat, dans la transparence, avec redéploiement des moyens de citoyens ou d'administrations, d'opérations ponctuelles de politique criminelle adaptées à la commune, ou à un quartier de la commune* »<sup>397</sup>, la politique criminelle participative locale a pour mission la nécessaire adaptation des politiques nationales au plan local.

## 2) L'adaptation des politiques de lutte contre la toxicomanie à l'échelle locale

Les instances de la politique participative locale permettent l'émergence de solutions adaptées au territoire. Mais une deuxième facette de la politique criminelle participative consiste en l'adaptation des politiques de lutte contre la toxicomanie au niveau local c'est-à-dire la participation à la réception de la politique criminelle. Dès lors on va voir se développer un maillage territorial de la politique criminelle autour d'une organisation déconcentrée de la MILDT. « *L'organisation déconcentrée de la MILDT s'articule aujourd'hui autour de deux dispositifs : les chefs de projet territoriaux et le réseau de Centres d'information et de ressources sur les drogues et dépendances (CIRDD) venant en appui à ces chefs de projet et aux opérateurs locaux* »<sup>398</sup>.

Le plan triennal 1999-2001 a entièrement redéfini les missions du dispositif de coordination locale. La circulaire du 13 septembre 1999<sup>399</sup> organise le dispositif local de coordination de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie autour de deux instances : le chef de projet départemental chargé de la lutte contre la drogue et de la prévention des dépendances et le comité de pilotage de la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances, présidé par le préfet. Les chefs de projet sont nommés par le préfet. Ils sont chargés d'animer la politique interministérielle locale contre la toxicomanie et d'articuler leur action avec les dispositifs locaux existant. Les chefs de projet adaptent donc leur action avec celle des CCSPD, véritables structures de politique criminelle participative. Ils leur sont alloués par la MILDT une délégation de crédit qui leur permet de mener des actions correspondant au contexte local tout en veillant à l'harmonisation avec le programme national. Les chefs de projet occupent donc une position de relais de la politique criminelle nationale à l'échelle locale. Ils permettent, non de créer une véritable politique participative, puisqu'ils sont une émanation étatique, mais ils permettent la prise en compte des structures locales dans lesquelles la participation est appliquée. Le plan triennal 1999-2001 prévoit en outre la constitution d'un réseau de CIRDD<sup>400</sup> au niveau départemental, interdépartemental ou régional. Les CIRDD s'adressent à un public de professionnels, afin « *de promouvoir les connaissances, les axes de*

---

<sup>397</sup> C. LAZERGES, « La mise en œuvre par un conseil communal de prévention de la délinquance de l'idée de participation des citoyens à la politique criminelle. L'exemple de Montpellier », *RSC*, 1988, p. 153

<sup>398</sup> MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008*, La Documentation française, Paris, 2004, p. 95

<sup>399</sup> Circulaire relative à la lutte contre la drogue et la prévention de la dépendance, 13 septembre 1999

<sup>400</sup> Centres d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances

*politique gouvernementale, les bonnes pratiques et les méthodes d'intervention dans le champ des drogues* »<sup>401</sup>.

Le maillage territorial de la MILDT permet une meilleure prise en compte des instances territoriales, dans lesquelles participent les acteurs de la politique criminelle et les citoyens, dans la réception locale de la politique criminelle. Mais l'on ne peut pas parler de *politique criminelle participative* pour autant. Une politique criminelle participative au stade de la réception de la politique criminelle consisterait stricto sensu dans l'action des CCSPD, dans le cadre général de la délinquance. En effet, « *parce qu'il est un lieu non seulement de réflexion mais d'action, catalyseur d'énergie, impulseur et coordinateur d'initiatives émanant du public sous toutes ses formes, un CCPD est un relais pour une meilleure réception de la politique criminelle législative ou gouvernementale* »<sup>402</sup>. Pouvons nous citer à titre d'exemple l'action du CCPD de Montpellier en matière de contrôle judiciaire socio-éducatif : « *A Montpellier une association : l'association d'entraide et de réinsertion sociale (AERS) assure le suivi des inculpés placés par le juge d'instruction sous contrôle judiciaire dit socio-éducatif. Il est apparu que ce type de mesures ne pouvait être développé sans offrir aux juges d'instruction des solutions d'hébergement pour les inculpés sans domicile fixe. Le CCPD a alors décidé de financer la location par l'AERS (laquelle dispose déjà d'un foyer) de trois appartements permettant de loger des personnes sous contrôle judiciaire socio-éducatif* »<sup>403</sup>.

La mise en place de stratégies locales a permis l'émergence d'une politique criminelle participative dans l'élaboration de politiques de lutte contre la toxicomanie et, dans une certaine mesure, leur réception. Une évaluation est nécessaire pour déterminer si les stratégies locales permettent la promotion d'un consensus (tant attendu).

B- Une évaluation des stratégies locales dans la production d'un consensus : limites et horizon

Les instances locales restent nécessairement limitées dans la promotion d'un consensus (1). Certaines expériences autonomes ont supplanté ces instances dans la promotion d'un consensus sur un modèle participatif (2) et soulignent la nécessité de continuer à s'engager dans la voie de la politique criminelle participative.

#### 1) Les limites des instances locales à promouvoir le consensus

Les stratégies locales en termes de politique criminelle participative menée par les instances telles que les CCSPD ne sont pas exemptes de limites dans leur capacité à promouvoir le consensus.

---

<sup>401</sup> MILDT, *op. cit.*, p. 96

<sup>402</sup> C. LAZERGES, « La mise en œuvre par un conseil communal de prévention de la délinquance de l'idée de participation des citoyens à la politique criminelle. L'exemple de Montpellier », *RSC*, 1988, p. 153

<sup>403</sup> C. LAZERGES, *ibid.*

À propos de l'expérience de Montpellier, Christine Lazerges évoque la difficulté à dépasser certains conflits partisans. « *Il serait malhonnête d'occulter les difficultés, elles ont à Montpellier consisté essentiellement dans la difficulté de dépasser les conflits partisans. Si des élus de l'opposition sont membres du CCPD et c'est le premier critère du dépassement des clivages politiques, leur participation est quasi inexistante* »<sup>404</sup>. En dehors de ces conflits partisans, certains acteurs rechignent à participer à ces instances dont les réunions peuvent tourner au règlement de comptes. L'avocat général Jean-Claude Kross, évoque sa participation au sein de ces instances : « *On avait un problème en plus concernant les mineurs. J'étais le représentant du parquet mineur, mais le juge des enfants n'était pas présent. Je prenais à la figure tous les reproches qu'on faisait au juge des enfants, alors que moi-même j'avais des reproches à leur égard* »<sup>405</sup>. Cette situation a été particulièrement bien décrite dans le rapport Mouhanna-Bastard<sup>406</sup> comme étant spécifique à la justice des mineurs, justice que l'on sait particulièrement incomprise. En dehors de la justice des mineurs, le pouvoir politique semble mener un double discours qui peut mettre certains acteurs dans une position difficile. « *Si l'on décidait de faire des opérations ponctuelles de contrôle dans telle ville, tel jour, à telle heure devant les collèges ou les lycées, pour savoir s'ils avaient des stupéfiants qui circulaient et qui étaient consommés, on était systématiquement critiqués. Soit on n'en faisait pas assez soit on en faisait trop. Pendant les 3 ans, je m'en suis pris plein la figure. Quand on faisait les opérations, les élus, qu'ils soient de droite ou de gauche, voulaient plus de police, plus de contrôles. Puis ensuite, ils parlaient de trop grande répression. Ils parlaient du scandale de l'activité policière. C'est ce que je retiens, quoi qu'on fasse, on est dans une position intenable à cause des doubles discours des politiques* »<sup>407</sup>.

Mais au-delà des problèmes relationnels, les instances locales souffrent d'un manque de moyens. Ce manque de moyens crée un décalage entre les aspirations des uns et la réalité du possible. « *Les communes, les régions, les maires, étaient très demandeur de Contrats locaux de sécurité et de Contrats d'action de prévention pour la sécurité. Le parquet n'osait pas dire non et participait aux réunions. Moi, j'ai toujours considéré que l'on faisait de la cavalerie judiciaire. On agissait comme si l'on était en mesure de pouvoir faire face et de répondre aux exigences de nos partenaires, alors qu'on ne l'était pas. Mais on ne voulait pas être absent non plus* »<sup>408</sup>. Il peut donc y avoir un décalage entre le contenu des différents contrats et les capacités réelles des communes ou des collectivités à assumer de tels plans. Un tel décalage rend l'action inefficace et le consensus autour d'une politique criminelle inopérant.

---

<sup>404</sup> C. LAZERGES, « La mise en œuvre par un conseil communal de prévention de la délinquance de l'idée de participation des citoyens à la politique criminelle. L'exemple de Montpellier », *RSC*, 1988, p. 152

<sup>405</sup> J-C KROSS, avocat général à la Cour d'Appel de Paris, C.P.A, 11 avril 2009

<sup>406</sup> B. BASTARD, C. MOUHANNA, *Le juge des enfants n'est pas un juge mineur. Etude sociologique d'un groupe professionnel sous tension*, ISP-CNRS, Centre de sociologie des organisations, Mission de recherche Droit et Justice, Paris, 2008

<sup>407</sup> J-C KROSS, *loc. cit.*

<sup>408</sup> J-C KROSS, *ibid.*

Si certains éléments tendent à conclure à de réelles limites dans la capacité de consensus des stratégies locales participatives, certaines expériences sont particulièrement encourageantes.

## 2) Des expériences autonomes de promotion du consensus

La politique participative locale ne prend pas nécessairement naissance au sein des CCSPD. Certaines expériences locales autonomes ont démontré que la volonté de certains acteurs à promouvoir un consensus était très forte. Nous prendrons comme objet d'étude une initiative particulièrement intéressante du CSST Arc-en-ciel à Montpellier.

Partant du constat que les toxicomanes éprouvent les plus grandes difficultés à évoluer au sein de la justice, le CSST Arc-en-ciel de Montpellier, a monté en son sein en 1999, une « commission justice-toxicomanie ». Cette commission a mis en place un réseau d'avocats spécialement formés à la défense des toxicomanes. Benoît Joly, éducateur spécialisé, à l'initiative du projet évoque le désir du circuit médico-social d'intégrer des problématiques judiciaires : « *La dimension justice avait longtemps été occultée et nous nous concentrons sur les volets social et sanitaire de la prise en charge. Mais nier les problèmes juridiques et judiciaires des patients toxicomanes, c'est nier la toxicomanie elle-même* »<sup>409</sup>. Pour aboutir à la réalisation du projet de la commission, il a fallu trouver un consensus entre les acteurs médicaux sociaux et judiciaires. La commission a donc été composée de ces deux types d'acteurs, mais aussi d'universitaires spécialistes du droit. Les échanges au sein de la commission ont permis de faire tomber certains murs d'incompréhension chacun expliquant sa démarche à l'autre. « *C'est ainsi que les juristes sont intervenus sur le secret professionnel ou la responsabilité civile ou pénale des travailleurs sociaux et, à l'inverse, que le médecin psychiatre d'Arc-en-ciel a fait un point sur les produits de substitution et les usages détournés. Un échange de bons procédés, dont l'objet premier est d'offrir aux usagers une défense adaptée* »<sup>410</sup>. À ces temps d'échanges, s'ajoutent un véritable partage de savoirs et une formation mutuelle. « *Pour parfaire les connaissances de chacun, des sessions d'information et des temps d'échanges sont proposés très régulièrement par la commission justice-toxicomanie. En alternance, l'équipe du centre de soins spécialisé pour toxicomanes forme les membres de cette dernière auxquels se joignent des invités, tels des magistrats et des juristes qui viennent décrypter les textes et leurs implications* »<sup>411</sup>. Cette démarche d'échange de savoirs forge une culture commune et un consensus solide entre les acteurs. Mais ce consensus n'est pas vain et les échanges ne se font pas pour le seul plaisir de la réunionite. C'est le projet commun qui fédère. Le projet est fondamentalement tourné dans l'intérêt du toxicomane. Un partenariat se crée à travers le réseau et les acteurs collaborent pour créer une continuité entre soin, social et justice. « *Lorsqu'un usager a besoin d'une défense, l'un des dix avocats de la commission est contacté. (...) Des informations sur le*

---

<sup>409</sup> F. RAYNAL, « Un réseau d'avocats formés à la défense des personnes toxicomanes », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2496, 2 mars 2007, p. 33

<sup>410</sup> F. RAYNAL, *ibid.*

<sup>411</sup> F. RAYNAL, *op. cit.*, p. 34

*projet social ou thérapeutique du patient sont transmises à l'avocat afin d'en étayer le travail et d'introduire le plus de cohérence possible entre les pratiques des acteurs en présence. Bien entendu, tout se déroule avec l'accord de l'usager et dans le respect du secret lié à la profession de chacun* »<sup>412</sup>. L'avocat plaide alors en pleine connaissance du dossier. « *L'avocat devient pour les usagers un allié voire un partenaire* »<sup>413</sup>. Le réseau va au-delà des avocats pour inclure des magistrats (qui pourront participer à des colloques) mais aussi des intervenants en prison (qui pourront rencontrer le toxicomane pour le préparer à son séjour carcéral si besoin est). Ainsi par la construction, en dehors de tout cadre étatique, d'un projet tourné vers le toxicomane, un consensus s'est formé entre des acteurs, qui normalement seraient en conflit.

## CONCLUSION DE LA SECONDE PARTIE

La recherche d'un consensus au sein de la politique criminelle de lutte contre la toxicomanie est particulièrement difficile tant les conflits y sont ancrés. Les options de politique criminelle allant dans ce sens sont diverses, voire totalement opposées. La solution consistant à objectiver la politique criminelle s'avère un échec dans la promotion d'un consensus. La politique criminelle objective conduit même à l'apparition de nouveaux conflits. Dans un sens opposé, la solution consistant à faire participer les acteurs de la politique criminelle et les citoyens, paraît encourageante. La « *force créatrice* » de ces intervenants organisés sous la forme d'instances décloisonnées et interpartenariales permet l'émergence de stratégies consensuelles. Il semble que l'investissement dans les politiques participatives aurait peut-être raison des conflits de politique criminelle en matière de lutte contre la toxicomanie.

---

<sup>412</sup> F. RAYNAL, « Un réseau d'avocats formés à la défense des personnes toxicomanes », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2496, 2 mars 2007, p. 33

<sup>413</sup> F. RAYNAL, *op. cit.*, p. 34

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Les conflits en matière de lutte contre la toxicomanie sont légion. Leur présence est un frein à l'efficacité de la politique criminelle. Ces conflits prennent clairement source dans la différence, voire la contradiction, de conceptions et de représentations que les différents acteurs ont de la façon de traiter la toxicomanie. Le corps médical, désemparé par des conflits qui le dépassent, se cantonne derrière son secret médical pour se concentrer sur le traitement du patient toxicomane. Les autorités judiciaires ont depuis longtemps renoncé à chercher une cohérence dans le système et donnent à contre cœur des obligations de soins comme sachant par avance qu'elles échoueront. La toxicomanie, phénomène polymorphe, implique la création de la figure janusienne du toxicomane, cible incertaine de la politique. Malade, délinquant, déviant, asocial, dangereux, ce citoyen aux multiples facettes est réduit par chaque acteur à ce qu'il veut bien voir en lui. Centre d'intervention, le toxicomane est pris dans la tempête des luttes de pouvoir acharnées de cette « République des spécialistes ». Il reste enfermé dans ce cauchemar kafkaïen de la discorde de ceux qui savent mieux que lui où réside son bien être sans se soucier réellement de lui. Il doit être enfermé, il doit être désintoxiqué, il doit être protégé des maladies, il doit être réinséré. Tout le monde se penche sur lui pour l'étudier comme ces médecins de la leçon d'anatomie de Rembrandt qui étudient le bras d'un corps inerte sans se soucier de savoir à qui il appartient. Alors à qui confier son sort ? À la société civile ? Celle-ci se réunit en association et groupements divers aux opinions diverses. Aussi diverses qu'est diverse la société. Et si beaucoup d'entre elles sont de bonne foi et font du bon travail, il arrive un temps où le groupement s'institutionnalise et devient le lieu de pouvoir. La diversité de la société est aussi un danger. Le toxicomane, agneau désespéré, malléable et influençable, est une proie facile pour les groupements sectaires, qui substituent à un asservissement chimique un asservissement psychologique.

Alors si la complexité de la personnalité du toxicomane est la source des conflits, pourquoi ne pas en faire abstraction ? Le travail de déshumanisation de la politique répressive marque artificiellement le toxicomane d'une qualification, le fait rentrer dans une case selon des procédés arbitraires et contente le desideratum d'un électorat traditionaliste en mal de valeurs morales. Mais l'artefact ne prend pas. Les spécialistes trouvent un ennemi commun en cette politique, tant les options retenues par ceux qui n'ont jamais connu de toxicomanes sont irréalistes. Ces options sont aussi cruelles. Incarcération des toxicomanes, refus de la réduction des risques, désintoxication de force, sont des options qui atteignent le corps du toxicomane sans que cette douleur ne fasse oublier celle du manque. Alors comment faire ? La solution aux conflits réside peut-être dans la restauration d'un lien social oublié. Dans ce troisième mot de notre triptyque républicain : la fraternité. Le peuple est une force créatrice irrésistible, capable de traiter humainement, humblement, localement la toxicomanie comme ce qu'elle est : une déviance. Restituer les stratégies de préventions aux interlocuteurs naturels



en replaçant le spécialiste en seconde zone, faire participer les intervenants et les citoyens à la politique sont des solutions de consensus. L'on voit aussi l'apparition d'initiatives autonomes de promotion du consensus. Mais traiter la toxicomanie comme une déviance, n'est-ce pas là déjà remettre en question la pénalisation de l'usage. A-t-elle d'ailleurs jamais été une solution cohérente ? D'autres solutions semblent envisageables et ont été proposées. Mais comment expliquer les vertus d'un interdit sans peine ? Solution médiatiquement intenable tant les racines moralistes sont profondément ancrées dans le terreau de la prohibition. Et dans ce contexte, l'on ose à peine souffler dans la nef de nos préjugés une pensée blasphématoire : « dépenalisation ».

## TABLE DES MATIERES

Sommaire.....	1
Abréviations utilisées.....	2
Introduction .....	3
Partie 1 : L'éclatement de la politique criminelle de lutte contre la toxicomanie.....	13
Chapitre 1 : L'ouverture sur la collaboration de la société civile.....	14
Section 1 : Une intégration du groupe social sous contrôle.....	15
A- L'intégration de la société civile à la réponse étatique.....	15
1) Une intégration en amont dans la production normative.....	15
2) Une intégration en aval dans la mise en œuvre des réponses étatiques.....	16
B- Le contrôle étatique et la crainte d'une autonomisation des réponses sociétales.....	18
1) Le risque d'un développement de réponses sociétales autonomes.....	18
2) Le risque de dérives des modèles purement sociétaux.....	20
Section 2 : L'éclatement des stratégies sociétales.....	22
A- Un conflit de stratégies dans le référentiel classique de prise en charge spécialisée.....	22
1) La construction d'un référentiel commun de sevrage et de psychothérapie.....	22
2) Des conceptions stratégiques divergentes.....	24
B- Un conflit idéologique dans le référentiel nouveau de réduction des risques.....	26
1) L'émergence d'un conflit idéologique.....	26
2) La substitution comme traitement concurrent aux traitements existants.....	28
Chapitre 2 : Les soins obligatoires : « L'utopie d'une triple entente ».....	30
Section 1 : L'injonction thérapeutique du procureur de la République, un conflit pré-sententiel.....	31
A- Le recoupement des sphères d'intervention.....	31
1) Le dispositif légal de l'injonction thérapeutique : un système alternatif.....	31
2) La surfiltration à l'entrée du circuit sanitaire.....	32
B- L'émergence d'un conflit éthique.....	35
1) Les difficultés liées au principe du traitement imposé.....	35
2) Les difficultés liées au respect du secret médical durant le suivi de l'injonction.....	37
Section 2 : L'injonction thérapeutique prononcée par le juge, un conflit post-sententiel.....	39
A- Les différentes représentations de l'injonction thérapeutique.....	39
1) L'injonction thérapeutique « alternative aux poursuites ».....	39
2) L'injonction thérapeutique « peine ».....	41
B- Le traitement du toxicomane incarcéré : l'impossibilité de lier peine et traitement.....	43
1) Un dispositif de prise en charge éclaté et insuffisant.....	43
2) Un accès inégal aux traitements de substitution.....	44

Conclusion de la Partie 1.....	45
Partie 2 : La recherche d'un consensus autour d'une politique criminelle de lutte contre la toxicomanie.....	46
Chapitre 1 : L'objectivisation de la politique criminelle de lutte contre la toxicomanie.....	47
Section 1 : La tentation d'une surdétermination explicite de la population toxicomane.....	48
A- La nécessaire objectivisation de la personnalité du toxicomane.....	48
1) Le toxicomane : figure ambiguë et insaisissable.....	48
2) La superposition des modèles.....	50
B- La tentation répressive d'une surdétermination du toxicomane.....	51
1) Le lien entre les options répressives et la surdétermination du toxicomane.....	52
2) Les résistances aux options surdéterministes : le risque d'ériger un bouc émissaire.....	53
Section 2 : La mécanique interne de la surdétermination de la population toxicomane.....	55
A- La construction de l'usager : un passage obligé.....	55
1) La construction de l'usager, un préalable à la gestion pénale des drogues.....	55
2) Les modalités de la construction de l'usager.....	57
B- La catégorisation : une méthode arbitraire de consensus.....	59
1) Une catégorisation arbitraire de l'usager selon son degré d'implication dans le trafic.....	59
2) La catégorisation de l'usager : la difficile recherche du toxicomane.....	61
Chapitre 2 : La politique criminelle participative de lutte contre la toxicomanie.....	64
Section 1 : La promotion d'un programme de prévention intégrative.....	65
A- Le cheminement vers des politiques de prévention intégrative.....	65
1) Les modèles de prévention en matière de toxicomanie.....	65
2) L'évolution des politiques de prévention en matière de toxicomanie.....	67
B- Les stratégies intégratives de prévention.....	70
1) Les stratégies de prévention intégrative en milieu scolaire.....	70
2) La prévention intégrative au cœur de la politique de la ville.....	72
Section 2 : La promotion de stratégies de lutte adaptées aux spécificités locales.....	74
A- La mise en place d'instances locales de politique participative.....	74
1) La participation à l'élaboration des politiques de lutte contre la toxicomanie.....	74
2) L'adaptation des politiques de lutte contre la toxicomanie à l'échelle locale.....	76
B- Une évaluation des stratégies locales dans la production d'un consensus.....	77
1) Les limites des instances locales à promouvoir le consensus.....	77
2) Des expériences autonomes de promotion de consensus.....	79
Conclusion de la Partie 2.....	80
Conclusion générale.....	81

## BIBLIOGRAPHIE

### I - Ouvrages généraux

- B. BOULOC, *Pénologie*, 3<sup>e</sup> éd., Dalloz, Paris, 2005, p. 462-473
- F. CABALLERO et Y. BISIYOU, *Droit de la drogue*, 2<sup>e</sup> édition, Précis Dalloz, Paris, 2000
- M. DELMAS-MARTY, *Les grands systèmes de politique criminelle*, 1<sup>re</sup> édition, PUF, Paris, 1992
- F. DESPORTES, F. LE GUNEHÉC, *Droit pénal général*, Economica, 15<sup>e</sup> édition, 2008

### II- Ouvrages spécifiques

- M. ANCEL, *La Défense sociale nouvelle*, Cujas, 3<sup>e</sup> édition, Paris, 1981
- M-D. BARRE, *Toxicomanie et délinquance : du bon usage de l'usager de produits illicites*, Ministère de la Justice-CNRS, CESDIP, Etudes et données pénales, Paris, 1994
- J. BERNAT DE CELIS, *Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants*, *Déviance et société*, CESDIP, n° 54, Paris, 1992
- J. BERNAT DE CELIS, *Drogues : Consommation interdite : La genèse de la loi de 1970 sur les stupéfiants*, L'Harmattan, Paris, 1996
- J. BOURILLON, *L'obligation de soins tue les soins*, L'Harmattan, Paris, 1999
- R. BOYER, C. CARRY, P. CHAILONICK, J. FREISS, N. GEREY, M. LECAMP, A. ODDOU, G. RAGUIN, I. ROME, *Toxicomanies et lois : Controverses*, L'Harmattan, Paris, 2002
- J. CADES, M. LEJOYEUX, *La fièvre des achats : le syndrome des achats compulsifs*, Sanofi/Synthelabo, Paris, 1999
- Y. CARTUYVELS, F. DIGNEFFE, A. PIRES, P. ROBERT (dir.), *Politique, police et justice au bord du futur. Mélanges pour et avec Lode Van Ostrive*, L'Harmattan, *Déviance et société*, Paris, 1998

- M-S. DEVRESSE, *Usagers de drogues et justice pénale : Construction et expériences*, Larcier, De Boeck, Bruxelles, 2006
- A. EHRENBURG, *Individus sous influence : drogues alcools médicaments psychotropes*, Esprit, Paris, 1991
- A. EHRENBURG, P. MIGNON (dir.), *Drogues, politique et société*, Descartes, Paris, 1992
- A. FAURE, G. POLLET et P. WARIN (dir.), *La construction du sens dans les politiques publiques. Débat autour de la notion de référentiel*, L'Harmattan, Paris, 1996
- M. FOUCAULT, *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris, 1975
- E. GOFFMAN, *Les moments et les hommes. Textes recueillis et présentés par Yves Winkin*, Le Seuil, Minuit, Paris, 1988
- N. HERPIN, *L'application de la loi. Deux poids, deux mesures*, Le Seuil, Paris, 1977
- D. LABERGE (dir.), *L'errance urbaine*, Multimondes, Sainte-Foy, 2000
- C. LAZERGES, *La politique criminelle*, PUF, Que sais-je ? Paris, 1987
- C. LAZERGES, *Introduction à la politique criminelle*, L'Harmattan, Paris, 2000
- R. LEVY, *Du suspect au coupable : le travail de police judiciaire*, Méridien Klincksieck, Genève, 1987
- L. LEWIN, *Les paradis artificiels*, Paris, 1928
- M. JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *Les drogues : Approche sociologique, économique et politique*, La Documentation française, Paris, 2004
- D. MONJARDET, *Ce que fait la police. Sociologie de la force publique*, La Découverte, Paris, 1996
- C. OLIEVENSTEIN, *Il n'y a pas de drogués heureux*, Robert Laffont, Paris, 1977
- C. OLIEVENSTEIN, *Destin du toxicomane*, Fayard, Le temps des sciences, Paris, 1983
- Y. PELICIER, G. THUILLIER, *La drogue*, PUF, Que sais-je ? 8<sup>e</sup> éd., Paris, 1997
- D. SALAS, *La volonté de punir : Essai sur le populisme pénal*, Hachette Littérature, Pluriel, Paris, 2007
- P. SANSOY, C. AMBROSELLI, R. ; PADIEU, R. IVES, O. MASAR, I.P. ANOKHINA, E. SVEDBERG, A. L. MARTINS, T. MELLISH, O. SIMON, R. STACHEL,

B. GRAVIER, P. STOCCO, A. R. DE VALBUENA, *La toxicomanie*, Regard éthique, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 2005

- J-L SENON, D. RICHARD, *Dictionnaire des drogues et dépendances*, Larousse, Paris, 1999
- D. SIBONY, *Les perversions*, Grasset, Paris, 1987
- L. SIMMAT-DURAND, *Lutte contre la toxicomanie : de la législation à la réglementation*, L'Harmattan, coll. Logiques Sociales, Paris, 2000
- S. SIROT, *Faire face à la toxicomanie en milieu carcéral. Mise en œuvre de la politique de santé publique : les actions menées dans l'Oise*, Mémoire de l'École nationale de la santé publique, Rennes, 2003
- P. V. TOURNIER, A. BLANC, P. REMILLIEUX, F. LOMBARD, M. D. BARRÉ, X. LAMEYRE, M. CODRON, A. LEMAÎTRE, L. HOUGARDY, H. TUBEX, P. THYS, *XXXIIIe Congrès français de criminologie : Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, Dalloz, Paris, 2002
- M. VALLEUR, C. BUCHER, *Le jeu pathologique*, PUF, Paris, 1997

### III- Articles et chroniques

- E. A. BABAIAN, « Contrôle des stupéfiants et prévention de la toxicomanie en URSS », *B. S.*, Vol XXXI, 1979, n° 1, p. 13
- F. BECK, « Exploitations des données du baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psycho actives en population adulte », *Tendances*, n° 48, OFDT, mai 2006
- M-A. BERNARD, « Permanence des effets pervers et résistance au changement des lois sur les drogues », *Déviance et société*, 1986, vol. X, n° 2, p. 183
- D. BESSON, « Boissons alcoolisées : quarante ans de baisse de consommation », *Insee Première*, 2004, 966, p. 1-4
- Y. BISIQU, « D'un produit à l'autre : à propos de deux siècles de contrôle des drogues en Europe », *RSC*, 1991, p. 279 et s.
- F. CURTET, « L'incarcération des toxicomanes », *La nouvelle presse médicale*, n° 24, 1978, p. 2183 et s.

- T. A. FIRCHOW, « Les conflits de politique criminelle en matière de lutte contre les toxicomanies », *RSC*, 1987, p. 951
- T. A. FIRCHOW, « La ville, les jeunes, les juges. La prévention de la délinquance juvénile en milieu urbain : justice et politique de la ville », *Droit et Société*, n° 22, 1992
- KAMINSKI, « Toxicomanie : le mot qui rend malade », *Déviance et société*, 1990, vol. XIV, n° 2, p. 185
- C. LAZERGES, « Les conflits de politique criminelle », *APC*, n° 7, 1984, p. 37
- C. LAZERGES, « La mise en œuvre par un conseil communal de prévention de la délinquance de l'idée de participation des citoyens à la politique criminelle. L'exemple de Montpellier », *RSC*, 1988
- C. LAZERGES, « Les fonctions de la peine et la toxicomanie », *RSC*, 1988, p. 857
- W. LOWENSTEIN, « Nécessité d'un débat », *Les Temps modernes*, n° 567, 1 993
- B. LUCAS, S. CATTACIN, « Politique en matière de drogue : une analyse relationnelle », *Déviance et Société*, 1999, vol. 23, n° 2, p. 149 et s.
- F. RAYNAL, « Un réseau d'avocats formés à la défense des personnes toxicomanes », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2496, 2 mars 2007.
- A. ROUGE, R. BRES, M. RIBSTEIN, « Travaux collectifs du groupe de travail sur les adolescents », *Les Cahiers de la CORIFET*, n° 1, CORIFET Éditions Montpellier, janvier 1988
- M. VALLEUR, D. VELEA, « Les addictions sans drogue (s) », *Toxibase*, n° 6, juin 2002
- D. VELEA, M. HAUTEFEUILLE, G. VAZEILLE, C. LATRAN-DAVOUX, D. MAIRE, « La toxicomanie au Web », *Synapse*, 1998, 144, p. 21-28.

#### IV Rapports et études

- J-P. BAEUMLER, *Le rôle du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté*, Rapport au Premier Ministre, 2002.
- B. BASTARD, C. MOUHANNA, *Le juge des enfants n'est pas un juge mineur. Étude sociologique d'un groupe professionnel sous tension*, ISP-CNRS, Centre de sociologie des organisations, Mission de recherche Droit et Justice, Paris, 2008.

- CCNE, *Éthique et recherche biomédicale : Rapport 1993-1994*, la Documentation française, Paris, 1996
- CNDP, *Lutte contre la drogue et prévention des dépendances. Vers un dispositif en réseau*, Centre nationale de documentation pédagogique, Repères, Paris, 2002
- DRESS, *La santé des personnes entrées en prison en 2003*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Études et résultats, n° 386, Paris, 2005.
- A. GEST, J. GUYARD, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur les sectes*, Assemblée Nationale, n° 2468, Paris, 22 décembre 1995
- Ph. GUILBERT, A. GAUTIER, *Baromètre santé 2005 : Premiers résultats*, INPES, coll. Baromètres santé, Saint-Denis, 2006
- H. JUNG, *Rapport introductif et général de la XVIII<sup>e</sup> Conférence de recherches criminologiques*, Conseil de l'Europe, vol. XXVII, Strasbourg, 1990
- R. HENRION, *Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, La Documentation française, Paris, 1995
- Ministère de la Santé, Ministère de la Justice, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, Paris, 2004.
- Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*, DGS/DHOS, Paris, 2004.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), *Objectif Drogues : Traiter les usagers problématiques de drogues en milieu carcéral : un élément clé pour la promotion de la santé et la réduction de la criminalité*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Bruxelles, 2003
- N. OLIN, B. PLASAIT, *Rapport de la commission d'enquête sur la politique contre les drogues illicites, Drogue : l'autre cancer*, Les rapports du Sénat, n° 321, 2002-2003, Paris, 3 juin 2003
- OMS, Comité d'experts des drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie, Série de rapports techniques, n° 57, s.l., 1952.
- M. PELLETIER, *Rapport de la mission d'études sur l'ensemble des problèmes de la drogue*, La Documentation française, Paris, 1978.
- P. PRADIER, *La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000 : documents, visites, entretiens et réflexions*, Ministère de la Justice, Paris, 1999



- M. REYNAUD, *Rapport au Directeur Général de la Santé : Usage nocif de substances psychoactives*, La Documentation française, Paris, 2002
- B. ROQUES, *La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'État à la Santé*, Odile Jacob/La Documentation française, Paris, 1999
- V. SAGANT, *Bilan de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutiques*, Ministère de la Justice, 1997
- C. TRAUTMANN, *Rapport au Premier ministre, Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiant*, Paris, La Documentation française, 1990

#### V- Documents officiels

- Arrêté fixant la liste des substances classées comme stupéfiants, 22 février 1990, *JO*, 7 juin 1990.
- Circulaire DGS/1215/MS1, 26 novembre 1969
- Circulaire DGS/7/PS2, Lutte contre la toxicomanie et conduite à tenir en milieu scolaire, 15 janvier 1970.
- Circulaire n° 77-107, Les établissements scolaires et la lutte contre la toxicomanie, 17 mars 1977, *BOEN* n° 7, 1978.
- Circulaire n° 78-08 bis du 17 mai 1978 relative à l'usage de stupéfiant et à l'application de certaines recommandations du rapport de la mission d'étude sur la drogue, *BO Min. just.*, n° 8 bis, 1978
- Circulaire n° 10/82 82/256/EN relative aux orientations et au fonctionnement du service de santé scolaire, 15 juin 1982, *BOEN* n° 37, 9 octobre 1982.
- Circulaire n° 83-287, Politique de prévention au ministère de l'Éducation nationale en matière de lutte contre les toxicomanes, 27 juillet 1983, *BOEN* n° 30, 1<sup>er</sup> septembre 1983.
- Circulaire CRIM n° 84-15 du 17 septembre 1984, *BO Min. just.*, n° 16, 1984
- Circulaire n° 85-118 relative à la lutte contre les toxicomanies et les conduites déviantes et à la politique de prévention du ministère de l'Éducation nationale, 26 mars 1985, *BOEN* n° 14, 4 avril 1985.
- Circulaire CAB n° 87-01 du 12 mai 1987, *BO Min. just.*, n° 26, 1987

- Circulaire DLC 16B/90-412, 22 octobre 1990
- Circulaire du Premier Ministre 3824/SG relative à la prévention de la délinquance et de la récidive et aux actions de préventions pour la sécurité dans la ville en 1993, 23 décembre 1992.
- Circulaire conjointe DGLDT/CRIM/DGS n° 20 C du 28 avril 1995 relative à l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique, *BO Min. just.*, n° 58, 1995
- Circulaire CRIM n° 95-24 G/21-12-95, 21 décembre 1995
- Circulaire DGS/DH n° 96-239 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes, 3 avril 1996.
- Circulaire DAS/BAG n° 96-378, 14 juin 1996, *BO MASVI* n° 28, 8 août 1996
- Circulaire DGS/division SIDA n° 391 relative à la création progressive dans chaque département d'une équipe mobile d'information pour la prévention du SIDA, 24 juin 1996, *BO MTAS/MTAVI*, 1996.
- Circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 relative à la lutte contre l'infection par le virus du VIH en milieu pénitentiaire, 5 décembre 1996.
- Circulaire relative à la lutte contre la drogue et la prévention de la dépendance, 13 septembre 1999.
- Circulaire de la DACG 2008 – 11 G4/du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances, *B.O Just.*, 30 juin 2008.
- Convention Unique de l'Organisation des Nations Unies, 30 mars 1961, Décret n° 69-446, 2 mai 1969, *J.O*, 22 mai 1969.
- Convention de Vienne du 21 février 1971, Décret n° 77-41, 11 janvier 1977, *J.O*, 19 janvier 1977, p. 452.
- Convention de Vienne du 20 décembre 1988, Décret n° 91-271, 8 mars 1991, *J.O*, 14 mars 1991, p. 3622.
- Décret n° 82-10, 8 janvier 1982
- Décret n° 87-328, 13 mai 1987, *J.O*, 16 mai 1987, p. 5399
- Décret n° 99-808, 15 septembre 1999, *J.O*, 17 septembre 1999, p. 13927
- Décret n° 2008-364 relatif au suivi des mesures d'injonction thérapeutique et aux médecins relais, 16 avril 2008, *J.O*, 18 avril 2008.

- Instruction n° 94-087JS relative à la lutte contre la toxicomanie, 17 mai 1994
- Instruction n° 994-136JS relative au programme national de lutte contre les toxicomanies, 26 juillet 1994
- Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, *J.O.*, n° 56, 7 mars 2007.
- MILDT, *Plan triennal de lutte contre la drogue et les dépendances*, La Documentation française, Paris, 1999.
- MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008*, La Documentation française, Paris, 2004.
- MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*, La Documentation Française, août 2008.
- Note de service n° 85-423, relative à la politique d'information sur les drogues, 20 novembre 1985, *BOEN* n° 43, 5 décembre 1985.

## VI- Jurisprudence

- Crim., 8 mai 1947

## VII- Sources Internet

- <http://www.anitea.fr/>
- <http://www.assemblee-nationale.fr/>
- <http://www.cesdip.fr/>
- <http://www.dalloz.fr/>
- <http://www.drogues.gouv.fr/>
- <http://eduscol.education.fr>
- <http://www.justice.gouv.fr/>
- <http://www.legifrance.gouv.fr/>

- <http://www.ofdt.fr/>
- <http://www.sante-sports.gouv.fr/>
- <http://www.senat.fr/>

#### VIII- Presse

- *Associated Press*, 5 novembre 2006
- *Les dernières nouvelles d'Alsace*, 8 octobre 1986
- *Le Matin*, 24 septembre 1986
- C. OLIEVENSTEIN, *Le Matin*, 22 octobre 1986
- C. OLIEVENSTEIN, *Le Monde*, 15 novembre 1986
- *Le Monde*, 7 décembre 1989, p. 15
- *Le Monde*, 7 juin 1990, p. 2
- *Le Monde*, 28 juin 1990, p. 2
- *Le Monde*, 1<sup>er</sup> janvier 1991, p. 16
- « Appel de Limiter la casse », *Le Monde*, 19 octobre 1993
- *Libération*, 24 septembre 1986
- « Drogue : une perquisition qui ne passe pas », *Libération*, 3 août 2000
- G. LAVAL, « Insaisissable Patriarche », *Libération*, 8 novembre 2006
- B. DELATTRE, *La Libre Belgique*, 10 janvier 2007