Santé >< Justice

les soins obligés en addictologie

PRATIQUE(S)

Santé >< Justice

les soins obligés en addictologie

De l'analyse des pratiques et postures professionnelles d'un réseau
À l'élaboration de recommandations partagées

Table des matières

Remerciements 6
Préfaces 6
Avant-propos 8
Introduction 10

1.

ADDICTION, ADDICTOLOGIE : CLÉS DE LECTURE 12

Un peu d'histoire 14
Principes de l'accompagnement en addictologie 20
Le sens et la fonction des drogues 22
Les différentes drogues et leurs effets psychoactifs 24
Les acteurs de l'addictologie 26
Quelques définitions 30

2.

RÉPONSE PÉNALE ET ADDICTIONS 34

Contexte de la rencontre Justice-addictions 36
Les mesures de soins en addictologie ordonnées par l'autorité judiciaire 40
La procédure pénale pour une personne majeure ayant commis une infraction en lien avec une consommation de substances psychoactives 43
Les acteurs judiciaires 54
Quelques définitions 58

3.

SOINS OBLIGÉS EN ADDICTOLOGIE : PRÉCISER LES ENJEUX POUR PENSER LES INTERFACES 60

L'obligation pénale : déterminer un langage commun 62
L'obligation pénale : la possibilité d'une rencontre 64
L'obligation pénale : une responsabilité à partager 66
L'obligation pénale : des parcours divers 67

4.

LA COOPÉRATION EN PRATIQUE 68

Les préalables à un travail en partenariat 70
Les outils les plus fréquemment utilisés 71
Quelques pistes pour favoriser la coopération santé-justice 72
Les évolutions des pratiques 73

Conclusion 76
Annexes 78
Méthodologie 83
Bibliographie 87

INFO +

Ce guide est complété d'une boîte à outils en ligne, accessible à l'adresse suivante :

www.federationaddiction.fr/soins-obliges-outils/

dans laquelle vous pourrez télécharger différents documents visant à faciliter votre pratique au quotidien et à encourager les partenariats entre professionnels.

Remerciements

Ce guide **Pratique(s** a été réalisé grâce à la mobilisation, aux apports et aux réflexions des intervenants de terrain issus des champs de l'addictologie et de la justice.

La **Fédération Addiction** souhaite remercier :

• les membres du groupe de travail ;

• les professionnels ayant répondu à l'enquête ;

• les professionnels ayant participé aux deux rencontres territoriales ;

• les membres du Comité de pilotage institutionnel du projet ;

• les membres du Conseil d'administration de la Fédération Addiction et plus particulièrement David Saint-Vincent, référent du projet ;

• l'École nationale de la magistrature ;

• les relecteurs et relectrices de ce guide :

- les membres du groupe de travail ;
-Virginie Gautron (2ème partie du guide) ;
- Patrick Veteau, Christine Tellier, Laurent Michel, Jean-Pierre Couteron, Nathalie Latour, Jean-Michel Delile, pour la Fédération Addiction ;
- la Direction générale de la santé (DGS) ;
- la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ;
- la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) ;
- la Direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) ;
- la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).

Ce projet a reçu le soutien de la Direction de l'administration pénitentiaire dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 de la MILDECA.

Préfaces

La délinquance de droit commun apparaît comme très fortement corrélée à la consommation de substances psychoactives. Les drogues et surtout l'alcool sont largement impliqués dans la commission de violences ou la survenue d'accidents. En outre, l'usage de stupéfiants est en soi un délit pénal.

L'autorité judiciaire prononce chaque année de très nombreuses sanctions visant à prévenir la récidive en intégrant à la mesure pénale une obligation de soin, que ce soit en alternative aux poursuites, en pré-sentenciel ou en post-sentenciel. Une part significative des files actives des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est ainsi constituée de personnes adressées par la justice : en 2015 40,8% des consultations en lien avec le cannabis, 13,3% alcool et 7,9% autres drogues.

Dans ce contexte, faciliter les relations entre les professionnels de la santé et de la justice apparaît essentiel. En renforçant la connaissance réciproque des acteurs, en sensibilisant les professionnels de justice aux conduites addictives et les professionnels de santé aux enjeux judiciaires et pénitentiaires, en proposant des éléments de clarification sur le partage d'informations, ce nouveau guide doit favoriser l'articulation de leurs pratiques. Il s'agit de dépasser les difficultés actuelles, telles que le refus de prise en charge par certains professionnels du soin dans le cadre d'une obligation judiciaire ou des exigences judiciaires inadaptées (abstinence immédiate) par méconnaissance des mécanismes de l'addiction.

Les échanges nécessaires à la construction de ce guide ont déjà permis des rapprochements entre les professionnels et favorisé l'élaboration d'un langage commun. Avec le ministère de la justice et la Direction générale de la santé, la MILDECA a souhaité aller plus loin. Ainsi, au cours de l'année 2020, des temps d'animation territoriale, en présence des professionnels des deux secteurs, permettront de favoriser son appropriation et de concourir au déploiement des pratiques prometteuses qui y sont décrites.

Dr Nicolas PRISSE,
Président de la MILDECA.

« Encourager une meilleure articulation entre les professionnels des secteurs de la santé et de la justice concernant les soins obligés en addictologie », tel est l'objectif que la Fédération Addiction s'est donné en rédigeant ce guide. Travailler ensemble au service des personnes souffrant d'addiction et posant des actes délictueux, c'est le défi que relèvent au quotidien les professionnels de la santé et ceux de la justice pour créer les conditions d'un système de santé et d'une justice efficaces en faveur du public cible.

Lorsque la justice intervient pour des actes délictueux liés à l'usage de produits psychoactifs, l'accompagnement par une approche sanitaire et médicosociale est indispensable, qu'il y ait ou non une décision judiciaire de soins obligés.

Ce guide est bienvenu pour clarifier le cadre d'intervention des acteurs et faire connaître les expérimentations en cours sur la « justice résolutive de problèmes » soutenues par la MILDECA. Les orientations de ce guide s'inscrivent dans l'esprit des travaux menés dans le cadre de la feuille de route relative à la santé des personnes placées sous main de justice.

La coopération entre professionnels est nécessaire et elle est possible sans altérer l'indépendance des équipes soignantes et le respect du secret professionnel et du secret médical, deux éléments essentiels pour la confiance et l'autonomie des personnes accompagnées dans leur parcours de santé.

Le processus participatif d'élaboration et le pilotage interministériel qui ont présidé à la rédaction de ce guide sont à l'image des pratiques qu'il encourage : des partenariats respectueux et intelligents centrés sur la personne accompagnée.

Nous remercions la Fédération Addiction pour ce travail de qualité, qui devrait bénéficier largement aux professionnels et aux acteurs de la société civile.

Pr Jérôme SALOMON,
Directeur général de la santé.

Katia JULIENNE,
Directrice générale de l'offre de soins.

Les personnes placées sous main de justice sont souvent des personnes en situation de vulnérabilité, nécessitant des prises en charge diverses.

Les problématiques de santé doivent notamment être prises en considération par les professionnels chargés d'assurer leur suivi judiciaire afin de pouvoir adapter en conséquence les réponses envisagées et les modalités d'exécution de leurs peines.

Les acteurs de la chaîne pénale, qu'ils soient magistrats, conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation ou travailleurs sociaux du domaine associatif, sont donc régulièrement en contact avec les personnels soignants au sujet des personnes pour lesquelles des soins sont en cours ou paraissent nécessaires.

Certaines d'entre elles, mises en examen ou condamnées pour des infractions liées à l'usage de substances psychoactives, sont contraintes par décision de justice à s'engager dans un processus de suivi de soins visant à faire cesser les actes infractionnels ou à diminuer le risque de récidive.

Une difficulté notable consiste à travailler sur l'adhésion de ces personnes à une démarche de soins dès lors qu'elle implique une reconnaissance de la problématique et une volonté de mettre en place une dynamique de changement. Les soignants et les professionnels de la justice reçoivent en effet des personnes qui ne reconnaissent pas nécessairement les faits pour lesquels elles ont été mises en cause ou condamnées, qui n'adhèrent pas toujours au parcours de soins imposé, et avec lesquelles il faut composer pour donner du sens à la rencontre.

Le travail concomitant des acteurs du soin et des acteurs judiciaires nécessite par conséquent une bonne articulation.

Aussi, il est indispensable que chacun puisse identifier clairement les objectifs et cadres d'intervention propres à l'accompagnement assuré par les différents professionnels.

Nourri de la réflexion et des pratiques des acteurs de terrain, ce guide sur les soins obligés en addictologie éclaircit les rôles et missions des professionnels des secteurs de la santé et de la justice et décline les modalités d'un véritable travail partenarial permettant de soutenir les personnes prises en charge dans leur parcours d'exécution des peines et leur démarche de soins, et, ainsi, de prévenir la récidive : nous espérons qu'il constituera un outil de réflexion utile et sera surtout l'occasion d'échanges constructifs pour les professionnels concernés.

Stéphane BREDIN,
Directeur de l'administration pénitentiaire.

Catherine PIGNON,
Directrice des affaires criminelles et des grâces.

Avant-propos

Dans la très longue histoire des addictions, la forme de traitement social la plus répandue et la plus durable fut essentiellement punitive. La sanction et la contrainte venaient tenter de ramener le pécheur ou le fautif dans le droit chemin, en cherchant à obtenir aveu et expiation, de manière spontanée ou contrainte. C'est ainsi que sous l'Ancien Régime, beaucoup de lettres de cachet permettaient, sur décision royale mais à la demande des familles, d'enfermer des jeunes, coupables de céder aux tentations du plaisir (jeu, vin, libertinage…) et aussi de mettre en péril l'économie familiale par leur générosité. Un passage en prison pouvait, pensait-on, les aider à prendre la mesure de leurs méfaits et, en tout cas, les punir et les empêcher de nuire.

Quand, à la fin du XVIIIème siècle, la médecine commença à identifier le caractère pathologique de certaines de ces pertes de contrôle, de cette intempérance, la cause du trouble fut initialement trouvée du côté du produit toxique : c'est lui qui, par intoxication, rendait malade l'usager. Il y avait donc une assez bonne adéquation entre l'approche judiciaire et l'approche médicale, toutes deux visaient à réduire l'influence de ces substances nocives par la prohibition au plan social et par la désintoxication au plan individuel. Dans cette perspective, l'enfermement pouvait passer pour un soin car mettant le sujet dépendant, aliéné, à l'abri de ces produits dont il avait perdu la maîtrise et qui faisaient tant de mal à la société, à sa famille et à lui-même. Le seul traitement concevable était donc l'abstinence immédiate, totale et définitive. Les moyens pour y parvenir semblaient secondaires. Beaucoup d'approches prétendument « soignantes » reposaient d'ailleurs elles-mêmes sur un modèle coercitif, parfois plus contraignant et abusif qu'un contrôle exercé par la justice (souvenons-nous en France même de l'expérience funeste du « Patriarche »).

Mais dès la fin du XIXème siècle, les voies de la justice et de la santé commencèrent à diverger au sujet des addictions. L'évidence montrait que les produits n'étaient pas seuls en cause. Tous les usagers ne devenaient pas dépendants, loin s'en faut, et même après une cure de sevrage effective, beaucoup rechutaient. Cela montrait, d'une part, que les effets de l'addiction s'inscrivaient dans le long terme et qu'il ne suffisait pas d'arrêter lors d'une « cure » pour être « guéri ». D'autre part, cela attestait que les produits n'étaient pas seuls responsables. Il fallait d'autres facteurs causaux, liés à des facteurs de risques individuels ou environnementaux, pour expliquer ces grandes différences interindividuelles de vulnérabilités aussi bien par rapport au risque d'entrer dans l'addiction que dans le risque de « rechuter » après un arrêt. L'exemple évident est celui de l'alcool, une très grande majorité de la population y est exposée (consomme occasionnellement), moins de 10 % perdent le contrôle. De nos jours, ces vulnérabilités sont bien identifiées. Concernant les aspects individuels, il y a d'une part des facteurs génétiques et épigénétiques, l'héritabilité moyenne des addictions étant d'environ 50 %[1]. Il y a aussi, d'autre part, des facteurs de vulnérabilités psychologiques, parfois pathologiques, liés pour l'essentiel au stress comme l'ont bien démontré les travaux contemporains en neurobiologie : stress, impulsivité, trauma, anxiété de séparation, troubles anxieux, stress post-traumatique… avec de fréquents antécédents de troubles de l'attachement dans l'enfance (ruptures, séparations, maltraitance, adversité sociale, harcèlement, événements de vie, etc.).

Dans cette perspective, les usages de substances s'apparentent initialement à une tentative d'autorégulation, voire d'automédication pour apaiser ce stress et ce malaise. Ces troubles seront secondairement aggravés par l'intoxication chronique et déboucheront sur une perte de contrôle, un usage compulsif, développant ainsi un vrai cercle vicieux, la spirale « infernale » de l'addiction. De ce point de vue, la recherche de plaisir semble bien secondaire, et d'ailleurs la vie des addicts et celle de leur entourage sont plutôt faites de tourments… Les causes essentielles du trouble sont souvent à rechercher du côté des vulnérabilités, pour partie héritées, pour partie liées à une existence douloureuse. Comment dès lors pourrait-on les condamner du fait d'être « malades » ? Cette interrogation est d'autant plus forte que le symptôme cardinal de l'addiction est la perte de contrôle, la compulsion, qui précisément se traduit par de très grandes difficultés à arrêter quand bien même ces personnes le souhaitent, ce qui est le cas de l'immense majorité des addicts compte-tenu des dommages croissants que leur dépendance leur inflige.

1. Georges Kobb et Michel le Moal, «Neurobiology of Addiction», 2005, Cambridge (MA), Academic Press.

Dans ces conditions, une divergence de représentations du problème ne pouvait qu'apparaître entre les acteurs du soin et ceux de l'application de la loi. Du point de vue des soignants par exemple, les épisodes d'incarcération seront dorénavant perçus comme des facteurs aggravants (stressants, désocialisants…) plutôt que « curatifs ». Un autre exemple emblématique de ces tensions est celui du concept de « récidive » après une « cure de sevrage » qui est pour les uns un symptôme (« relapse ») venant confirmer le diagnostic de perte de contrôle, d'addiction, alors qu'il signe pour les autres la réitération d'une infraction et donc une circonstance aggravante. Pour caricaturer l'opposition, plus on serait « malade » (selon certains), plus on serait condamné (par d'autres). Certains acteurs du soin en venaient même à penser que, plus globalement, soins et contrainte étaient totalement incompatibles. Et pourtant, il ne faut jamais perdre de vue que l'évolution habituelle d'une addiction est bien la rémission même si ce n'est parfois qu'au bout de plusieurs décennies. Et si les facteurs de réussite dans la reprise de contrôle sont bien sûr essentiellement personnels, la plupart des personnes en récupération attribuent les facteurs déclenchants, le « déclic » comme elles le disent souvent, à une meilleure prise de conscience de leurs responsabilités. Il peut s'agir de leurs responsabilités vis-à-vis d'elles-mêmes bien sûr, de leur autonomie et de leur dignité personnelles, mais aussi vis-à-vis de leur famille, de leurs enfants, de leur emploi, de la société… et souvent du cumul de tout cela, notamment suite à un événement marquant, positif (rencontre, naissance, emploi…) ou négatif (accident de la circulation, violences domestiques…). Dans ce cadre, il n'est pas exceptionnel que des interventions de la justice aient pu jouer un rôle dans la balance décisionnelle et donc dans l'entrée ou le maintien dans un processus de changement.

Tout est donc affaire de mesure et si la contrainte ne peut être un soin et peut même parfois être contre-productive, elle peut aussi, à l'inverse, jouer un rôle incitateur aux soins, bénéfique dans bien des situations. De même, l'opportunité d'une rencontre avec un soignant et des possibilités d'accompagnement vont pouvoir contribuer à prévenir la « récidive » dans une approche globale articulant responsabilisation et recherche de solutions. Cette démarche s'inscrit dans une dynamique commune avec l'approche de « justice résolutive de problèmes » inspirée par les « problem solving courts » ou les « drug courts » en Amérique du Nord et qui apparait très compatible avec les approches motivationnelles si développées de nos jours dans le champ des addictions.

Quelles sont donc les bonnes conditions d'usage et d'accompagnement des soins obligés ?

C'est à cette problématique que ce guide s'attèle, dans la continuité de nos interventions à l'École nationale de la magistrature et à l'École nationale d'administration pénitentiaire, en s'appuyant sur la diversité des expériences de terrain, souvent prometteuses, réalisées de manière collaborative par les acteurs des différents champs. C'est en effet, pensons-nous, sur la base d'une réflexion commune entre magistrats, conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation et intervenants en addictions que nous pourrons, ensemble, élaborer des réponses adaptées à un problème nécessairement et éminemment complexe. C'est un enjeu majeur pour les personnes concernées qui se trouvent souvent prises à l'intersection de ces deux systèmes et de leurs logiques.

Nous ne saurions trop remercier nos partenaires institutionnels sans qui ce travail n'aurait pas été possible ni utile : la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP), la Direction des affaires criminelles et des grâces (DACG), la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Un grand merci, enfin à David Saint-Vincent, référent du projet, aux membres du groupe de travail et à tous les relecteurs et relectrices pour avoir mené à bien ce projet avec le soutien de Marine Gaubert, responsable de missions.

Dr Jean-Michel Delile,
Président de la Fédération Addiction.

Introduction

Amenés à coopérer dans le cadre de mesures de soins ordonnés par la justice, appelés soins obligés en addictologie, les professionnels de l'addictologie et de la justice poursuivent des missions et des objectifs pouvant paraître éloignés, voire contradictoires. Ces logiques d'intervention différentes et le manque d'explicitation de celles-ci sont à l'origine de difficultés dans le partenariat entre ces professionnels, pourtant essentiel pour accompagner les personnes placées sous main de justice ayant des conduites addictives.

C'est précisément pour encourager une meilleure articulation entre les professionnels des deux secteurs concernant les soins obligés, que la Fédération Addiction a rédigé ce guide. Sa publication intervient au terme d'une démarche de trois années, soutenue par la Direction de l'administration pénitentiaire dans le cadre du Plan Gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives de la MILDECA. Ce projet a ainsi été réalisé en lien avec la Direction de l'administration pénitentiaire, la Direction générale de la santé, la Direction générale de l'offre de soins, la Direction des affaires criminelles et des grâces et la MILDECA.

Ce guide trouve ses racines dans la réflexion sur les soins obligés qu'avait initiée en 2006 la commission santé-justice de la Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie (F3A). En 2009, un travail conjoint avec l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie (Anitea) avait abouti à la publication d'un guide de la collection Pratique(s sur les soins obligés en addictologie, réédité en 2011.

Le présent guide s'adresse à l'ensemble des acteurs de l'addictologie et de la justice amenés à accompagner une personne en soin obligé, et plus globalement aux personnes s'intéressant aux modalités de la coopération entre les secteurs de la santé et de la justice.

Conçu selon la méthodologie participative de la Fédération Addiction, il est directement issu des pratiques observées sur le terrain et des réflexions d'un groupe de travail pluridisciplinaire. Il prend acte des dernières évolutions législatives mais aussi des changements à l'œuvre dans les pratiques professionnelles des deux secteurs : diffusion des approches motivationnelles parmi les services pénitentiaires d'insertion et de probation et les magistrats, diffusion de la clinique de la réduction des risques et des dommages (RDRD), expérimentations locales de dispositifs judiciaires innovants basés sur les principes de la justice résolutive de problèmes, etc.

Ainsi, en donnant des éléments de compréhension sur chacun des deux secteurs (historique, structuration, spécificités, vocabulaire...), en formulant des principes d'action sur la coopération entre acteurs, ce guide entend faciliter les partenariats entre professionnels de l'addictologie et de la justice. Il n'est toutefois pas exhaustif, puisqu'il concerne le parcours de personnes majeures en soins obligés. Son contenu sera probablement amené à évoluer en fonction des changements législatifs et dans les pratiques professionnelles.

D'ici là, bonne lecture !

1

ADDICTION, ADDICTOLOGIE : CLÉS DE LECTURE

Un peu d'histoire 14
1. Le concept d'addiction 14
2. Historique de la structuration du dispositif spécialisé de prise en charge en addictologie 18
Principes de l'accompagnement en addictologie 20
1. Une offre d'accompagnement diverse et complémentaire 20
2. Un accompagnement global tenant compte d'un phénomène multifactoriel 20
3. L'importance des savoirs expérientiels et de l'alliance thérapeutique 20
4. Une palette de réponses possibles 21
Le sens et la fonction des drogues 22
1. Drogue, toxicomanie, substances psychoactives : point sémantique 22
2. Drogues dures, drogues douces ? 22
Les différentes drogues et leurs effets psychoactifs 24
Les acteurs de l'addictologie 26
1. Le secteur médico-social 26
2. Le secteur hospitalier 28
3. Le secteur de la ville 29
Quelques définitions 30

1. ADDICTION, ADDICTOLOGIE : CLÉS DE LECTURE

Un peu d'histoire

1. Le concept d'addiction

1.1 L'obsolescence d'une approche par produit :

La notion d'addiction est une construction récente, datant du début des années 1990. S'il n'existe pas de définition consensuelle de l'addiction, l'une de celles les plus communément admises a été proposée par le psychiatre Aviel Goodman en 1990 : l'addiction est un « processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives[2] ».

La notion d'addiction consacre le dépassement d'une approche par produit au profit d'une approche ciblée sur les usages et sur la conduite. L'addiction permet de regrouper sous un même vocable un ensemble de produits et de comportements (jeu pathologique associé aux jeux de hasard et d'argent, cyberaddiction, etc.) qui jusqu'à présent étaient séparés, tant dans l'agencement des dispositifs de soins que dans le discours des professionnels. Cette terminologie rend également secondaire la distinction licite/illicite.

L'apparition du concept d'addiction est intrinsèquement corrélée aux recherches qui, à la fin des années 1980, ont mis en évidence le rôle central de la dopamine dans les mécanismes de l'addiction. Cette « théorie de la dopamine » a mis en exergue le fait que tous les comportements et les produits dont la consommation peut engendrer de la dépendance chez l'homme augmentent la libération de dopamine et ont donc un impact sur le système de récompense.

Tous ces produits et comportements ayant un mécanisme neurobiologique commun sur le cerveau, il était plus pertinent de les considérer comme faisant partie d'une même « famille ». Toutefois, cette caractéristique commune n'abolit pas les effets spécifiques des différents produits.

1.2 Un phénomène multifactoriel :

L'addiction est un phénomène multifactoriel, qui n'est pas la simple résultante immédiate de la rencontre entre un produit ou comportement et une personne. En effet, en tant que conduite humaine, l'addiction met en jeu des mécanismes neurobiologiques, mais aussi psychologiques et sociaux.

Ainsi, on dit de l'addiction qu'elle est un phénomène « bio-psycho-social » car elle résulte d'un rapport entre une personne, un produit, et un contexte donné.

Cette interrelation est traditionnellement représentée par une équation E = SIC que l'on peut expliquer ainsi : l'addiction ou l'« expérience psychotrope » (E) est déterminée par des facteurs liés à la substance (S), à l'individu qui consomme (I) et au contexte (C) de celui-ci au moment où il consomme.

Ces composantes sont interactives, étroitement liées et prises isolément, ne suffisent pas à expliquer l'addiction.

2. Goodman Aviel, « Addiction : definition and implication », Br.J. Addict, 1990.

SCHÉMA DE L'ÉQUATION **E=SIC**

Source : Morel Alain, Couteron Jean-Pierre, "Aide-mémoire addictologie, 3ème édition", Dunod, 2019, p89.

Les principaux facteurs de risques et de protection :

Parmi les facteurs de risques (également appelés « vulnérabilités ») pouvant favoriser une addiction, on cite généralement certains traits de personnalité (faible estime de soi, timidité, difficultés relationnelles et comportementales, ...), des vulnérabilités génétiques, des problèmes psycho-pathologiques, une appétence pour la recherche de sensations, des dysfonctionnements familiaux (violences, négligence, absence de contrôle parental, usage de substance chez les parents, etc.).

Parmi les facteurs de protection : la solidité de l'attachement et du lien aux parents, la qualité du réseau social, des caractéristiques psychologiques (bonne estime de soi, capacité à choisir, autonomie, épanouissement dans ses domaines d'excellence, ...).

Ces facteurs sont issus de domaines très divers et varient en importance en fonction des âges. L'affaiblissement d'un facteur issu d'un domaine peut être compensé par une dynamique positive d'un facteur d'une toute autre origine.

▶ **L'usage de produit ne fait pas l'addiction : cela dépend du contexte, de la position, de l'attente et de ce que vit la personne.**

▶ **Le caractère bio-psycho-social de l'addiction justifie la nécessité d'un accompagnement pluridisciplinaire et en réseau, afin de travailler sur ces différentes dimensions.**

1.3 Les différents types d'usages :

L'un des intérêts de la notion d'addiction est qu'elle regroupe sous un même concept différents types d'usages : l'usage simple, l'usage à risques, l'abus (ou usage nocif) et la dépendance.

• **L'usage (ou usage simple)** fait référence aux usages occasionnels, c'est-à-dire peu fréquents et répondant pour l'essentiel à des visées récréatives ou « auto-thérapeutiques » ponctuelles. L'usage simple ne protège pas pour autant des risques et des conséquences judiciaires : accidents de la route, impact des consommations pendant la grossesse, etc.

• **L'usage à risques** est un usage exposant la personne à un risque considéré comme significatif d'un point de vue sanitaire et/ ou social, sans que les complications ne soient encore apparues.

Que ce soit dans l'usage et l'usage à risques, la personne a encore la possibilité de moduler sa consommation voire d'arrêter seul(e) ou accompagné(e) par un professionnel.

• **L'abus (ou usage nocif)** caractérise les modes de consommation de substances psychoactives préjudiciables pour la personne. Les critères de l'abus reposent sur un usage répété exposant la personne à des dangers et sur l'existence de conséquences négatives (incapacité à remplir des obligations majeures, problèmes judiciaires ou interpersonnels, problèmes de santé, etc.). À ce stade, la personne peut moduler sa consommation en fonction du contexte ou arrêter, mais elle peut être aussi en difficulté pour arrêter plusieurs jours d'affilée.

• **La dépendance :** selon l'OMS[3], la dépendance se caractérise par au moins trois des manifestations suivantes au cours de la dernière année :

- désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive (« craving ») ;

- difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (notion de « perte de contrôle ») ;

- manifestation de symptômes de manque physique et psychique quand la personne diminue ou arrête la consommation d'une substance ou utilise le même produit pour soulager ou éviter des symptômes de sevrage ;

- mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive (la personne a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré) ;

- abandon progressif d'autres sources d'intérêt et de plaisir au profit de l'utilisation de la substance et augmentation du temps passé à se la procurer, à la consommer ou à récupérer de ses effets ;

- poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences nocives.

3. Selon la classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement, OMS, 1992.

Les personnes ne sont pas égales devant le risque de dépendance, tant sur le plan biologique que sur le plan psychologique.

▶ **Les différentes catégories d'usages s'envisagent dans un continuum : le passage d'un usage simple à un usage nocif puis à une dépendance se fait généralement de manière progressive et potentiellement réversible.**

Cela dépend toutefois du potentiel addictif des produits et du profil de la personne.

Cette classification des usages est apparue en 1992 dans la Classification internationale des maladies de l'OMS puis dans le Manuel Diagnostique et Statistique de l'Association américaine de psychiatrie (DSM IV) publié en 1994. Elle a été critiquée pour être trop catégorielle, car cloisonnant des modes de consommations qui sont en réalité proches les uns des autres. Si bien que le DSM V, publié en 2013, rompt avec cette approche, en regroupant les catégories d'abus et de dépendance en une seule, celle des « troubles liés à l'usage de substances ».

Le trouble peut être diagnostiqué à partir de 2 critères sur 11 proposés et des niveaux de sévérité ont été fixés : trouble léger, trouble modéré et trouble sévère. Mais cette approche est elle aussi vivement critiquée et relativement peu appropriée, notamment parce que la distinction des niveaux d'usage est peu évidente et qu'elle est remplacée par des niveaux de gravité qui se focalisent sur les seuls éventuels dommages pour la santé.

1.4 Un processus de changement complexe et non linéaire

La volonté, la motivation sont nécessaires mais non suffisantes pour impulser une dynamique de changement d'où le recours à un accompagnement plurifocal individualisé en cohérence avec la multi-factorialité du processus d'addiction particulier à chaque personne.

En effet, les travaux de Prochaska et Di Clemente (1982) ont permis de décrire le changement comme un processus complexe qui s'effectue en plusieurs étapes, la personne évoluant à travers celles-ci de manière non linéaire[4]. L'ambivalence et la rechute font partie intégrante de ce processus de changement.

À chaque étape correspond un certain type de travail que la personne a besoin de faire, avec l'aide du professionnel, afin de passer à l'étape suivante.

Il est donc fondamental, aussi bien pour la personne que pour le professionnel, de bien identifier l'étape à laquelle la personne se trouve, et que le professionnel adopte une posture de soutien et de renforcement motivationnel.

4. La description de ces différentes étapes se trouve en annexe du guide.

2. Historique de la structuration du dispositif spécialisé de prise en charge en addictologie

Durant de longues décennies, la prise en charge des personnes alcoolo-dépendantes et des personnes toxicomanes s'est organisée autour de deux dispositifs distincts, qui se sont construits parallèlement. Le tabac est quant à lui resté longtemps en marge, ne faisant l'objet d'une véritable politique de prévention et de prise en charge qu'à partir du début des années 1990, avec la loi Evin.

Les structures spécialisées dans la prise en charge des problématiques liées à l'alcool sont créées par une circulaire du 30 novembre 1970 sous le nom de « Centres d'Hygiène Alimentaire » (CHA). Ces petits établissements à gestion associative ou hospitalière, essentiellement composés de médecins généralistes, s'appuient sur un programme thérapeutique diététique et alimentaire pour aider les buveurs excessifs à modérer leur consommation. L'idée était qu'une meilleure alimentation devait permettre d'éviter les consommations d'alcool problématiques. La clinique de l'alcoologie se construit ainsi en positionnant le traitement des problématiques d'alcool sur un registre médical et nutritionnel, les personnes vulnérables au produit devant s'en séparer pour aller mieux.

Le dispositif de soins en toxicomanie trouve son origine dans la **loi du 31 décembre 1970** qui crée les « Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes » (CSST) offrant une prise en charge médico-psycho-socio-éducative gratuite, confidentielle et anonyme aux personnes.

La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses fonde le secteur des soins en toxicomanie. Cette loi, qui régit encore actuellement la politique française des addictions, institue une logique d'abstinence par l'interdiction de l'usage des substances psychoactives illicites, y compris dans la sphère privée. Elle réprime toutes les infractions à la législation sur les stupéfiants, de la simple consommation à la production, sans distinction entre les produits. Elle instaure un régime d'exception à l'encontre des usagers de drogues, en faisant de l'injonction thérapeutique la seule alternative aux poursuites pénales. L'usager de drogues est donc un délinquant qu'il faut sevrer. Cette loi prévoit la gratuité et l'anonymat des soins dans le cadre d'une prise en charge sanitaire et sociale conventionnée par l'État.

La loi du 30 juin 1975[5] **relative aux institutions sociales et médico-sociales** marque un tournant, en consacrant l'autonomie du secteur social et en fondant un secteur intermédiaire : le secteur médico-social. L'objectif est d'unifier les établissements accueillant toutes sortes de publics dont le point commun est d'être fragilisés, et de favoriser la souplesse, la créativité et l'initiative pour que les offres soient les mieux adaptées à des problématiques diverses, multifactorielles et en constante évolution. Cette loi précise les missions, obligations, droits et devoirs des établissements médico-sociaux ainsi que leurs modalités de financement dans un contexte sociétal d'État-Providence. Les CHA sont intégrés au secteur médico-social alors que les CSST restent dans le domaine d'exception et figurent dans le code de la santé publique.

Les CHA se trouvent très vite en difficulté du fait de l'augmentation des consommateurs dépendants qui saturent les dispositifs et du manque de moyens financiers qui leur sont alloués. Ils sont remplacés en 1983 par les Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA), devenant ainsi de véritables centres de soins, d'accueil et de prévention avec des missions de formation, d'information et de recherche. Les CHAA évolueront en 1998 en Centres de Cure ambulatoire en Alcoologie (CCAA) en gardant les mêmes missions.

Au cours des années 1980, l'épidémie de sida est le principal déclencheur de l'urgence sanitaire et sociale à reconsidérer la politique envers les usagers de drogue. Alors qu'ils sont les plus touchés par l'épidémie (avec les homosexuels), en raison du partage de seringues notamment, il est apparu illusoire d'espérer que, même sous la menace de sanctions pénales, ils renoncent à leur consommation. Il fallait donc qu'ils puissent protéger leur santé et surtout la société, tout en continuant à consommer. C'est la naissance de la politique de réduction des risques (RDR) qui,

5. Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

en France, peine à s'imposer, confrontée à l'approche dominante de la guerre à la drogue. Ce n'est qu'avec l'action de nouveaux acteurs (Médecins du monde, AIDES, Act up, Asud…) au début des années 1990 qu'une jonction est faite entre toxicomanie et sida et que l'impact sanitaire de la réduction des risques est démontré. Par la suite, la réduction des risques prend une place croissante dans les milieux de la prévention et du soin, à travers notamment la mise en place de programmes d'échange de seringues, mais aussi l'accès aux traitements de substitution[6].

Pendant les années 1990, une série de rapports gouvernementaux[7] enjoignent, d'une part à dépasser l'approche par produits pour s'intéresser aux comportements globaux, et, d'autre part, à construire une approche préventive s'inscrivant en lien avec les différents niveaux d'usage. L'aboutissement de cette démarche, principalement impulsée par Nicole Maestracci, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) a été d'entraîner une réorganisation du système de soins. Le Plan gouvernemental de la MILDT de 1999 souhaite en effet étudier « la possibilité de créer un cadre juridique et financier unique pour l'accueil de toutes personnes ayant des comportements addictifs[8] ».

Par la suite, **la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale** institue les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui remplaceront en 2007, lorsqu'un décret fixe leurs missions, les CCAA et les CSST.

La mise en place des CSAPA témoigne de la volonté de décloisonner les prises en charge et de sortir le dispositif de l'exception, en prévoyant un financement par l'Assurance-maladie[9].

Le début des années 2000 marque également l'affirmation d'une politique de lutte contre le tabagisme, avec le premier Plan Cancer (2003-2007) et la création de l'Institut national du Cancer. La réduction des risques entre dans le droit grâce à la **loi de santé du 9 août 2004**, qui en inscrit le terme et en reconnaît la philosophie dans le cadre de la lutte contre les maladies infectieuses. La structuration du dispositif médico-social en addictologie se poursuit cette même année avec la création des Consultations jeunes consommateurs (CJC) et en 2006, des Centres d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), dispositifs spécialement dédiés à la réduction des risques.

En 2007, le « **Plan de prise en charge et de prévention des addictions** », publié par la Direction générale de la santé, marque une étape fondamentale dans l'histoire du secteur de l'addictologie français, en officialisant la mise en place des trois grands pôles d'acteurs que sont le secteur de la santé de ville, le secteur médico-social et le secteur hospitalier. La régionalisation des politiques de santé, via la **loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST)** en 2009 et la création des Agences Régionales de Santé, ont eu pour effet une réorganisation territoriale entraînant le regroupement de nombreuses associations. Des dynamiques territoriales et de « parcours de soin » se sont mises en place (contrats locaux de santé, contrats locaux de santé mentale, …). Ces évolutions ont facilité une approche coordonnée du travail avec la personne et les différents partenaires.

La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 est la dernière loi ayant marqué fortement le secteur de l'addictologie. Parmi les mesures les plus importantes :

- Elle fait de la prévention une mission obligatoire des CSAPA, sans toutefois doter cette mission de financements pérennes ;
- Elle consacre la réduction des risques, désormais appelée réduction des risques et des dommages (RDRD), ne prenant ainsi plus seulement en compte les risques liés aux usages, mais aussi les dommages associés ;
- La loi sécurise les actions de réduction des risques, en protégeant les intervenants d'éventuelles poursuites pénales ;
- Elle autorise l'analyse de produits et la supervision des gestes de consommation dans un objectif de RDRD ;
- Elle entérine l'expérimentation pour six ans de salles de consommation à moindre risque ;
- Enfin, elle affirme que la politique de réduction des risques s'applique également aux personnes détenues, « selon des modalités adaptées au milieu carcéral ». Le décret d'application de cette disposition législative n'a toutefois toujours pas été publié.

6. Voir chapitre « Quelques définitions ».
7. Rapport Parquet (1997) puis rapport des professeurs Parquet, Reynaud et Lagrue (1999) remis à la Direction générale de la santé.
8. Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), MILDT, Paris, 2002.
9. Jusqu'alors, les CCAA et les CSST étaient financés par le Ministère de la santé, avec une très faible visibilité d'une année sur l'autre.

Principes de l'accompagnement en addictologie

1. Une offre d'accompagnement diverse et complémentaire

Les addictions et leurs conséquences constituent l'un des problèmes majeurs de santé publique dans nos sociétés modernes. Le public concerné est très large, et les soins apportés aux personnes en situation d'addiction doivent donc être diversifiés, coordonnés en réseau et individualisés. C'est pour cette raison que le dispositif d'addictologie s'organise autour de trois secteurs, aux pratiques complémentaires : le secteur médico-social, le secteur hospitalier et le secteur de la santé de ville. Ces trois secteurs offrent des points de rencontre et des stratégies de rencontre différents, adaptés aux publics qu'ils visent[10] (ex : les CAARUD rencontrent des usagers de drogues « actifs », les Consultations jeunes consommateurs s'adressent à des jeunes qui consomment des substances psychoactives, les hôpitaux de jour permettent d'accompagner des personnes souhaitant faire un sevrage, etc.). La personne peut être amenée, au cours de son parcours, à rencontrer plusieurs de ces dispositifs.

2. Un accompagnement global tenant compte d'un phénomène multifactoriel

Parce que l'addiction est multifactorielle, l'accompagnement proposé par les professionnels de l'addictologie se doit de tenir compte de ces différents facteurs. L'accompagnement est donc global, prenant en compte la personne dans son ensemble : ses potentiels, ses compétences et ses capacités, ses difficultés, quels que soient son parcours de vie, sa situation (santé physique, psychique, situation sociale, familiale). L'accompagnement repose sur le respect de la personne, de ses choix, de son mode de vie et de ses projets. Il ne prétend pas solutionner simultanément tous les problèmes qu'elle rencontre, mais travaille avec elle sur ses besoins et sur les ressources qu'elle peut mobiliser pour améliorer sa situation.

L'accompagnement en addictologie se veut avant tout une ouverture permettant à la personne de recréer des liens sociaux, de se réinsérer, d'accéder aux dispositifs de droit commun, de se soigner et d'identifier les intervenants auxquels elle peut s'adresser en fonction de ses besoins.

La diversité des professionnels mobilisés répond à celle des problématiques rencontrées : précarité, addictions, pathologies psychiatriques, isolement, etc. D'où la pluridisciplinarité des équipes et l'importance d'un travail transdisciplinaire, justifiant la coopération de professions différentes et complémentaires.

D'un point de vue sémantique, le terme d'accompagnement est généralement préféré à celui de prise en charge, car il suppose une co-construction avec la personne de son projet.

3. L'importance des savoirs expérientiels et de l'alliance thérapeutique

L'usager[11] est le premier acteur de son parcours. On ne peut évaluer une pratique addictive sans prendre en compte la personne, le sens qu'elle donne ou a donné à sa consommation, les avantages qu'elle y trouve et les problèmes qu'elle rencontre. L'accompagnement en addictologie se base ainsi sur la dimension expérientielle, qui met la personne et son expé-

10. Voir chapitre « Les acteurs de l'addictologie ».
11. Voir chapitre « Quelques définitions ».

rience au centre. L'expérience de la personne à travers son histoire, son vécu, sa singularité, contient une connaissance ainsi qu'un certain nombre de savoir-faire et de modes de gestion qui contribuent plus ou moins efficacement au soulagement de ses difficultés. L'approche expérientielle permet ainsi à la personne de se questionner et de trouver les moyens de son propre changement.

La prise en compte de l'expérience addictive est l'un des piliers de l'alliance thérapeutique, elle-même au cœur de l'accompagnement en addictologie. L'alliance thérapeutique s'articule autour de trois éléments : des objectifs communs entre professionnel et personne, un accord sur les modalités du travail d'accompagnement, le développement d'un lien de confiance approprié aux objectifs définis. L'alliance thérapeutique est essentielle à l'action commune. Elle vise, à travers l'expérience d'un lien de confiance, à établir un lien durable dans le but d'accomplir les objectifs fixés.

Au-delà de la relation thérapeutique, considérer la personne comme étant au centre de son parcours implique également de l'associer à l'ensemble des décisions la concernant. C'est dans cette optique que la loi du 2 janvier 2002 consacre le renforcement du droit des usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux (dont font partie les CSAPA et CAARUD) en instaurant un certain nombre d'outils obligatoires : livret d'accueil, document individuel de prise en charge, règlement de fonctionnement, projet d'établissement, modalités de participation au projet d'établissement, etc.[12]

4. Une palette de réponses possibles

Le soin en addictologie a longtemps été synonyme d'abstinence et de « demande de soin ». L'épidémie du sida, l'arrivée de la réduction des risques ont conduit à penser ce paradigme tout autrement, en prenant en compte l'usage et ses pratiques, la personne et son style de vie tels qu'ils se présentent. C'est en allant vers les personnes consommatrices, pour ensuite les accompagner dans différentes étapes, qu'elles pourront faire et agir dans le sens d'une meilleure santé. Ainsi, l'idée de « faire avec » les consommations s'est peu à peu forgée et avec elle, le fait que soigner commence d'abord par « prendre soin ».

Le soin en addictologie recouvre ainsi une multitude de réalités et d'offres possibles, qui se déclinent en ambulatoire ou en résidentiel. L'accompagnement permet d'agencer ces différentes propositions. L'abstinence fait ainsi partie de cette palette d'offre possible, mais ne s'y résume pas. Le soin en addictologie peut en effet se traduire par un sevrage, mais aussi par un traitement de substitution, par la gestion des consommations, etc.

Les enjeux du soin sont désormais moins l'abstinence que la prise en compte de l'ambivalence de la personne et le renforcement de son pouvoir d'agir sur elle-même et sur son environnement afin de l'aider à diminuer les dommages et améliorer la gestion de sa consommation.

Pendant de longues années, la réduction des risques a été « retranchée » hors du champ historique du soin, créant un clivage dans les représentations parmi les professionnels entre ce qui relevait du soin d'une part et de la réduction des risques d'autre part. Ce clivage s'est toutefois estompé, à mesure que les deux champs ont appris à converger pour proposer une pluralité d'offres d'accompagnement[13].

12. Pour plus de détails, se référer au guide « Addictions et lutte contre les exclusions : travailler ensemble », pp24-25, FNARS- Fédération Addiction, 2015.
13. Voir le guide pratique(s « Réduire les risques : éthique, posture et pratiques », Fédération Addiction, 2016.

Le sens et la fonction des drogues

1. Drogue, toxicomanie, substances psychoactives : point sémantique

Plusieurs définitions du mot « drogue » existent, ayant évolué au fur et à mesure des époques. Utilisé autrefois pour désigner un médicament destiné à soulager une maladie, le terme a ensuite été employé pour ne faire référence qu'aux seules drogues illicites, appelées par la justice « stupéfiants ».

Aujourd'hui, le vocable « drogue » recouvre un périmètre plus large. Dans une approche globale et scientifique, il désigne « toutes les substances chimiques qui peuvent modifier le fonctionnement du cerveau[14] » (dont font partie le tabac, l'alcool et les médicaments psychotropes) et provoquer ainsi des modifications psychiques et comportementales.

Toutefois, les professionnels de l'addictologie lui préfèrent les termes de « substances psychoactives » ou « substances psychotropes », jugés plus neutres car moins stigmatisants et sans connotation relative au caractère licite ou illicite. Le terme de « conduites addictives » est de plus en plus usité parmi les professionnels de l'addictologie car il permet d'inclure d'autres comportements d'addiction (sans produit) – prenant ainsi en compte l'évolution actuelle de ces problématiques- ainsi que les différents niveaux d'usages.

2. Drogues dures, drogues douces ?

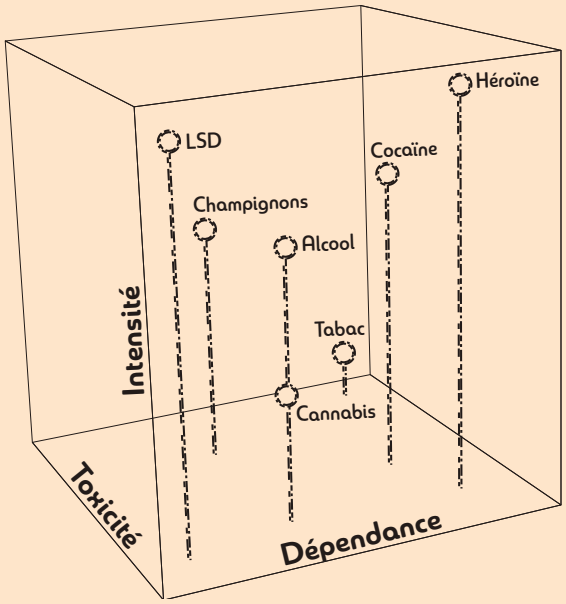
Les termes « drogues dures » et « drogues douces » sont très souvent employés par le grand public pour catégoriser les drogues. Les drogues dures – héroïne, cocaïne, crack, citées généralement- entraîneraient une plus forte dépendance et seraient plus toxiques que les drogues douces (cannabis, tabac, alcool…).

Cette classification, très binaire, place sur le même niveau des produits aux caractéristiques pharmacologiques différentes, et réduit la dangerosité d'un produit à sa seule dangerosité pharmacologique. Or, il est bien établi que d'autres paramètres entrent en jeu, relatifs à la personne, au contexte d'usage et au mode d'usage notamment.

2.1 La dangerosité pharmacologique : un paramètre parmi d'autres

Les différentes drogues ont chacune un profil de dangerosité pharmacologique différent. Elles peuvent être placées sur un « cube de la dangerosité pharmacologique des drogues », classant chaque substance en fonction de trois axes :

- le **potentiel toxique** : la capacité à provoquer des atteintes physiologiques ;
- le **potentiel de modification psychique** : la faculté de perturber les perceptions, les cognitions, l'humeur, etc.
- le **potentiel addictif** : la capacité à créer une dépendance, découlant de l'impact de la substance sur le système intracérébral de récompense.



LE CUBE DE LA DANGEROSITÉ PHARMACOLOGIQUE DES DROGUES[15]

De ces trois axes découlent trois types de complications possibles :

- les complications somatiques
- les complications psychopathologiques
- la dépendance.

14. Morel Alain, Couteron Jean-Pierre, "Aide-mémoire addictologie 3ème édition", Dunod, 2019, p45.
15. *Ibid*, p66.

On voit ainsi que le tabac et l'héroïne ont un potentiel addictif très élevé et que leurs potentiels toxique et de modification psychique respectifs s'opposent : le tabac est très toxique mais ne perturbe que très peu les perceptions, alors que c'est l'inverse pour l'héroïne.

Les produits au potentiel addictif très élevé n'ont qu'une faible marge entre usage simple et dépendance.

- Le cannabis a un potentiel addictif assez faible, est peu toxique mais est un puissant modificateur psychique. Les complications majeures liées au cannabis se situent non pas du côté de la dépendance, mais sur le plan psychologique et cognitif.
- L'alcool présente un potentiel addictif plutôt moyen mais augmentant rapidement avec les doses ingérées. Sa toxicité est à l'origine de complications somatiques importantes et les modifications psychiques de l'ivresse peuvent entraîner des conséquences négatives pour la personne et son entourage. L'alcool est donc la drogue cumulant le plus de dangers...

▶ **Il apparaît ainsi que les substances psychoactives les plus dangereuses sont celles qui associent au moins deux hauts niveaux de potentiels...et ce ne sont pas forcément celles interdites par la loi !**

Les autres facteurs de dangerosité des drogues :

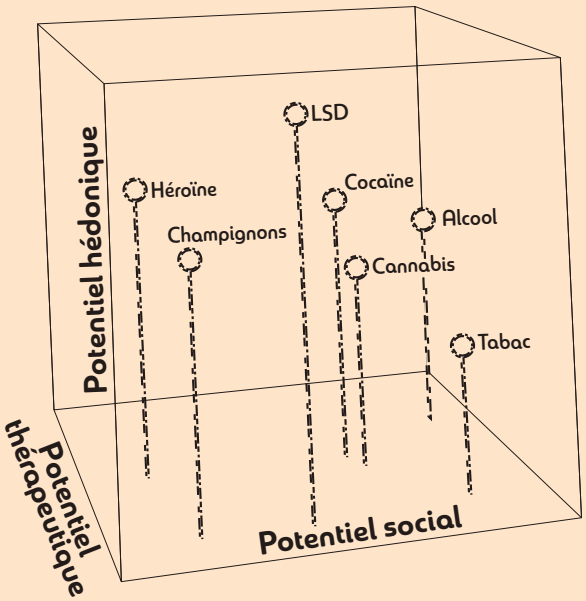
- le mode d'administration (les risques d'infection sont particulièrement importants en cas de pratique de l'injection ou du sniff) ;
- les circonstances (conduite en état d'ivresse, consommation pendant la grossesse, etc.) ;
- la concentration du produit et la dose utilisée ;
- les produits de coupe associés (légaux ou illégaux) ;
- les autres consommations associées, également appelé « poly-consommation » (la consommation simultanée ou étalée dans le temps de plusieurs substances accroît certains risques) ;
- la précocité des consommations ;
- les facteurs de vulnérabilité de la personne.

2.2 Les bénéfices de l'usage de drogues

Si l'usage de drogues traverse les temps et les cultures, et ce en dépit des risques et des dommages associés, c'est bien parce qu'il procure à la personne qui en consomme un certain nombre de bénéfices. Prendre en compte cette dimension positive des effets des drogues est primordial pour comprendre ce qui motive la consommation de substances psychoactives.

Les différents types de bénéfices recherchés peuvent être représentés par un cube dans lequel il est possible de placer, selon une appréciation essentiellement individuelle et subjective, toute substance psychoactive, en fonction de trois axes :

- **le potentiel hédonique :** la recherche de plaisir grâce aux effets de désinhibition, aux sensations agréables, intenses ou inhabituelles, etc. ;
- **le potentiel thérapeutique :** soulager des tensions et des souffrances internes, grâce aux propriétés d'apaisement du stress, d'amélioration de la communication, de l'estime de soi ;
- **le potentiel social :** favoriser les interactions sociales, créer ou consolider du lien social, partager les codes et les comportements d'un groupe social/culturel donné.



LE CUBE DES SATISFACTIONS RECHERCHÉES[16]

Ces potentiels étant fortement liés entre eux, on ne peut réduire les motivations d'usage à la recherche exclusive du plaisir, de soulagement ou de lien social.

Pour l'intervenant en addictologie, favoriser le questionnement personnel et le dialogue autour du rapport qu'entretient la personne avec sa consommation est essentiel. Cette balance satisfaction/insatisfaction renseigne quant à l'existence (ou non) d'un problème aux yeux de la personne et constitue un levier pour l'accompagnement au changement.

▶ **Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises drogues, de drogues « dures » ou de drogues « douces » : elles provoquent toutes des méfaits et des bienfaits. Le secteur de l'addictologie considère plutôt qu'il existe des usages plus ou moins dommageables pour la personne, quel que soit le produit.**

16. Morel Alain, Couteron Jean-Pierre, "Aide-mémoire addictologie, 3ème édition", *op.cit*, p57.

Les différentes drogues et leurs effets psychoactifs

◆ Le tabac :

- Sensations de plaisir, bien-être, stabilisation de l'humeur, réduction de l'anxiété et du stress.
- Sensations de stimulation cognitive, sensation d'augmentation de la vigilance, de la concentration intellectuelle.
- Diminution de la sensation de faim.

◆ L'alcool :

- Désinhibition, sensation de détente ou d'euphorie.
- Troubles de l'attention, de la concentration et de la capacité de jugement
- Altération de la compréhension et de la mémoire.
- Troubles de la vision (rétrécissement du champ de vision notamment).
- Ralentissement du temps de réaction et des réflexes.
- Altération des perceptions.
- Somnolence.
- Instabilité émotionnelle.
- Perte de sensation.
- Perte de contrôle avec prise de risque.
- Syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal (peut être grave et engager le pronostic chez un consommateur chronique).

◆ Les médicaments psychotropes :

Ce sont les benzodiazépines (anxiolytiques, hypnotiques) : -très addictogènes-, les antidépresseurs, les neuroleptiques et stabilisants de l'humeur, les psychostimulants (ex : Ritaline®)

Effets indésirables :

- Somnolence.
- Modifications du comportement.
- Troubles de la mémoire.
- Troubles des capacités motrices.
- Syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal, etc.

◆ Le cannabis :

- Euphorie modérée, sentiment de bien-être.
- Somnolence.
- Affaiblissement de la mémoire à court terme.
- Troubles de l'attention.
- Troubles cognitifs : diminution des capacités de mémorisation et d'apprentissage à long terme.
- Sensation de mal-être, anxiété.
- Diminution de la perception visuelle, de la vigilance et des réflexes.
- Troubles de la coordination motrice.
- Désinvestissement dans les activités.
- Déclenchement ou aggravation de troubles psychiatriques (de type psychotique, paranoïaque).

◆ L'héroïne et autres opiacés :

Les autres opiacés sont les médicaments de substitution aux opiacés (méthadone, buprénorphine), les antalgiques opioïdes (codéine, tramadol, oxycodone, morphine).

- Sensation d'apaisement.
- Sensation d'euphorie et d'extase.
- Atténuation de la douleur et de l'anxiété.
- Somnolence.
- Vertiges, nausées, vomissements.
- Possible perturbation des cycles du sommeil.
- Perte d'appétit et de désir sexuel.
- Troubles psychologiques et physiques liés à l'état de manque.
- Syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal.

▶ **Risques majeurs d'overdose.**

◆ La cocaïne, cocaïne basée (crack ou free base) :

- Sensation d'euphorie.
- Impression d'une énergie accrue.
- Illusion de maîtrise et d'hyper-efficience.

Effets de sevrage :

- Anxiété, crise d'angoisse, symptômes dépressifs.
- Effet paranoïaque pouvant rendre agressif.
- Risque suicidaire, voire état délirant.

Cocaïne basée : crack, free base (cocaïne + ammoniac ou bicarbonate de soute) : effet intense et brutal, très court mais très addictif.

◆ Les hallucinogènes (LSD, champignons, plantes, acide, ...) et drogues de synthèse :

- Modifications sensorielles intenses.
- Hallucinations.
- Perte plus ou moins marquée du sens des réalités, confusion, agitation.
- Lésions neurologiques irréversibles.

◆ Les amphétamines, Ecstasy/MDMA :

Ecstasy/MDMA :

- Sensation d'euphorie.
- Désinhibition.
- Exacerbation des sens.
- Nausée, sueurs, maux de tête.
- Angoisse et incapacité à communiquer.
- Sensation de découragement de déprime lors de la « descente ».

Amphétamines :

- Coupe-fatigue.
- Coupe-faim.
- Sensation de puissance.
- Sensation de découragement et de déprime lors de la « descente ».

Pour en savoir plus sur les différents produits, leurs effets et risques, les données épidémiologiques : se reporter au guide « Drogues et conduites addictives : comprendre, savoir, aider » publié par l'INPES (faisant désormais partie de Santé publique France) en 2014 et téléchargeable sur **https://www.drogues-info-service.fr/A-lire-a-voir/Notices/Drogues-et-conduites-addictives#**

Les acteurs de l'addictologie

Le champ de l'addictologie est composé de trois secteurs : le secteur médico-social, le secteur hospitalier (dit aussi « sanitaire ») et le secteur de la ville. Les professionnels de l'addictologie peuvent décliner des missions de soin, de réduction des risques, d'intervention précoce et de prévention. Ces missions sont encadrées par des conditions de gratuité, de confidentialité, d'anonymat et de libre adhésion des personnes à ce qui leur est proposé. Elles ne comportent pas de notion de durée.

Ces trois secteurs ne se suffisent pas toujours à eux-seuls et sont complémentaires dans le parcours de soin d'une personne.

1. Le secteur médico-social

Le secteur médico-social regroupe des dispositifs ambulatoires et résidentiels (avec hébergement) spécialisés en addictologie, jouant un rôle de référence sur les territoires pour la prise en charge des addictions.

1.1 Les dispositifs ambulatoires :

L'approche ambulatoire permet de travailler sur la liberté de la personne de venir, de partir et de choisir. Celle-ci continue de vivre dans son environnement habituel. Il s'agit alors de proposer des étayages diversifiés qui favorisent l'intégration d'un projet de soin dans un projet de vie.

• Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) :

Les CSAPA s'adressent aux personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou une dépendance, ainsi qu'à leur entourage.

Ils ont 4 missions obligatoires[17] :

1. L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'orientation de la personne ou de son entourage.

2. La réduction des risques.

3. La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion. Les CSAPA assurent le sevrage ambulatoire et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux liés aux addictions dont font partie les traitements de substitution aux opiacés.

4. La prévention.

Et des missions facultatives :

- La prise en charge des addictions comportementales ;
- L'intervention précoce en direction des jeunes consommateurs, via le dispositif des Consultations jeunes consommateurs ;
- L'intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison (par l'accompagnement pendant la détention ou la mission de CSAPA référent en milieu pénitentiaire[18]).

Les CSAPA sont composés d'équipe pluridisciplinaires associant des professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychiatres, psychologues) et des intervenants sociaux (assistants sociaux, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, conseillers en économie sociale et familiale…) agissant en complémentarité, dans une perspective d'accompagnement global de la personne.

Le CSAPA propose un travail sur la consommation, une démarche de « projet » voire d'objectifs visant la réduction ou l'arrêt de tout ou partie des consommations.

La mission de réduction des risques en CSAPA est transversale[19] et se décline de manière diverse selon les structures. Elle s'incarne notamment par l'affichage d'informations de réduction des risques, la délivrance de traitements de substitution aux opiacés, la mise à disposition de matériel stérile, des entretiens individuels ou collectifs. Cette mission de RDR se décline également par la place qui est donnée à la parole de la personne accompagnée et à ses savoirs expérientiels, mais aussi par les dispositions réglementaires visant à favoriser la participation des personnes.

Les CSAPA peuvent, à ce jour, être à gestion associative (la majorité) ou hospitalière.

• Les Consultations jeunes consommateurs (CJC)

La mission de Consultation jeunes consommateurs est majoritairement portée par les CSAPA mais peut être

17. Selon les dispositions de l'article D.34 11-1 et s. du Code de la santé publique.
18. Voir à ce sujet le document de synthèse « Les CSAPA référents en milieu pénitentiaire : vers une meilleure identification », Fédération Addiction, mars 2019, disponible sur www.federationaddiction.fr.
19. Pour plus d'informations, cf. « Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD : rapport d'enquête », Fédération Addiction, 2015.

également intégrée dans des structures spécialisées dans l'accueil des jeunes (maison des adolescents, point d'accueil écoute jeunes).

Les CJC s'adressent aux jeunes consommateurs de substances psychoactives ainsi qu'à leur entourage. Le principe est de faire le point, éventuellement de proposer une aide avant que la consommation ne devienne problématique. Elles peuvent aussi accueillir des jeunes qui viennent pour leur entourage consommateur, voire des jeunes en difficultés personnelles, pour une consultation de prévention individualisée.

Les CJC accueillent gratuitement et anonymement toute personne, mineure ou majeure (« jeune » dans sa consommation) qui se présente spontanément ou adressée par un tiers (famille, amis, justice, école…).

Les professionnels des CJC agissent dans une démarche d'intervention précoce visant à éviter le mésusage dès les premières consommations mais surtout à raccourcir autant que possible le délai entre l'apparition des premiers signes d'un trouble de l'usage et la mise en œuvre d'un accompagnement adapté.

• Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)

Les CAARUD sont des structures dédiées à la réduction des risques. Ils s'adressent à des personnes qui ne sont pas engagées dans une démarche de soin, dont les modes de consommation ou les produits consommés peuvent les exposer à des risques et des dommages.

Ils ont 7 missions obligatoires[20] :

1. L'accueil collectif et individuel, l'information et le soutien personnalisé pour les usagers.

2. Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins (aide à l'hygiène et accès aux soins de première nécessité, orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun, incitation au dépistage des infections transmissible).

3. Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou réinsertion professionnelle.

4. La mise à disposition de matériel de prévention des infections.

5. L'intervention de proximité à l'extérieur du centre pour établir un contact avec les usagers (maraudes, intervention en détention, en milieu festif, …).

6. Le développement d'actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.

7. La participation au dispositif de veille en matière de drogues, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

Les CAARUD sont composés de professionnels de santé et d'intervenants sociaux, et peuvent également associer des bénévoles et des travailleurs-pairs.

1.2 Les dispositifs résidentiels

Les dispositifs résidentiels donnent l'opportunité de réapprendre à habiter un espace (reconstruire son identité, investir un lieu…) et à tisser des liens sociaux (trouver sa place, réapprendre à communiquer, à participer, etc.). L'hébergement peut offrir plusieurs niveaux de réponses :

• L'hébergement peut être organisé autour d'un programme thérapeutique : on parle alors de soin résidentiel (Centre thérapeutiques résidentiels, communautés thérapeutiques).

• L'hébergement peut être complémentaire du soin et viser l'insertion sociale et professionnelle : c'est le cas notamment des appartements thérapeutiques.

• L'hébergement d'urgence et de transition, pour les personnes les plus marginalisées, offre des possibilités d'accès au soin et une orientation vers des dispositifs de plus long séjour.

Les dispositifs de soins avec hébergement proposent une prise en charge qui peut être individuelle ou collective. L'accès à ces dispositifs ne peut pas être fait sur une simple orientation car nécessite une procédure d'admission.

• Les Centres thérapeutiques résidentiels (CTR), appelés autrefois centres de postcure, sont des lieux de soin avec un hébergement collectif, gérés par un CSAPA. Ils sont également appelés « CSAPA résidentiels ». La durée de séjour initiale est variable (de quelques semaines à un an) et reconductible. Ces centres permettent à la personne de retrouver

20. Selon les dispositions du décret du 14 avril 2005 complétant l'article L.312165 du code de la santé publique.

des capacités d'autonomie dans sa vie sociale et psychique (à travers un projet d'abstinence et une vie de groupe régulée), de trouver un équilibre dans un cadre protégé et de construire un projet individuel de réinsertion sociale sur une durée programmée pouvant aller jusqu'à six mois renouvelable une fois.

• **Les Communautés thérapeutiques (CT)** proposent du soin résidentiel avec hébergement collectif, fondé sur une prise en charge où un groupe de résidents-pairs est le moteur du soin et de l'entraide. Elles accueillent les personnes dont la prise en charge en ambulatoire se révèle insuffisante ou non pertinente, en particulier parce qu'un cadre sécurisant et contenant apparaît nécessaire. Elles proposent un programme thérapeutique dans un objectif d'abstinence, essentiellement basé sur la vie communautaire, les activités de groupe, les interactions avec les pairs, la reconnaissance et l'expression des émotions. L'accompagnement en CT peut durer jusqu'à deux ans.

• **Les Centres d'accueil d'urgence et de transition (CAUT)** proposent des séjours de courte durée (de quelques semaines à trois mois) pour consolider ou mettre en place un projet de soin ou d'insertion, en lien avec les partenaires qui accueilleront la personne par la suite. Ils sont une réponse « tremplin » avant l'intégration d'un dispositif de soins résidentiels ou un dispositif sanitaire ou social.

• **les Appartements thérapeutiques (AT)** proposent un hébergement individuel qui vise l'inscription sociale de la personne et le renforcement de son identité. Durant son séjour elle bénéficie d'un accompagnement thérapeutique, médical, psychologique et éducatif tout en étant en situation d'autonomie. Ces dispositifs sont rattachés à des CSAPA qui assurent le suivi et soutiennent la personne dans ses démarches.

NB. Les appartements thérapeutiques sont distincts des appartements de coordination thérapeutique (ACT) qui hébergent temporairement des personnes en situation de précarité touchées par une pathologie chronique invalidante (sida, hépatite, cancer…).

• **les familles d'accueil** permettent aux personnes de rompre avec leur quotidien, de retrouver un rythme de vie par l'intégration dans un milieu familial et de reconstruire des liens interpersonnels et sociaux.

La Fédération Addiction a publié en 2012 un guide sur les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels collectifs. Ce document présente l'historique de ces dispositifs, un panorama et un ensemble de fiches sur les pratiques (cadre de fonctionnement, procédure d'admission, accueil du résident, etc.). Il comporte également un annuaire des différents dispositifs (CT, CTR, CAUT). Le guide est accessible en téléchargement gratuit sur le site de la Fédération Addiction : **www.federationaddiction.fr**

2. Le secteur hospitalier

Le secteur hospitalier en addictologie, également appelé « filière hospitalière », propose, sur un territoire donné, différents dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées (psychiatriques, psychologiques, somatiques). Ces dispositifs s'articulent avec le secteur médico-social et les professionnels du secteur de la ville.

Les dispositifs hospitaliers qui agissent en première ligne sont :

• les **consultations hospitalières en addictologie** : elles exercent des fonctions d'accueil, d'écoute, d'évaluation et d'accompagnement des personnes présentant une conduite addictive et organisent si nécessaire un programme de soins au niveau de l'hôpital pour un sevrage ou des soins complexes (poly-consommations, pathologies somatiques, comorbidités psychiques, etc.).

• les **équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)** : ces équipes (il y en a généralement une par hôpital) interviennent dans l'ensemble des services de l'hôpital pour aider au repérage des conduites addictives chez les patients hospitalisés et à leur prise en charge. Les ELSA assurent un rôle de repérage, évaluation, orientation de la personne, sensibilisation et formation des équipes soignantes à la clinique de l'addictologie.

Les consultations hospitalières et les ELSA orientent certains patients en fonction de leurs besoins :

• vers un **hôpital de jour**, alternative à l'hospitalisation complète, qui accueille des personnes nécessitant des soins complexes dans un cadre contenant, tout en préservant le lien avec l'environnement de vie. L'hôpital de jour propose un accompagnement pluridisciplinaire.

• vers des unités spécifiquement addictologiques, comme le **court-séjour addictologique**, qui assure un sevrage simple (durée d'hospitalisation allant jusqu'à 10 jours) et des soins complexes avec des thérapies spécifiques (durée d'hospitalisation entre 4 et 6 semaines).

• vers un **soin de suite et de réadaptation (SSR)** c'est-

à-dire une structure hospitalière qui prend le relais des soins et d'un sevrage hospitalier ou ambulatoire, avec pour objectif de réduire ou prévenir les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes et de faciliter leur réadaptation. En plus d'assurer un suivi médical, des programmes psycho-socio-éducatifs sont proposés afin de consolider l'abstinence et prévenir la rechute.

NB. Le sevrage en hospitalisation est particulièrement indiqué en cas[21] :

- de dépendance physique sévère, d'une complication d'un sevrage antérieur, de polyconsommations ;
- de pathologies somatiques associées rendant périlleuses un sevrage ambulatoire et/ou exigeant un bilan et des soins spécifiques ;
- de comorbidités psychiatriques empêchant le traitement à un niveau moins intensif ;
- d'échec antérieur de traitements entrepris dans un cadre moins intensif
- de contexte socio-environnemental défavorable.

3. Le secteur de la ville

L'accompagnement des personnes en situation d'addiction s'effectue également dans le secteur de la santé de ville :

• **les médecins généralistes libéraux** sont des acteurs incontournables et essentiels de cette prise en charge qui occupent une place particulière puisqu'ils sont la première voie d'accès des personnes aux soins et disposent d'une vision pluridimensionnelle de leurs patient(e)s (connaissance de la personne, sa famille, ses antécédents, etc.).

Au-delà de la prestation de soins, l'activité professionnelle des médecins généralistes comprend notamment la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'éducation à la santé et l'intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies.

Les médecins généralistes libéraux jouent ainsi un rôle primordial dans le repérage et l'évaluation des problématiques addictives mais aussi dans leur prise en charge (prescription de la grande majorité des traitements de substitution aux opiacés, des traitements médicamenteux et des substituts nicotiniques, soutien, approche motivationnelle, ...). Ils ont aussi pour mission d'orienter vers les différents acteurs spécialisés en addictologie[22].

• **les pharmaciens d'officine** jouent également un rôle primordial dans l'accompagnement des personnes en situation d'addiction. Reconnus par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 comme des acteurs de premier recours, au même titre que les médecins généralistes, les pharmaciens ont une mission de prévention des maladies, traumatismes et incapacités, d'information et d'éducation à la santé mais aussi de repérage et de réduction des risques éventuels pour la santé. À ce titre, ils ont une mission de :

- dispensation et de suivi des traitements de substitution aux opiacés ;
- participation à un programme d'échange de seringues ;
- prévention, suivi et prise en charge du sevrage tabagique ;
- repérage des risques liés à la consommation d'alcool.

• **les réseaux de santé spécialisés en addictologie** ou « réseaux addictions » sont des rassemblements de professionnels de différentes spécialités sur un même territoire (pharmaciens, médecins hospitaliers, généralistes, assistantes sociales, psychologues, etc.), du secteur public, privé, libéral et associatif, constitués afin d'échanger, de progresser sur la problématique de l'addiction. L'apport de chacun des professionnels impliqués dans le réseau permet de mieux prendre en compte la personne dans sa globalité. L'objectif visé est d'améliorer la prise en charge des personnes en situation d'addiction et de renforcer la collaboration pour une meilleure coordination des soins.

▶ L'annuaire de Drogues info service permet de localiser les différentes structures de votre territoire : **https://www.drogues-info-service.fr/Adresses-utiles**

Une recherche professionnelle multicritères est également possible.

21. D'après la circulaire HOS/02 n°2008-299 du 26 septembre 2008 définissant l'organisation des soins hospitaliers en addictologie.
22. Le site internet www.intervenir-addictions.fr, élaboré par la Fédération Addiction et un ensemble de partenaires, met à la disposition des acteurs de santé de premier recours (dont les médecins généralistes et les pharmaciens) un ensemble d'outils pédagogiques visant à mieux repérer les conduites addictives et orienter les personnes.

Quelques définitions

Abstinence : l'abstinence a longtemps été le paradigme dominant dans les champs de l'alcoologie et de la toxicomanie. Elle signifie la cessation de toute consommation/tout comportement. Si l'abstinence est une finalité, le sevrage en est le moyen. Depuis l'arrivée de l'addictologie et la diffusion de la clinique de la réduction des risques et des dommages, l'abstinence est un choix possible parmi une palette de réponses et d'accompagnements.

Accompagnement : l'accompagnement est devenu un axe essentiel des politiques publiques en addictologie. Parfois présenté comme le complément psychologique et social du traitement médical, ses fonctions sont en fait plus fondamentales : il participe à la redéfinition de la notion de guérison, à l'évolution de la relation avec la personne et du temps de traitement. L'accompagnement aide la personne à s'approprier ses propres motivations au changement en se décentrant d'une finalité unique, l'abstinence par exemple. Il a pour fonction de rétablir une expérience de satisfaction, une relation « positive » à l'environnement, dans des conditions à moindre risque. L'accompagnement concrétise une évolution de la relation à la personne en promouvant la notion d'association, de libre adhésion, de projet. Il rappelle la nécessité de susciter l'engagement de la personne dans une visée qui fait du confort de vie un objectif respectable et respecté. Accompagner se pense comme une succession d'interventions visant à aider la personne à reprendre la maîtrise de sa vie et à retrouver sa capacité à l'autonomie et à la citoyenneté. C'est un processus qui se déroule dans la durée.

Accueil : en addictologie, l'accueil est généralement entendu au sens d'accueil « inconditionnel » ou accueil « bas seuil » et consiste à recevoir tout public, qu'il soit consommateur de substances psychoactives ou membre de l'entourage, sans jugement, avec des exigences minimales (pas de violence, pas de consommation dans la structure, pas de deal) et sans condition d'arrêt de la consommation. La mission d'accueil implique pour le professionnel d'écouter et de recueillir la demande de la personne, telle qu'elle est formulée et élaborée à cet instant. L'accueil inconditionnel n'est toutefois pas commun à l'ensemble des dispositifs d'addictologie puisque certains ont des prérequis pour pouvoir y accéder (ex : le sevrage est un préalable pour être accueilli en centre thérapeutique résidentiel).

Aller vers : l' « aller vers » désigne à la fois le mouvement par lequel les professionnels sortent du cadre de leurs institutions pour aller à la rencontre des personnes sur leur lieu de vie, mais aussi l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement. La démarche d'« aller vers » propose une réponse adaptée, graduée, transdisciplinaire aux personnes « là où elles sont, là où elles en sont », c'est à dire quels que soient leur lieu d'habitation, leur situation (personnelle, administrative, sociale) et le moment de leur vie.

Cure : la cure a très longtemps désigné un séjour dans un établissement spécialisé (généralement un hôpital) pour travailler à un objectif d'abstinence. Avec l'évolution des dispositifs et des outils thérapeutiques, ce terme n'est plus utilisé dans les dispositions règlementaires, dans les recommandations de bonnes pratiques, ni dans le discours des professionnels en addictologie.

Craving : le *craving* désigne un besoin irrépressible de consommer. Il n'est pas induit uniquement par le manque du produit mais trouve aussi sa source dans la sensibilisation et la mémorisation de l'expérience de plaisir liée à la prise de produit. Cela explique le fait que certains stimuli attachés à l'expérience individuelle (une odeur, une musique, un lieu…) peuvent déclencher l'envie de re-consommer, et ce parfois après une longue période d'arrêt du produit. Le *craving* fait partie des critères de la dépendance retenus par l'OMS.

Gestion de la consommation : la gestion de la consommation est une approche thérapeutique issue de la clinique de la réduction des risques et des dommages permettant à la personne de reprendre un rôle dans la réussite des objectifs qu'elle souhaite atteindre. La gestion contrôlée des consommations permet de s'éloigner de la problématique de la culpabilité et de considérer l'usage de produit comme faisant partie de la responsabilité individuelle, même en situation de dépendance. Elle reconnaît l'expertise de la personne dans la gestion de sa vie et fait du professionnel un soutien dans sa démarche de changement.

Intervention précoce : la démarche d'intervention précoce vise à promouvoir un environnement favorable à la santé et à renforcer les compétences éducatives de tous les membres de la communauté pour mieux accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité. Il ne s'agit pas seulement de prévenir ou de traiter des difficultés telles que les problèmes familiaux, scolaires, les violences, les consommations de substances et les autres comportements à risque, mais également de renforcer la construction collective d'un contexte social plus favorable au développement des jeunes. L'objectif est de raccourcir autant que possible le délai entre l'apparition des premiers signes d'un trouble de l'usage et la mise en œuvre d'un accompagnement et de soins adaptés. Concrètement il s'agit d'éviter que des jeunes consommateurs développent des consommations problématiques ou que des consommations à risques deviennent nocives, de dépendance.

Overdose, surdose : c'est la prise, accidentelle ou non, d'une substance psychotrope en quantité supérieure à la dose limite supportable par l'organisme, provoquant des symptômes divers pouvant aller jusqu'à la mort de la personne.

Les facteurs de risque sont les suivants :

- Une tolérance abaissée : la tolérance à une substance peut chuter rapidement (souvent en quelques jours) suivant l'interruption de la consommation. Les périodes les plus à risques d'overdose incluent la sortie de prison ou d'environnement de privation de liberté, la sortie d'hôpital ou l'interruption d'un traitement de substitution aux opiacés.
- La poly-consommation : utilisation de plusieurs substances (pas seulement au même moment).
- Des produits de coupe ajoutant leur propre toxicité.
- Les personnes dépendantes aux opiacées constituent le groupe le plus exposé aux overdoses (qu'elles soient mortelles ou non).

À savoir : la naloxone est un médicament qui inverse les effets des opiacés et qui peut donc sauver la vie en cas d'overdose aux opiacés. Il n'y a pas de risque à administrer de la naloxone, même en cas de doute.

En France, la naxolone prête à l'emploi par des non professionnels est disponible sous forme de spray nasal (Nalscue®) et sous forme injectable par voie intramusculaire (Prenoxad®, depuis juin 2019) sur prescription médicale facultative. Nalscue® peut être délivré par les CSAPA, les CAARUD, les centres et structures disposant d'équipes de soins aux personnes en situation de précarité ou d'exclusion ainsi qu'à titre dérogatoire par les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire et les unités sanitaires en milieu pénitentiaire. Nalscue® n'est pas remboursé par l'assurance-maladie. Prenoxad® peut être délivré par l'ensemble des professionnels cités précédemment mais également par les officines de ville. Cette spécialité est remboursée à 65% par l'assurance maladie si elle est prescrite.

À partir du printemps 2021, le Nyxoid®, nouvelle spécialité de naloxone sous forme de spray nasal, sera disponible en structures d'addictologie, à l'hôpital ainsi qu'en officine de ville, sur prescription médicale.

Pour plus d'informations :

- Formez-vous à l'utilisation de la naloxone sur la plateforme interassociative **www.naloxone.fr**

- Téléchargez deux fiches mémos et des affiches sur le site **www.solidarites-sante.gouv.fr**

Postcure : ce terme fait référence aux dispositifs accueillant les personnes après un sevrage dans l'objectif de le consolider. Leur dénomination administrative est « centre thérapeutique résidentiel ».

Prévention : la prévention des addictions vise à éduquer et accompagner, à diminuer les facteurs de risques et à renforcer les facteurs de protection par l'acquisition de connaissances et de compétences psychosociales. C'est d'abord une démarche positive qui se construit en s'appuyant sur les ressources des publics concernés. Elle apporte des repères, favorise l'esprit critique, la réflexion sur l'expérience, l'autodétermination et le renforcement des autocontrôles. Sous la forme de programmes formalisés et validés, la prévention trouve sa place dans les lieux et temps de l'apprentissage personnel (famille, école, milieu du travail, formation…).

Centrée sur les personnes et leurs conduites plutôt que sur les seuls produits et dangers, elle rencontre les publics dans leurs lieux de vie, en particulier ceux en situation de vulnérabilité. Elle associe les personnes-ressources en addictologie et les acteurs du territoire

concerné (professionnels du champ de l'éducation, de l'accompagnement, de la justice, de l'insertion…) et se déploie sous des formes et dans des contextes différents (milieu scolaire, festif, justice, médecine générale et hospitalière, insertion…).

La prévention concerne l'amont des usages mais aussi des publics qui peuvent déjà être dans des expérimentations, des usages réguliers ou des abus. Elle se déploie, en groupe ou individuellement.

Projet : en addictologie, le projet « de soin », « d'accompagnement » est composé de trois éléments : l'identification des problématiques médico-psychosociales, l'identification des attentes, ressources, compétences et des craintes de la personne, la co-construction des objectifs avec la personne. Dans le dispositif médico-social, le projet peut être formalisé dans les contrats de séjours pour les dispositifs avec hébergement ou dans le document individuel de prise en charge (DIPC) en ambulatoire.

Rechute : la notion de rechute est généralement entendue comme le fait de re-consommer un produit ou de réitérer une conduite ; cette réitération étant souvent perçue comme conduisant inévitablement à une mise en échec du processus de soin et à un « retour » de la dépendance.

Les travaux de G. Alan Marlatt ont mis en évidence d'une part, le fait que reprendre du produit (ou réitérer un comportement) est classique dans un processus de changement et, d'autre part, trois niveaux de sévérité :

- l'écart : glisser, déraper avec une seule prise de produit, souvent celui de prédilection ;
- la re-consommation : prise de produit sur plusieurs jours ou plusieurs prises, sans signe de réinstallation de la dépendance ;
- la rechute : la dépendance est de nouveau présente.

Cette gradation des re-consommations ne décrit pas un enchaînement inéluctable car toute personne ayant consommé une ou plusieurs fois ne basculera pas forcément dans une rechute.

Réduction des risques et des dommages : la réduction des risques et des dommages (RDRD) est une clinique ayant pour objectif prioritaire de réduire les risques médico, psycho, sociaux, de prévenir les dommages et d'éviter l'aggravation des usages. Qu'il soit licite ou illicite, un produit se consomme avant tout parce qu'il procure des satisfactions : plaisir, soulagement, socialité. La RDRD respecte ces motivations et vise à aider chacun à mieux gérer sa consommation (ou son comportement) pour en minimiser les dommages. Fondée sur une approche pragmatique, dans un souci de respect et de dignité des personnes, la RDRD agit au plus près des usages et des pratiques à risques.

La RDRD adapte son approche à l'environnement dans lequel elle se développe (milieu festif, rue, ambulatoire et résidentiel, dispositifs d'hébergement, …) et implique l'ensemble des acteurs des champs social, médico-social, de la ville et de l'hôpital. Elle s'insère dans une politique de santé publique globale, permettant de lutter contre l'exclusion et de favoriser un autre regard social sur la personne en tant que citoyenne.

Sevrage : le sevrage désigne un processus accompagné visant à l'arrêt de toute consommation de produit. Le sevrage est cette phase de transition entre le temps « avec » et le temps « sans » le produit. Il s'accompagne d'un ensemble de symptômes traduisant un état de manque, appelé « syndrome de sevrage » ou encore « syndrome d'abstinence ».

Le sevrage peut être conduit par la personne elle-même (c'est commun pour le tabac) ou peut faire l'objet d'une aide médicalisée. La plupart du temps, les sevrages se font en ambulatoire, l'hospitalisation étant réservée aux contre-indications, aux comorbidités somatiques ou psychiatriques lourdes, aux multi-dépendances ou bien aux personnes ayant échoué à conduire un sevrage ambulatoire. L'alcool est le seul produit dont le syndrome de sevrage peut être mortel.

Substitution aux opiacés : elle constitue l'une des composantes de la politique de réduction des risques et des dommages. Elle s'adresse aux personnes dépendantes aux opiacés à qui est proposé un traitement reposant sur la prescription de médicaments de médicaments de substitution aux opiacés (TSO) dont les effets pharmacodynamiques sont similaires à ceux des opiacés, avec moins d'effets de pics,

habituellement renforçateurs du craving. Outre l'apaisement et la diminution du syndrome de manque, les TSO (méthadone, buprénorphine haut dosage) permettent de diminuer l'envie et le besoin de consommer. La substitution ouvre la possibilité de retrouver du contrôle de soi-même et de se dégager des effets de la « centration » de l'existence autour du produit. Elle est un élément d'une prise en charge nécessairement globale, médico-psycho-sociale.

La prescription d'un TSO s'inscrit dans des objectifs de soins, à court, moyen et long terme, qui peuvent être variables : diminuer la consommation, réduire l'usage de la voie injectable, stabiliser socialement, permettre un sevrage, etc. L'arrêt d'un TSO est le plus souvent effectué de façon progressive, par diminution lente des posologies sous contrôle médical et avec un accompagnement psychosocial adapté.

NB. Toute femme enceinte peut bénéficier d'un TSO à quelque moment que ce soit de sa grossesse.

L'interruption brutale d'un TSO expose à un syndrome de manque et au risque de reconsommation de produits. La part des personnes détenues sous substitution est importante et justifie que la personne soit vue par un médecin dès la phase de la garde à vue et que la continuité des soins soit assurée au cours de la détention avec poursuite de la prescription du traitement, mais aussi lors de la préparation à la sortie, moment particulièrement à risque d'overdose[23].

Tolérance : la tolérance est la nécessité d'augmenter l'intensité ou la fréquence d'un produit pour obtenir l'effet désiré. La tolérance fait partie des critères de la dépendance. Suite à l'arrêt prolongé d'une consommation de substance, la tolérance diminue et peut être à l'origine d'une surdose si la personne re-consomme dans les mêmes proportions que ce à quoi elle était habituée. C'est notamment le cas pour les opiacés.

Usager : il n'existe pas, au sein du secteur de l'addictologie, de définition consensuelle de l'usager. Si pour certains l'usager est un consommateur de substances psychoactives, pour d'autres ce terme fait référence aux personnes ayant usage d'un service de soins. Ce terme a été consacré par la loi du 2 janvier 2002 qui l'emploie pour désigner les personnes accueillies et accompagnées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Sources utilisées pour ce chapitre :

ANPAA, « Addictionnaire. Réflexion sémantique en addictologie », 2017.

Fédération Addiction, FNARS « Addictions et lutte contre les exclusions : travailler ensemble », 2015.

Fédération Addiction, « Agir en réduction des risques en CSAPA et CAARUD : rapport d'enquête », 2015.

Fédération Addiction, Guide pratique(s) « Réduire les risques : éthique, posture et pratiques », 2016.

INPES, « Drogues et conduites addictives : comprendre, savoir, aider », 2014.

Morel Alain, Couteron Jean-Pierre, « Aide-mémoire addictologie », 3ème édition, Dunod, 2019.

23. Voir à ce sujet le guide Pratique(s « Addictions : la continuité des soins des personnes détenues », Fédération Addiction et APSEP, 2014.

2.

RÉPONSE PÉNALE ET ADDICTIONS

Contexte de la rencontre Justice-addictions 36

1. Les infractions liées à la consommation de substances psychoactives 36

2. Logique judiciaire en contexte d'addiction 39

Les mesures de soins en addictologie ordonnées par l'autorité judiciaire 40

1. Les soins obligés : obligation de soins, injonction thérapeutique 40

2. Les autres mesures à composante sanitaire 41

La procédure pénale pour une personne majeure ayant commis une infraction en lien avec une consommation de substances psychoactives 43

1. Le classement de la mesure « en opportunité » 43

2. Les mesures alternatives aux poursuites 44

3. Les poursuites et le passage devant la juridiction de jugement 45

Les acteurs judiciaires 54

1. Les magistrats 54

2. Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) 55

3. Les associations socio-judiciaires 57

4. Les avocats 57

Quelques définitions 58

Contexte de la rencontre Justice-addictions

1. Les infractions liées à la consommation de substances psychoactives

La rencontre entre les mondes de la justice et de l'addictologie se fait le plus souvent autour d'infractions commises en lien avec la consommation d'une ou de plusieurs substances psychoactives. Celles-ci sont majoritairement liées à l'usage de drogues licites (alcool par exemple) et de drogues illicites, ces dernières étant nommées ici « stupéfiants ». Des infractions peuvent également être liées à des consommations de médicaments psychotropes[24] ou à des addictions « sans substance » (jeu pathologique, cyberdépendance…) mais elles sont à la marge et ne font généralement pas l'objet d'une politique pénale spécifique des parquets en la matière[25].

LES TROIS CATÉGORIES D'INFRACTIONS PÉNALES[26]

• LES CONTRAVENTIONS :

infractions les moins graves qui sont punies de peines d'amende et sont distinguées en cinq classes qui déterminent le montant de l'amende encourue : de 38 euros pour les contraventions de première classe (comme le défaut de port du permis de chasse) à 1500 euros pour les contraventions de cinquième classe (celles-ci peuvent aussi être sanctionnée par une peine de travail d'intérêt général).

• LES DÉLITS :

infraction caractérisant une volonté de transgresser une norme sociale importante, de gravité moyenne. Ils sont punis de peines d'amende à partir de 3 750 euros et de peines d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 10 ans pour les délits les plus graves[27]. On compte parmi les délits les infractions les plus courantes : vol, violences aggravées, port d'arme, agression sexuelle, etc.

• LES CRIMES :

catégorie formée par les infractions les plus graves, qui manifestent une violation extrême des interdits fondamentaux de notre société. Ils sont punis, en fonction de leur gravité, d'une peine de réclusion criminelle pouvant aller de 15 ans à la réclusion criminelle à perpétuité. L'homicide volontaire, le viol, ou encore l'émission de fausse monnaie sont des crimes.

▶ **Par le jeu des circonstances aggravantes, un même type d'infraction peut parfois basculer dans la catégorie supérieure. Un acte qui aurait été contraventionnel sans circonstance aggravante peut devenir délictuel du fait de ces dernières (exemple des violences volontaires n'ayant pas entraîné d'incapacité totale de travail aggravées par l'état d'ivresse manifeste).**

24. Le trafic de méthadone, médicament de substitution aux opiacés, est une infraction à la législation sur les stupéfiants.
25. Les entretiens téléphoniques conduits, dans le cadre de ce projet, auprès de 7 procureurs de la République, en attestent.
26. Source : www.viepublique.fr.
27. En cas de récidive, les peines sont doublées, donc la peine maximale susceptible d'être prononcée pour un délit est de 20 ans.

1.1 Les infractions liées à l'abus d'alcool :

• L'ivresse sur la voie publique est une contravention de seconde classe, passible d'une amende de 150 euros. L'interpellation fait souvent suite à un trouble à l'ordre public (tapage nocturne, chant en pleine rue, agressivité et menaces).

• La consommation d'alcool est réprimée en tant que telle uniquement dans le cas de la conduite d'un véhicule sous l'empire d'un état alcoolique (à partir de 0,80g d'alcool par litre de sang)[28]. Dans ce cas, la personne se voit retirer six points de permis et risque notamment[29] jusqu'à 4500 euros d'amende, une peine de deux ans de prison et une peine alternative à laquelle peut être assorti un soin obligé en addictologie.

• La consommation d'alcool est retenue comme une circonstance aggravante dans le cadre des crimes et des délits commis en état d'alcoolisation. Dans ce cas, l'alcool est considéré comme un élément étroitement lié à l'infraction principale. Cela concerne principalement le contentieux des violences volontaires (notamment intrafamiliales) et des infractions en matière de circulation routière.

Quelques chiffres et données contextuelles[30] :

• Les délits routiers liés à l'alcoolémie constituent la première cause d'infraction délictuelle au code de la route. Il y a environ quinze fois moins de délits routiers liés aux stupéfiants qu'à l'alcool.

• La conduite en état alcoolique hors récidive est souvent traitée dans le cadre de procédures rapides, en particulier l'ordonnance pénale et la composition pénale. Toutefois, les délits routiers liés à l'usage d'alcool ou de stupéfiant sont aussi de plus en plus souvent sanctionnés par des peines d'emprisonnement comprenant une partie ferme. Cette sévérité accrue est liée à la part importante d'infractions sanctionnées en lien avec des circonstances aggravantes (multiplicité d'infractions et de récidives alourdissant la peine prononcée).

• Dans le cas des violences conjugales, le passage à l'acte ne peut être réduit à des problèmes psychiatriques, de consommation d'alcool ou de stupéfiants. Toutefois, l'alcoolisation de l'auteur lors des faits est fréquente et révèle souvent une consommation régulière, justifiant une réponse pénale spécifique et une mobilisation sur cette problématique, d'autant qu'il s'agit d'une caractéristique assez répandue chez les auteurs de ces violences[31].

1.2 Les infractions liées aux stupéfiants :

Incriminé depuis la loi du 31 décembre 1970, l'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est un délit passible de 3750 euros d'amende et d'un an d'emprisonnement. Il s'agit là de peines encourues, applicables à la consommation occasionnelle ou habituelle, faite en public ou dans la sphère privée. En pratique, la réponse pénale apportée aux faits d'usage est une réponse graduée, tenant compte notamment de la nature du produit consommé, de sa quantité et des antécédents judiciaires de l'individu. Le procureur de la République peut décider d'ordonner une des mesures alternatives aux poursuites pour les faits d'usage simple, qui permettent de ne pas engager les poursuites si ces mesures sont acceptées et exécutées. Celles-ci sont diverses et peuvent comporter un volet sanitaire, comme :

• l'orientation vers une structure sanitaire, sociale ou professionnelle ;

• l'injonction thérapeutique (« prenant la forme d'une mesure de soins ou de surveillance médicale », selon l'article L.3423-1 du code de la santé publique) ;

• les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants.

La loi du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice institue la forfaitisation du délit d'usage de stupéfiants, dont la mise en oeuvre aura lieu à partir du second semestre 2020. Cette infraction pourra faire l'objet – sauf pour les mineurs - d'une amende forfaitaire de 200 euros, sans recours au juge, celui-ci n'intervenant qu'en cas de contestation de l'intéressé-e. Les modalités d'application de cette mesure sont précisées dans le décret n°2019-507 du 24 mai 2019.

Les peines encourues sont beaucoup plus sévères pour la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, le transport, la détention, l'offre, la cession (fait de donner ou de vendre), l'acquisition et l'emploi (le fait d'en utiliser autrement qu'en en fai-

28. Entre 0,50g et 0,80g d'alcool par litre de sang, la conduite sous l'empire d'un état alcoolique est passible d'une contravention de 4ème classe (amende de 135 euros et retrait de six points de permis).
29. Outre des peines complémentaires telles que la suspension du permis de conduire et l'obligation d'effectuer un stage de sensibilisation à la sécurité routière par exemple.
30. OBRADOVIC I, « La réponse pénale à la conduite sous influence (alcool et stupéfiants », Tendances, OFDT, n°91, 2013, pp4-5.
31. PEREZ-DIAZ C., HURE M-S, « Violences conjugales et alcool : quel traitement judiciaire ? », Tendances, OFDT, n°55, 2007, p4.

sant usage pour soi) de stupéfiants, qui permettent de caractériser, de manière isolée ou cumulée, le trafic. La loi française ne prévoit pas de disposition incriminant la détention en vue de l'usage[32], la détention est toujours considérée comme un acte de trafic, et à ce titre punie d'une peine beaucoup plus lourde que l'usage (10 ans d'emprisonnement encourus, quelle que soit la quantité).

En pratique, les personnes interpellées avec une petite quantité de stupéfiants sont majoritairement poursuivies pour usage de stupéfiants lorsque le procureur de la République estime qu'il n'existe pas d'éléments dans la procédure démontrant que la personne détient le produit en vue de se livrer à du trafic, et que la quantité détenue est modeste[33]. Certaines formes de trafic constituent des crimes (fabrication, production, importation ou exportation en bande organisée).

Le code de la santé publique réprime par ailleurs la **provocation à l'usage ou au trafic de stupéfiants** (« *alors même que cette provocation n'a pas été suivie d'effet* »), ainsi que le fait de présenter ces infractions sous un jour favorable (article L.3421-4 CSP, qui prévoit cinq ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende). Les délits de provocation d'un mineur sont cependant prévus par le code pénal, dans une section relative à «la mise en péril des mineurs» (articles 227-18 et 227-18-1, les peines pouvant être portées à 7 ans et 150.000 euros).

De nombreuses règles de procédure pénale spécifiques à la criminalité organisée sont applicables aux faits de trafic, pouvant notamment permettre d'étendre la garde à vue à 96 heures.

Au-delà des peines encourues prévues par le législateur, une même qualification peut recouvrir des situations très variables et s'inscrire dans des contextes locaux très différents. Par conséquent, les réponses pénales pourront varier au regard des spécificités du ressort et de sa délinquance, des circonstances de l'infraction et de la personnalité de l'auteur.

Quelques chiffres et données contextuelles[34] :

• En 2018, les parquets ont orienté plus de 123 000 auteurs d'usage de stupéfiants. Le taux de réponse pénale de 98% est particulièrement élevé (le taux de réponse pénale national tous contentieux confondus étant de 91%).

• La réponse pénale se traduit par 53,6% d'alternatives aux poursuites, lesquelles ont ainsi concerné près de 63 000 auteurs. L'alternative aux poursuites privilégiée est le rappel à la loi (42 000 auteurs). L'orientation vers une structure sanitaire ou sociale est la deuxième alternative aux poursuites la plus fréquemment utilisée (en 2018, elle a concerné près de 8 000 auteurs, soit 14% des alternatives). Lorsque des poursuites sont engagées, elles sont principalement exercées par la voie de l'ordonnance pénale (qui a concerné plus de 27 900 auteurs en 2018).

• Parmi les 7 677 compositions pénales prononcées en 2017 pour usage de stupéfiants, 3 306 étaient assorties d'une amende dont le montant moyen ferme était de 228 euros. Près de 60% des compositions pénales (4 491) étaient assorties d'une mesure autre que l'amende : dans près de 9 cas sur 10, cette mesure consiste en l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants.

• En 2017, plus de 33 600 condamnations ont été prononcées pour usage de stupéfiants, dont 16% assorties d'une peine d'emprisonnement, principalement avec sursis. 7% des condamnations étaient assorties d'une peine d'emprisonnement ferme en tout ou partie, avec un quantum moyen d'emprisonnement ferme de 2,5 mois.

Par ailleurs, près de 24 000 condamnations étaient assorties d'une peine d'amende, qui était ferme dans la quasi-totalité des cas, d'un montant moyen de 339 euros.

▶ **Les poursuites devant les tribunaux restent minoritaires, réservées aux personnes réitérantes ou récidivistes, à celles qui refusent de se soumettre aux mesures ordonnées par le parquet, à celles qui sont poursuivies pour trafic, ou à celles dont l'usage est associé à une autre infraction ou commis dans des circonstances particulières.**

32. En revanche le délit d'offre ou cession en vue de l'usage personnel est puni d'une peine de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende (art. 222-39 du code pénal).
33. Source : MILDECA, « Groupe de travail sur la réponse pénale à l'usage de stupéfiants, restitution des travaux », 2016, p8.
34. Source ministère de la justice, SID- Cassiopée et Casier judiciaire national (CJN), exploitation DACG-PEPP. Données CJN 2017 provisoires.

2. Logique judiciaire en contexte d'addiction

La question de l'identification d'une potentielle addiction se pose pour le magistrat dès lors qu'il apparaît qu'une infraction pénale peut être reliée à une consommation de substances psychoactives. Au-delà de la sanction du comportement délinquant, le rôle de l'autorité judiciaire est de prévenir la récidive et de protéger la société, en développant la réflexion sur les causes d'un passage à l'acte afin d'y apporter une réponse adaptée. Sans préjuger automatiquement d'un lien de causalité entre des consommations et une délinquance observée, l'addiction[35] est considérée comme un facteur pouvant influencer le passage à l'acte, qu'il faut à ce titre prendre en charge.

Au stade pré-sentenciel, le repérage des consommations par les magistrats du parquet (procureur de la République et substituts) relève de critères, éventuellement cumulatifs relatifs[36] :

• **aux déclarations de la personne :** il arrive fréquemment que les personnes mises en cause dans le cadre d'une procédure reconnaissent spontanément une problématique addictive, ou évoquent la régularité et la nature d'une consommation. Cela est toutefois moins le cas pour les problématiques d'alcool.

• **aux déclarations des proches de la victime**, qui peuvent être témoins ou victimes dans la procédure ;

• **aux constatations faites par les enquêteurs de police judiciaire ou mises en évidences par d'éventuelles enquêtes sociales rapides** ;

• **aux constatations médicales :** les personnes gardées à vue ont le droit de solliciter un examen médical. Cet examen peut être ordonné d'initiative (par le procureur ou les enquêteurs) lorsque la personne manifeste des signes de consommation ou de dépendance. Le médecin se prononce alors sur la compatibilité de l'état de la personne avec une mesure de garde à vue et fait état de ses observations médicales ;

• **aux antécédents de la personne intéressée et aux décisions préalablement prises à son encontre :** les antécédents judiciaires sont vérifiés afin de savoir si la personne se trouve en état de récidive ou de réitération des faits[37] ;

• **aux éventuelles expertises médicales ordonnées :** éventuellement, dans des procédures antérieures pour des faits justifiant la réalisation d'une expertise médicale.

Ces critères permettent aux magistrats du parquet d'identifier une consommation vraisemblablement problématique et d'apporter une réponse pénale individualisée qui pourra comporter une composante sanitaire : stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants, orientation vers une structure de soin, injonction thérapeutique, éventuellement poursuites pénales si plusieurs sanctions avaient déjà été prises par le passé.

La nature du produit mis en cause, ainsi que sa quantité, influencent également la réponse pénale apportée. L'appréciation qu'a le magistrat de la dangerosité de ce produit est également un facteur entrant en compte[38].

Dans le cadre des stupéfiants, on observe ainsi qu'une réponse sanitaire tend à être privilégiée dès la première interpellation alors que plusieurs interpellations seront généralement nécessaires pour les délits commis en lien avec de l'alcool. Ainsi, en matière d'alcool, la répétition d'infractions en lien avec ce produit est un indicateur qui amènera les magistrats à ordonner une mesure à composante sanitaire. L'orientation précoce des usagers de stupéfiants vers le « soin » s'explique par le caractère illicite de ces produits, et par leur dangerosité supposément plus grande[39] en termes d'addiction.

Lorsque des poursuites sont engagées, les magistrats du siège[40] s'appuient sur les éléments factuels du dossier pénal et sur la personnalité du justiciable (enquêtes réalisées par le service pénitentiaire d'insertion et de probation, par des associations socio-judiciaires ou par la protection judiciaire de la jeunesse s'il s'agit d'un mineur, témoignage de la personne…) pour prononcer la peine et décider, le cas échéant, des modalités de son exécution. La peine prononcée pourra ainsi comporter une mesure de soin obligé en addictologie.

35. Dans les faits, lorsque les autorités judiciaires préconisent une prise en charge en addictologie, les professionnels de l'addictologie ne constatent pas toujours une problématique addictive.
36. Source : Fédération Addiction, Guide pratique(s «Les soins obligés en addictologie», 2011, p52.
37. Se reporter au chapitre « Quelques définitions ».
38. Constats issus des entretiens téléphoniques réalisés auprès de procureurs et de juges de l'application des peines, ainsi que des groupes de travail locaux organisés à Dieppe et Strasbourg.
39. En termes de potentiel addictif (la dépendance s'installerait plus rapidement), mais aussi parce que l'état de manque pourrait générer un passage à l'acte.
40. Se reporter au chapitre « Les acteurs judiciaires ».

Les mesures de soins en addictologie ordonnées par l'autorité judiciaire

Le fait de commettre un délit laissant apparaître une consommation de substances psychoactives peut entraîner une mesure judiciaire de contrainte aux soins, prononcée à l'égard de la personne. En vertu du principe juridique d'individualisation de la réponse pénale, les mesures de soins obligés en addictologie sont généralement prononcées à l'encontre de personnes dont la consommation apparaît problématique ou pour lesquelles d'autres sanctions (amendes par exemple) n'ont pas empêché la réitération.

Dans le champ des addictions, les soins obligés se déclinent en deux mesures : l'obligation de soins et l'injonction thérapeutique.

1. Les soins obligés : obligation de soins, injonction thérapeutique

• **L'obligation de soins** impose à une personne de « se soumettre à une ou des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation » (article 132-45 du code pénal). Cette mesure n'est pas spécifique aux problématiques addictives et peut concerner d'autres pathologies (psychiatriques notamment). L'obligation de soins est une obligation à la consultation ; la personne est libre de choisir le médecin ou la structure où elle souhaite être suivie.

L'obligation de soins ne comporte pas d'articulation formalisée entre les secteurs de la justice et de la santé. Elle ne nécessite pas d'expertise médicale préalable pour être prononcée : le magistrat apprécie l'opportunité de la mesure en fonction des éléments dont il dispose.

L'obligation de soins est toujours adossée à une mesure principale. Ainsi, elle peut être prononcée avant le jugement, dans le cadre d'un contrôle judiciaire ou après le jugement, dans le cadre d'une peine alternative à l'incarcération ou d'un aménagement de peine[41]. De ce fait, divers acteurs judiciaires peuvent prononcer une mesure assortie d'une obligation de soins : le juge d'instruction ou le juge des libertés et de la détention (avant le jugement), la juridiction de jugement, le juge de l'application des peines (après le jugement). La durée de l'obligation de soins dépend de la duréede la mesure à laquelle elle est adossée.

Le non-respect de l'obligation de soins ne constitue pas en soi une infraction susceptible d'être poursuivie. En revanche, il peut entraîner la révocation ou le retrait de la mesure à laquelle l'obligation est rattachée, et de ce fait, peut provoquer l'incarcération. En effet, la personne suivie doit justifier du respect de ses obligations auprès du SPIP (ou de l'association socio-judiciaire mandatée). En cas de manquement ou de non présentation aux convocations du CPIP, un rapport d'incident sera rédigé. La personne pourra être convoquée devant le magistrat : dans un premier temps, dans le cadre d'un « rappel des obligations » puis, si les manquements persistent, lors d'un débat contradictoire durant lequel la révocation de la mesure sera discutée.

• **L'injonction thérapeutique** est une mesure de soins obligés qui concerne uniquement les délits liés à l'abus d'alcool et à l'usage de stupéfiants. Elle a été introduite par la loi du 31 décembre 1970 afin de permettre aux usagers de stupéfiants d'accéder à un traitement à la suite d'une interpellation et de bénéficier ainsi d'un abandon des poursuites en acceptant de se soigner.

Depuis la loi du 5 mars 2007, le champ d'application de l'injonction thérapeutique a été étendu aux infractions liées à l'abus d'alcool et elle peut être prononcée à tous les stades de la procédure pénale : dans le cadre d'une alternative aux poursuites, d'un contrôle judiciaire, d'une peine alternative à l'incarcération ou encore d'un aménagement de peine.

La durée d'une injonction thérapeutique dépend du cadre dans lequel elle est prononcée. En tant qu'alternative aux poursuites, elle est de six mois renouvelable trois fois (soit vingt-quatre mois maximum). À la différence de l'obligation de soins, l'injonction thérapeutique suppose une organisation formelle des relations entre acteurs sanitaires et judiciaires. Cette organisation a été permise via l'introduction, en 2007, du médecin relais qui se situe à l'interface entre ces deux champs.

41. Voir le chapitre « La procédure pénale pour une personne majeure ayant commis une infraction en lien avec une consommation de substances psychoactives ».

Le médecin-relais :

Désigné par l'Agence régionale de santé (ARS), le médecin-relais procède, suite au prononcé de l'injonction thérapeutique, à l'examen médical de la personne en vue d'évaluer la prise en charge la plus adaptée à sa situation. Il fait ensuite connaître son avis à l'autorité judiciaire concernant l'opportunité médicale de l'injonction thérapeutique. En fonction du résultat de l'examen, le médecin-relais définit les modalités thérapeutiques d'exécution de l'injonction et en informe la personne. Celle-ci peut choisir le professionnel qui la suivra, qui sera informé du cadre juridique de la mesure. Le médecin-relais peut également indiquer à la personne une liste de médecin ou de structures spécialisées. Il a ensuite la charge de contrôler le déroulement de la mesure (au troisième et au sixième mois). Un rapport doit être établi et transmis à l'autorité judiciaire au moment de l'évaluation initiale puis régulièrement pendant le suivi et en cas d'incident.

Depuis la loi du 13 décembre 2011, en raison des difficultés à recruter des médecins-relais, le suivi d'une personne en injonction thérapeutique peut désormais être assuré par un psychologue ou par tout autre professionnel de santé habilité par la direction générale de l'ARS. En général, l'orientation vers un CSAPA est fixée par l'ARS en l'absence de médecin-relais.

L'injonction thérapeutique est une mesure très peu prononcée, dont la répartition sur le territoire national est très hétérogène. Ce faible recours peut s'expliquer par différents facteurs[42] : elle a souffert dès sa création d'un manque de visibilité et d'efficacité, sur lequel le législateur s'est penché tardivement. Le manque de médecins-relais a également contribué au délaissement de la mesure. L'une des raisons principalement avancées justifiant le faible recours à l'injonction thérapeutique tient au fait que les professionnels judiciaires lui préfèreraient l'obligation de soins. Cette dernière bénéficie en effet d'un contenu très large (elle concerne tous les types d'infractions et n'est pas spécifique aux problématiques addictives) et d'un régime beaucoup plus souple et moins onéreux. Elle relève en effet de la seule appréciation de l'autorité judiciaire, fait l'objet d'un encadrement limité (le praticien n'a pas l'obligation de rendre compte de l'effectivité du suivi à la justice) et ne suppose pas de médecin-relais.

De ce fait, l'obligation de soins est presque systématiquement prononcée comme modalité d'exécution d'un sursis avec mise à l'épreuve/probatoire.

Pour autant, l'obligation de soins présente des écueils non négligeables : l'absence d'évaluation médico-psychologique préalable, un large champ d'application à l'origine d'une certaine banalisation de son recours ou encore l'absence de formalisation des relations entre acteurs judiciaires et sanitaires. Ces difficultés, mises en perspective avec le cadre de l'injonction thérapeutique ont conduit le ministère de la justice à donner des instructions aux parquets, via une circulaire du 16 février 2012, de privilégier l'injonction thérapeutique à l'égard des usagers de stupéfiants. Cette incitation ne s'est toutefois pas traduite dans les pratiques.

2. Les autres mesures à composante sanitaire :

• **Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants** : ils visent à « faire comprendre au consommateur les dommages induits par la consommation de produits stupéfiants et les incidences sociales d'un tel comportement[43] ». Les stages sont le plus souvent organisés par des associations socio-judiciaires, mais des CSAPA peuvent également intervenir. Ils sont généralement ordonnés comme alternative aux poursuites aux personnes primo-délinquantes, dont la consommation est occasionnelle ou non problématique (ainsi qu'à titre de peine complémentaire). L'évaluation de la problématique d'usage est faite par l'autorité judiciaire au regard des éléments de la procédure judiciaire et des déclarations de la personne. Les frais du stage sont à la charge de la personne (entre 200 et 400 euros en général).

• **L'orientation vers une structure sanitaire, sociale ou professionnelle :** il est demandé à l'auteur(e) de l'infraction de prendre contact avec une structure

42. Voir TOUILLER Marc, « Pour un renouveau de l'injonction thérapeutique », Revue Droit & Santé n°59, 2014, pp1193-1201.
43. Article R. 131-46 du code pénal.

sanitaire spécialisée (consultation jeunes consommateurs, centre médico-psychologique, CSAPA…), de suivre à ses frais un stage (stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants, stage de citoyenneté, de responsabilité parentale, etc.) ou encore de suivre une formation dans un organisme sanitaire, social ou professionnel. Dans le cas de l'orientation vers une structure sanitaire, l'auteur(e) des faits doit prouver qu'il a pris contact avec la structure.

• **Les prises en charge collectives mises en place au sein des SPIP :** une prise en charge collective est une modalité d'intervention structurée des SPIP auprès de personnes suivies réunies en groupe, qui s'articule avec l'accompagnement individuel assuré par les personnels référents, en vue de favoriser la sortie de délinquance. Les dispositifs de prise en charge collective mis en œuvre par les SPIP sont diversifiés. Certains disposent d'une base textuelle, comme les programmes de prévention de la récidive (PPR) consistant à réunir pendant plusieurs séances un groupe de personnes suivies qui présentent une problématique commune liée à l'infraction commise (infraction pouvant être en lien avec une conduite addictive), en s'appuyant sur la dynamique du groupe et sur l'utilisation d'outils pédagogiques adaptés.

• **Une mesure particulière : l'injonction de soins**

L'injonction de soins est une mesure judiciaire qui concerne les délits et les crimes pour lesquels une peine de suivi socio-judiciaire est encourue (principalement les auteurs de violences sexuelles). Contrairement à l'obligation de soins, l'injonction de soins ne peut être prononcée qu'après une expertise médicale. Si cette dernière établit que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement et que la juridiction de jugement la condamne à un suivi socio-judiciaire, elle est alors automatiquement soumise à une injonction de soins.

Cette mesure oblige la personne à un suivi thérapeutique (psychiatrique généralement, mais pouvant être en addictologie) et au respect de certaines obligations, sans quoi elle encourt la mise à exécution de l'emprisonnement fixé en cas de non-respect du suivi socio-judiciaire. L'injonction de soins suppose une articulation formalisée entre les acteurs de la justice et du soin, via un médecin coordonnateur, qui oriente la personne dans son suivi, la rencontre *a minima* deux fois par an et rend des comptes aux magistrats par le biais de la rédaction de rapports réguliers.

L'injonction de soins peut être prononcée après le jugement dans le cadre du suivi socio-judiciaire mais aussi dans le cadre d'une contrainte pénale ou d'une mesure d'aménagement de peine (libération conditionnelle). Depuis mars 2020, l'injonction thérapeutique peut être prononcée dans le cadre d'un sursis probatoire ou de tout aménagement de peine. Elle se déroule en milieu ouvert mais emporte également des conséquences en détention si la personne condamnée n'effectue pas de soins : pas de libération conditionnelle possible, retrait de crédits de réduction de peine, pas de remises supplémentaires de peine.

La procédure pénale pour une personne majeure ayant commis une infraction en lien avec une consommation de substances psychoactives

Une procédure pénale débute par une enquête qui peut mettre en évidence un lien entre une infraction et la consommation d'un ou de plusieurs produits. Cette procédure est effectuée sous le contrôle du procureur de la République, magistrat du parquet[44], qui, en vertu de son pouvoir d'opportunité des poursuites, décide de son devenir.

Le procureur détermine si les conditions légales de l'infraction sont réunies et évalue l'opportunité du déclenchement de poursuites. Si les faits ne sont pas établis ou si leur auteur(e) n'est pas identifié(e), il classera la procédure sans suite et pour les motifs suivants :

- infraction insuffisamment caractérisée (pas assez de preuves de la réalité des faits)
- les faits ne constituent pas une infraction ;
- l'auteur(e) de l'infraction est demeuré inconnu(e) et il n'y a pas assez d'indices pour le/la retrouver.

En revanche, si les faits sont établis et l'auteur(e) identifié(e), il a trois possibilités :

1. **Classer la procédure**, sans qu'aucune suite pénale ne soit donnée (classement sans suite « en opportunité »), dès lors que les circonstances particulières liées à la commission des faits le justifient).

2. Ordonner la mise en place d'une **mesure alternative aux poursuites** visant à apporter une réponse pénale tout en évitant un passage devant le tribunal.

3. **Engager des poursuites** contre la personne et ordonner son passage devant la juridiction compétente qui pourra prononcer alors, si elle reconnaît la personne prévenue coupable, une **condamnation**.

Par souci synthétique, ne seront détaillées que **les mesures susceptibles d'être prononcées en cas d'infraction en lien avec une consommation de substances psychoactives.**

1. Le classement de la procédure « en opportunité » :

Le procureur peut refuser de donner suite à une plainte et classer l'affaire sans suite « en opportunité ».

Les motifs peuvent être notamment :

- le désistement ou la carence de la personne plaignante dans une affaire de faible gravité (la personne se désintéresse de l'affaire[45]);
- la prise en considération de la personnalité de l'auteur(e) (par exemple en raison de ses défaillances intellectuelles, sans qu'il n'y ait irresponsabilité pénale) ou de son comportement (s'il a réparé le dommage causé à la victime) ;
- le préjudice causé est faible, ou l'atteinte à l'ordre public minime.

On distingue ces motifs de classement sans suite qui n'impliquant aucune réponse pénale, des alternatives aux poursuites, qui n'entrainent pas la saisine d'une juridiction pénale, mais aboutissent, lorsque la mesure a été exécutée, à une décision de classement sans suite.

NB. Le classement de la procédure n'est pas une décision définitive. Le procureur peut à tout moment revenir sur sa décision et engager des poursuites, sauf en cas de prescription de l'affaire ou de décès de l'auteur(e) des faits.La victime peut contester la décision de classement devant le procureur général[46]. Celui-ci peut alors enjoindre le procureur de la République d'engager des poursuites.

44. Voir définition au chapitre «Les acteurs judiciaires».
45. Un retrait de plainte n'entraîne pas toujours de classement.
46. Le procureur général près la cour d'appel a sous sa direction les membres du parquet général mais aussi les procureurs de la République du ressort.

2. Les mesures alternatives aux poursuites :

Les mesures alternatives aux poursuites peuvent être qualifiées de premier niveau de réponse pénale. Elles s'adressent en particulier à des personnes primo-délinquantes, pour des infractions de faible gravité et visent autant à éviter le classement sans suite en opportunité, qui peut renforcer un sentiment d'impunité, que les poursuites devant un tribunal.

Il est à noter que chaque parquet élabore sa propre politique pénale, d'après les directives générales et les priorités définies par le Gouvernement et le ministre de la justice, et détermine notamment quel type d'affaires fera l'objet de mesures alternatives aux poursuites[47].

Ces mesures alternatives ont une fonction de prévention et de réparation. Le procureur propose une mesure alternative s'il pense qu'elle pourra assurer la réparation du dommage, mettre fin au trouble résultant de l'infraction ou contribuer au reclassement de l'auteur(e), c'est à dire, favoriser la réinsertion sociale de la personne.

Le respect des mesures alternatives aux poursuites entraîne un classement de la procédure. En revanche, leur non-respect, même partiel, peut se traduire par une convocation devant la juridiction en vue d'un jugement.

Mesures alternatives aux poursuites pouvant être prononcées dans le cadre d'infractions commises en lien avec une consommation de substances psychoactives :

- **le rappel à la loi :** mesure consistant à faire un rappel des textes législatifs en vigueur et des obligations qui en découlent. Il est réalisé par le procureur ou par l'intermédiaire d'une personne habilitée (officier de police judiciaire, délégué du procureur, association…). Cette mesure est employée pour des infractions de faible gravité (par exemple, usage, détention restreinte pour usage personnel ou première conduite sous l'empire d'un état alcoolique sans aucun antécédent). C'est une possibilité de faire prendre conscience à l'auteur de l'infraction qu'il a commis un acte illégal afin d'éviter qu'il ne récidive. En cas d'échec, le procureur peut mettre en œuvre une composition pénale ou engager des poursuites.

- **L'orientation vers une structure sanitaire, sociale ou professionnelle :** se reporter à la définition dans le chapitre « Les mesures de soins en addictologie ordonnées par l'autorité judiciaire ».

- **L'injonction thérapeutique :** se reporter à la définition dans le chapitre « Les mesures de soins en addictologie ordonnées par l'autorité judiciaire ».

- **Le stage de sensibilisation à la sécurité routière :** ce stage est particulièrement adapté en cas de conduite d'un véhicule sous l'empire d'un état alcoolique ou sous l'emprise de produits stupéfiants.

- **Le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants :** ce stage est principalement destiné aux consommateurs primo-usagers jeunes majeurs déclarant une consommation occasionnelle ou « récréative ».

Le cas particulier de la composition pénale :

La composition pénale est une procédure alternative aux poursuites très spécifique. Elle est applicable lorsque la personne reconnaît être l'auteur(e) d'un ou de plusieurs délits punis à titre de peine principale d'une peine d'amende ou d'une peine de prison d'un maximum de cinq ans (à l'exception de l'homicide involontaire).

La composition pénale consiste à réaliser une ou plusieurs des obligations suivantes :

- verser une amende de composition au Trésor public ;
- remettre son véhicule, son permis de conduire, son passeport, son permis de chasser, le produit de l'infraction ou l'instrument ayant servi à commettre celle-ci ;
- respecter différentes interdictions pour une durée de six mois : ne pas fréquenter certains lieux, certaines personnes, ne pas émettre de chèques ;
- accomplir différentes activités : **stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants**, stages de citoyenneté, travail non rémunéré d'une durée maximale de 60 heures…
- se soumettre à une mesure d'**injonction thérapeutique** pour une durée de 24 mois au plus ;
- en cas de violences conjugales, résider hors du domicile conjugal et faire l'objet d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique, accomplir à ses frais un stage de responsabilisation pour la prévention et la lutte contre les violences au sein du couple ;
- réparer le dommage subi (le procureur le proposera obligatoirement si la victime est identifiée).

47. Dans la limite des règles du code de procédure pénale, certaines alternatives aux poursuites étant encadrées par des conditions, notamment de peine encourue.

Après avoir proposé la composition pénale, le procureur (ou la personne habilitée par ce dernier, comme un délégué du procureur) saisit par requête le président du tribunal afin de valider la mesure. Ce dernier peut procéder à l'audition de l'auteur des faits et de la victime, assistés, le cas échant, de leur avocat. La décision du tribunal n'est susceptible d'aucun recours.

En cas de non-acceptation de la mesure ou de non-respect des obligations que la personne intéressée avait acceptées, le procureur doit engager des poursuites (sauf élément nouveau). En revanche, l'exécution de la composition pénale rend toute poursuite impossible.

NB. La composition pénale est la seule alternative aux poursuites à être inscrite au casier judiciaire. Cette mention est destinée à informer les seuls magistrats de l'existence de ce précédent en cas de commission de nouveaux faits, mais elle ne peut pas servir de premier terme de récidive car ce n'est pas une condamnation.

3. Les poursuites et le passage devant la juridiction de jugement

Si la gravité des faits ou le passé de la personne mise en cause le justifient et rendent toute alternative inappropriée pour sanctionner le comportement délinquant, le procureur de la République décide d'engager des poursuites (il met en œuvre l'action publique).

Ces poursuites peuvent prendre plusieurs formes procédurales qui donnent lieu à une condamnation en cas de déclaration de culpabilité :

- Réquisition d'ordonnance pénale[48] ;
- Convocation en Comparution sur Reconnaissance Préalable de Culpabilité (CRPC) sur déferrement[49] (ou sans).
- Convocation devant le tribunal correctionnel dans un certain délai ;
- Déferrement devant le procureur pour un jugement immédiat ou différé (comparution immédiate, convocation par procès-verbal, cette dernière option pouvant permettre de placer la personne sous contrôle judiciaire avant son jugement) ;
- Ouverture d'une information judiciaire (pouvant comporter une mesure de contrôle judiciaire ou un placement en détention provisoire).

3.1 Avant le jugement (phase pré-sentencielle) :

A. L'instruction

La phase d'instruction (également appelée information judiciaire) est facultative sauf en cas de crime[50]. Le procureur de la République ouvre une information judiciaire, confiée au juge d'instruction, dans le cas de crime, ou de procédures complexes nécessitant des investigations approfondies, ou impliquant de multiples personnes mises en cause.

L'instruction permet d'établir l'existence de l'infraction et de déterminer si les charges relevées à l'encontre de la ou des personnes poursuivies sont suffisantes pour qu'une juridiction de jugement soit saisie.

Parmi ses prérogatives, le juge d'instruction peut demander au juge des libertés et de la détention (JLD) de placer la personne en détention provisoire ou bien peut prononcer des mesures restrictives de liberté dans le cadre d'un contrôle judiciaire ou d'une assignation à résidence sous surveillance électronique.

NB. La détention provisoire n'est pas possible en matière d'usage de stupéfiants. Une peine encourue d'au moins trois ans d'emprisonnement est nécessaire pour solliciter la détention provisoire. Elle n'est alors possible qu'en cas de violation du contrôle judiciaire.

48. Se reporter à la définition p46.
49. Le déferrement au parquet est un transfert de la personne du commissariat vers le Palais de justice, pour un entretien avec le procureur de la République. C'est une étape de l'exercice des poursuites, notamment à l'issue de la garde à vue.
50. En vertu de l'article 79 du code de procédure pénale (CPP), l'instruction judiciaire est obligatoire en matière de crime, facultative en matière de délit, facultative et exceptionnelle en matière de contravention.

Le contrôle judiciaire (article 137 et suivants du CPP) :

Le **contrôle judiciaire** consiste à soumettre la personne à une ou plusieurs obligations pendant la durée de l'instruction jusqu'à l'audience de jugement devant la juridiction compétente.

Cette mesure a pour objectif de garantir le maintien à disposition de la justice de la personne poursuivie, d'éviter le renouvellement de l'infraction ou de protéger la victime. En pratique, elle permet aussi à la personne d'évoluer et de présenter les efforts ou démarches entrepris dans ce délai devant la juridiction de jugement.

Parmi les obligations liées à cette mesure, on distingue les obligations limitant la liberté de se déplacer, les obligations de surveillance, les obligations de suivi médical (obligation de soins, injonction thérapeutique), les obligations de garanties financières (cautionnement) et des interdictions diverses (conduire un véhicule, détenir une arme, exercer certaines activités professionnelles ou sociales, ne pas rencontrer certaines personnes, etc.).

La personne, laissée libre, doit répondre de ces obligations soit directement devant le juge d'instruction, soit par un intermédiaire désigné par celui-ci : service pénitentiaire d'insertion et de probation, associations socio-judiciaires habilitées. Lors de l'audience de jugement, il est tenu compte du bon ou du mauvais déroulement du contrôle judiciaire dans l'individualisation de la peine prononcée.

Si le contrôle judiciaire n'est pas respecté, le juge des libertés et de la détention peut renforcer les mesures de contrôle ou décider de placer la personne en détention provisoire.

Le contrôle judiciaire se termine à la fin du procès, que la personne soit condamnée ou non. À l'inverse, il peut être allégé lorsque les obligations initiales s'avèrent injustifiées après un certain temps.

En cas de condamnation à un sursis avec mise à l'épreuve/probatoire, le tribunal peut reprendre certaines obligations déjà prévues dans le contrôle judiciaire, notamment en ce qui concerne les soins.

B. L'enquête sociale rapide (ESR)

Dans certains cas et sans qu'il n'y ait besoin d'ouvrir d'instruction, le procureur de la République peut demander à ce qu'une mesure d'enquête sociale rapide (ESR) soit réalisée afin d'être mieux informé sur la situation de la personne prévenue et/ou être éclairé sur une ou plusieurs problématiques présentées par la personne (problématique addictive notamment).

L'enquête sociale rapide est réalisée par une association socio-judiciaire mandatée ou par le SPIP, dans le cadre d'une permanence d'orientation pénale (POP) et dans un délai qui peut être très contraint (entre la garde à vue et le déferrement au parquet).

La loi de programmation pour la justice du 23 mars 2019 élargit les possibilités d'ordonner une enquête sociale rapide[51] afin de mieux informer la juridiction sur la situation de l'intéressé(e), et la rend obligatoire avant toute réquisition de détention provisoire. Elle peut aussi être facultativement ordonnée par le parquet dans les autres cas de poursuites, mais c'est plus rare.

L'ESR permet de préconiser des orientations qui pourront éventuellement être reprises par les magistrats dans leur décision. Elle se compose d'un entretien avec la personne prévenue, suivi d'une vérification plus ou moins approfondie des renseignements obtenus (avec l'accord de la personne) auprès des différentes personnes ayant connaissance de la situation. Elle apporte ainsi des éléments sur la situation familiale, matérielle, professionnelle, mais aussi sur la santé et le profil de personnalité de la personne prévenue, comme sur le déroulement des peines qu'elle a pu subir auparavant. Elle constitue une pièce du dossier judiciaire qui est une source importante d'informations pour la juridiction.

À titre d'exemple, une personne poursuivie pour conduite en état alcoolique mais qui ne présente dans son parcours, ses antécédents, son comportement, son discours, aucun signe d'une consommation d'alcool non maitrisée, ne fera pas nécessairement l'objet, dans le rapport d'enquête, d'une orientation vers le soin.

En revanche, si une consommation d'alcool non maîtrisée s'est installée, qu'elle est fortement soupçonnée voire reconnue par la personne, l'orientation vers le soin pourra être recommandée.

51. Nouvelle rédaction de l'article 41 du CPP, entrée en vigueur le 24 mars 2020.

3.2 Le jugement et la condamnation (phase sentencielle) :

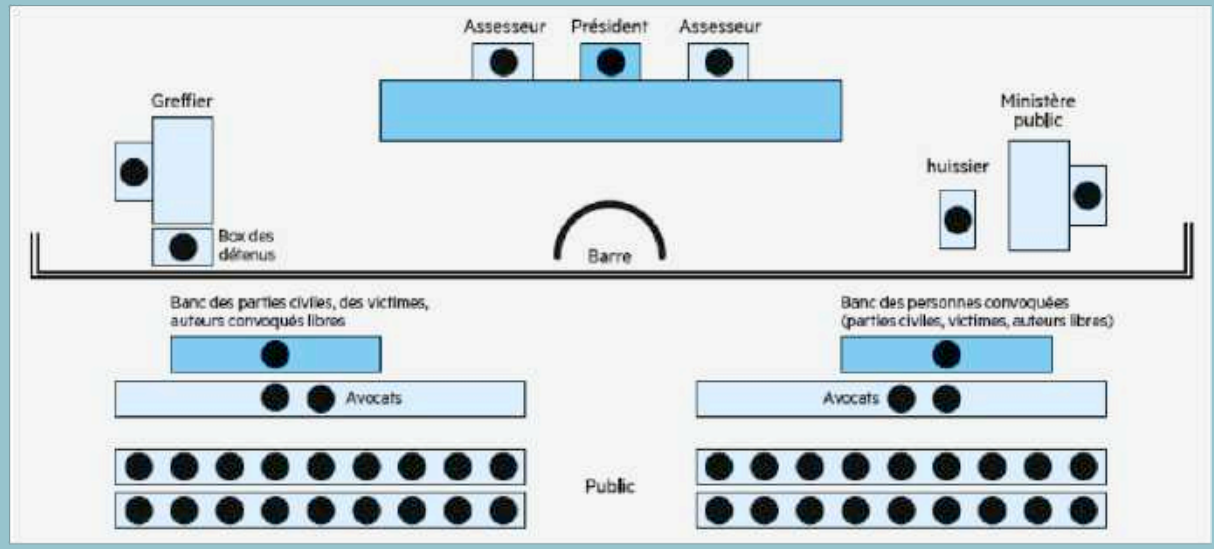
Une personne poursuivie pour un délit en lien avec une consommation de substances psychoactives est convoquée devant le tribunal correctionnel. S'il s'agit d'une contravention, c'est le tribunal de police qui est compétent.

Si la personne est poursuivie pour un crime, la juridiction compétente est la cour d'assises, après une phase préalable obligatoire d'instruction.

En matière correctionnelle, le tribunal est généralement composé de trois juges dont l'un est le président et les deux autres des assesseurs, ou d'un juge unique dans les affaires plus simples qui correspondent notamment à certains délits punis de moins de cinq ans de prison (vol, délits routiers, dégradations, violences simples…).

Le tribunal correctionnel peut notamment prononcer, en cas de condamnation :

- une peine d'amende et/ ou d'emprisonnement ;
- un travail d'intérêt général ;
- une peine alternative à l'incarcération ;
- un ajournement avec mise à l'épreuve.



L'ORGANISATION DE LA SALLE D'AUDIENCE D'UN TRIBUNAL CORRECTIONNEL

Source : « Personnes sortant de prison ou sous main de justice ; guide pratique de l'accueil et de l'accompagnement », Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale, 2016, p34

Dans les faits, les peines d'amende et de jour-amendes sont très peu effectives vis-à-vis des personnes en situation de précarité.

Ces trois types de peine, prononcées à titre de peine principale, peuvent être remplacés ou assortis d'une peine complémentaire permettant d'individualiser la sanction.

Les peines complémentaires :

Lorsque l'infraction constitue un délit ou un crime, une peine complémentaire peut s'ajouter à la peine principale. Cette peine complémentaire, au choix du juge, peut se traduire par :

- le retrait d'un droit ;
- une injonction thérapeutique ;
- l'obligation de suivre un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants ;
- la confiscation d'un objet (dont les stupéfiants) ou d'un animal ;
- la fermeture d'un établissement et l'interdiction d'exercer ;
- la publicité du jugement.

Les jugements rendus dans le cadre de procédures simplifiées :

• **L'ordonnance pénale :** c'est une procédure simplifiée permettant le jugement des contraventions et de certains délits qui ne nécessitent pas la comparution de la personne prévenue devant la juridiction de jugement, excluant le prononcé d'une peine de prison. La peine prononcée peut être pour les délits, une amende ainsi qu'une ou plusieurs peines complémentaires encourues.

Ex : dans le cadre d'une conduite sous l'empire de stupéfiants, la personne peut être condamnée par ordonnance pénale à une amende, avec une peine complémentaire de suspension du permis de conduire pendant une durée déterminée.

• **La comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité (CRPC) :** également appelée « plaider coupable », elle permet au procureur de proposer, directement une ou plusieurs peines à une personne qui reconnaît les faits qui lui sont reprochés. La CRPC suppose la tenue d'une audience publique au cours de laquelle la peine proposée par le procureur et acceptée par la personne, doit être homologuée par le président du tribunal.

Les jugements rendus dans le cadre de procédures rapides :

• **La comparution immédiate :** c'est une procédure pénale rapide dans laquelle une personne comparaît devant le tribunal correctionnel pour y être jugée à la suite de sa garde à vue. Au lieu d'être convoquée à une audience fixée à une date ultérieure, la personne prévenue est directement jugée par le tribunal correctionnel. Quatre conditions doivent être réunies :

- les preuves rassemblées doivent être suffisantes pour que l'affaire soit en état d'être jugée ;
- la peine de prison encourue doit être au moins égale à deux ans (six mois en cas de délit flagrant) ;
- la personne prévenue ne peut être mineure et il ne peut s'agir d'un délit de presse ni d'un délit politique, ni d'une infraction dont la procédure de poursuite est prévue par une loi spéciale.
- la personne doit accepter d'être jugée le jour même.

• **La convocation sur procès-verbal :** elle permet de juger rapidement (moins de quatre mois) les personnes poursuivies pour des faits qui sont en état d'être jugés. Elle s'applique uniquement aux délits, quelle que soit la peine encourue. La personne peut être placée sous contrôle judiciaire dans l'attente de l'audience.

Un cas particulier : l'ajournement du prononcé de la peine

L'ajournement du prononcé de la peine est une procédure par laquelle la juridiction constate une infraction, reconnaît la personne prévenue coupable, mais diffère le prononcé de la peine à une date d'audience ultérieure (quatre mois maximum). À l'audience de renvoi, la juridiction peut soit dispenser la personne de peine, soit prononcer une peine, soit ajourner une nouvelle fois le prononcé de la peine.

L'ajournement peut se décliner de différentes manières, notamment l'ajournement simple, l'ajournement avec mise à l'épreuve (la personne peut être contrainte aux mêmes obligations que celles du sursis avec mise à l'épreuve/probatoire), ou encore l'ajournement aux fins d'investigations. Lorsque le tribunal ordonne l'ajournement, il peut décider de placer la personne prévenue en détention provisoire, sous assignation à résidence sous surveillance électronique, sous contrôle judiciaire, ou la laisser libre.

En pratique, l'ajournement est lourd pour la juridiction dans la mesure où il impose de tenir deux audiences pour juger la même affaire. C'est néanmoins une pro-

cédure qui permet, dans le cadre de dispositifs d'accompagnement développés à titre expérimental pour les personnes en situation d'addiction et dont la commission des infractions est en lien avec leur consommation, de leur proposer une prise en charge ou un suivi pluridisciplinaire pendant ce délai. Ceci afin que la juridiction prononce une peine adaptée à la démarche entreprise pendant l'ajournement (poursuite des soins notamment).

3.3 L'exécution de la peine (phase post-sentencielle) :

Une fois la condamnation prononcée, s'il s'agit d'une peine d'emprisonnement ou d'une peine alternative à l'incarcération, le suivi de la peine peut être confié à un juge de l'application des peines (JAP) du tribunal judiciaire (TJ) du lieu de domicile (ou de détention) de la personne. Le JAP est chargé de déterminer les modalités d'exécution des peines prononcées par le tribunal correctionnel.

Pour les peines exécutées en milieu ouvert, dont les peines alternatives à l'incarcération, et les peines privatives de liberté exécutées en milieu fermé, lorsque le suivi est assuré par un JAP, il pourra mandater le SPIP compétent pour en assurer la prise en charge.

Ici, ne seront détaillées que les mesures susceptibles de comporter une mesure de soin obligé.

Les peines alternatives à l'incarcération (milieu ouvert) :

• **le sursis avec mise à l'épreuve (SME) (supprimé depuis mars 2020) :** peine de probation qui ne met pas à exécution l'incarcération sous condition de respecter des mesures de contrôle et des obligations particulières. La personne condamnée doit notamment informer le JAP et le SPIP de ses moyens d'existence, de ses changements d'emploi, de résidence, de ses déplacements d'une durée supérieure à 15 jours, de tout déplacement à l'étranger et doit solliciter l'autorisation du JAP pour tout changement de résidence pouvant mettre en péril la mesure. Les obligations particulières peuvent comporter la recherche ou l'exercice d'une activité professionnelle, le suivi d'un traitement médical (dont une obligation de soins ou une injonction thérapeutique notamment), l'interdiction de fréquenter certains lieux, etc.

Le SME concerne les crimes et délits pour lesquels une peine de prison de 5 ans maximum est prononcée ou de dix ans au plus si la personne est en état de récidive. La durée de la mesure est comprise entre 18 mois et 3 ans (sauf en cas de récidive ou de seconde récidive où elle peut être de 5 et 7 ans).

En cas de non-respect des obligations, le JAP peut ordonner, d'office ou sur réquisitions du procureur de la République, la prolongation de la durée du délai d'épreuve, dans la limite de trois ans ou la révocation totale ou partielle du sursis, entrainant l'incarcération ou un aménagement sous écrou de la peine révoquée (placement sous surveillance électronique, placement extérieur ou semi-liberté) graduant ainsi les modalités de suivi.

Dans les faits, lorsque les magistrats veulent imposer à la personne condamnée de se soigner, ils ordonnent souvent un SME assorti d'une obligation de soins.

• **le travail d'intérêt général :** la peine de travail d'intérêt général (TIG) peut être prononcée selon trois modalités : en tant que peine principale (si le délit est passible d'un an de prison), en tant que peine complémentaire (pour certaines contraventions) et en tant que modalité d'exécution d'un sursis.

Le TIG consiste à exécuter un nombre d'heures de travail non rémunéré au profit de la société (au sein d'une collectivité, association, établissement public, etc.) dans un délai maximum de 18 mois. Le régime du sursis-TIG (abrogé depuis le 24 mars 2020 car absorbé par le sursis probatoire) s'assimile à celui du sursis avec mise à l'épreuve. La personne doit satisfaire à des mesures de contrôle et à des obligations particulières pouvant consister notamment en une obligation de soins en plus de l'exécution du TIG.

• **la contrainte pénale (supprimée depuis mars 2020) :** cette peine de probation, issue de la réforme pénale de 2014, avait été envisagée initialement comme une peine de milieu ouvert décorrélée de la sanction de l'emprisonnement. Elle est applicable à l'ensemble des délits passibles d'une peine de prison (soit 10 ans maximum) commis par des personnes majeures. La contrainte pénale peut être prononcée pour une durée de 6 mois à cinq ans. Elle se veut particulièrement adaptée pour des personnes présentant des problématiques multiples, nécessitant une prise en charge individualisée et soutenue et un contrôle rigoureux. Elle comporte en effet une phase d'évaluation de la personnalité et de la situation matérielle, familiale et sociale d'une durée de trois mois. Réalisée par le SPIP après le prononcé de la peine, cette évaluation doit proposer des obligations spécifiques et adaptées et informer des modalités de prise en charge. Elle sert ensuite de base au JAP pour fixer le contenu de la contrainte pénale, l'objectif étant d'individualiser au maximum la peine.

La contrainte pénale implique, pour la personne condamnée, de se soumettre aux mesures de contrôles prévues pour le SME et de satisfaire à certaines obligations et interdictions particulières pouvant être :

- les obligations et interdictions prévues en matière de SME ;

- l'obligation d'effectuer un TIG ;

- se soumettre à une mesure d'injonction de soins, en cas de délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru.

En cas de non-respect de ces obligations et interdictions, le JAP doit envisager une modification des obligations et un rappel de celles-ci. Si cela est insuffisant, il peut alors saisir la présidence du tribunal afin de mettre à exécution tout ou partie de la peine d'emprisonnement prévue au départ.

• **le sursis probatoire (depuis mars 2020)** : institué par la loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, le sursis probatoire reprend le régime du sursis avec mise à l'épreuve et du sursis avec obligation d'effectuer un TIG et pourra également comprendre un suivi renforcé prévu dans le cadre de la contrainte pénale, ainsi que l'obligation d'accomplir l'un des stages prévus à l'article 131-5-1 du code pénal. Les juridictions de jugement et, tout au long de la peine, le juge de l'application des peines, pourront adapter la nature du suivi aux faits commis, à la situation de la personne condamnée et à son évolution. Si un accompagnement socio-éducatif soutenu est nécessaire, le sursis probatoire pourra consister en un suivi renforcé. En cas de non-respect des obligations ou de condamnation pour une nouvelle infraction, le sursis probatoire pourra être révoqué en tout ou partie.

• **le suivi socio-judiciaire :** cette peine permet de soumettre toute personne condamnée pour une infraction sexuelle (ou pour certaines infractions de violences, notamment sur conjoint ou sur mineur et pour les infractions les plus graves, tels que les crimes d'atteinte volontaire à la vie, les tortures et actes de barbarie, les incendies volontaires…) à un certain nombre d'obligations et de mesures de contrôle. Le suivi socio-judiciaire est généralement prononcé en complément d'une peine d'emprisonnement, mais il peut être également prononcé à titre de peine principale en matière de délit. La durée de cette peine est de 10 ans pour un délit (mais peut être étendu à 20 ans par décision du tribunal correctionnel) et de 20 ans pour un crime (il peut être à durée indéterminée s'il s'agit d'un crime puni d'une réclusion criminelle à perpétuité).

Le suivi socio-judiciaire est automatiquement assorti d'une injonction de soins, dès lors qu'une expertise médicale indique qu'un traitement est possible (sans précision sur la nature du traitement). Si elle refuse les soins, la personne encourt une peine de prison dont le quantum maximum est fixé par la juridiction de jugement, dans la limite de 3 ans pour un délit et de 7 ans pour un crime. La personne condamnée doit également respecter d'autres obligations, parmi lesquelles les obligations de contrôle, et certaines obligations et interdictions spécifiques (indemnisation de la victime, suivi d'une formation professionnelle, interdiction de fréquenter certains lieux, etc.). Le suivi socio-judiciaire a également des conséquences sur l'octroi de réductions de peine, de permissions de sortir et d'aménagements de peine, décisions devant faire l'objet, dans certains cas, d'expertises préalables.

Les peines privatives de liberté (milieu fermé) :

Une personne condamnée à une peine d'emprisonnement peut voir, en cours de détention, sa peine aménagée par le juge de l'application des peines[52]. Tous ces aménagements de peine peuvent comprendre une mesure de soin obligé. Pour statuer sur l'opportunité et la nature de l'aménagement de peine, le JAP s'appuie sur un ensemble d'éléments et d'appréciations recueillis généralement dans le cadre d'un débat contradictoire durant lequel il entendra l'avis du représentant de l'administration pénitentiaire, les réquisitions du parquet et les observations de la personne condamnée. Il est à noter que lorsqu'une personne détenue a effectué les deux tiers d'une peine dont le quantum total est inférieur ou égal à cinq ans d'emprisonnement, une mesure de libération sous contrainte doit être prononcée lors d'une commission d'application des peines[53] (une fois les deux tiers de la peine exécutés), sauf impossibilité au regard des exigences de l'article 707 du code de procédure pénale (risque de récidive et risque pour les victimes notamment).

S'il n'existe pas juridiquement d'obligation de soin en prison, les prises de contact avec les personnels soignants du milieu carcéral, ou l'initiation d'une démarche de soin en détention, sont fortement encouragées par les JAP et favorisent l'octroi de réductions supplémentaires de peine ou d'un aménagement de peine comportant une orientation sanitaire[54].

52. Les peines de milieu ouvert peuvent également être aménagées.
53. La commission de l'application des peines est présidée par le JAP et est composée du procureur, de la direction de l'établissement pénitentiaire, de membres du personnel de surveillance et du SPIP.
54. Pour plus d'informations sur l'organisation des soins en addictologie en détention, se référer au guide pratique(s « Soins des personnes détenues : l'articulation des soins en détention » disponible en téléchargement libre sur www.federationaddiction.fr.

NB. Une personne peut se voir, dès son jugement, condamnée à une peine de prison mixte assortie, à la sortie, d'un suivi socio-judiciaire ou d'un sursis avec mise à l'épreuve/probatoire comportant une obligation de soin. Sa peine d'emprisonnement peut également être assortie à titre complémentaire d'une peine de suivi socio-judiciaire comportant une injonction de soins. En toute hypothèse, la personne peut également sortir en aménagement de peine assorti d'une obligation de soins avant le suivi prononcé en milieu libre par le tribunal.

Les aménagements de peine :

• **La semi-liberté :** elle permet à une personne condamnée à une peine de prison d'exercer une activité professionnelle, de suivre un enseignement ou une formation, de participer à sa vie de famille ou de suivre un traitement médical, hors de l'établissement pénitentiaire et sans surveillance. En dehors de ses horaires d'activité (généralement la nuit), la personne réintègre l'établissement (quartier ou centre de semi-liberté).

• **Le placement à l'extérieur sans surveillance continue de l'administration pénitentiaire :** cette forme de placement à l'extérieur permet à la personne d'exercer une activité au sein d'un organisme agréé, sans réintégrer la prison. L'hébergement peut être fourni par l'organisme (CHRS, structure de soin résidentiel, etc.). Les activités/obligations possibles sont les mêmes que pour le régime de semi-liberté.

• **Le placement sous surveillance électronique (PSE) ou « détention à domicile sous surveillance électronique » (depuis mars 2020) :** il permet à la personne d'effectuer sa peine privative de liberté à son domicile, sous certaines conditions et sous réserve de respecter des horaires de présence au domicile dont le respect est contrôlé par un bracelet électronique. Ses entrée et sorties sont alors surveillées à distance par l'administration pénitentiaire. Les activités/obligations possibles sont les mêmes que celles de la semi-liberté et du placement à l'extérieur sans surveillance continue.

• **La libération conditionnelle :** elle permet la mise en liberté d'une personne condamnée avant la date d'expiration normale de sa peine de prison, sous condition de respect, pendant un délai d'épreuve, d'un certain nombre d'obligations. La personne en liberté conditionnelle est libérée, elle n'est donc plus sous écrou pendant l'exécution de son aménagement de peine.

Y sont éligibles les personnes manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale et justifiant :

- soit de l'exercice d'une activité professionnelle, d'un stage ou d'un emploi temporaire ou de leur assiduité à un enseignement ou une formation professionnelle ;

- soit de leur participation essentielle à la vie de leur famille ;

- soit de la nécessité de suivre un traitement médical ;

- soit de leurs efforts en vue d'indemniser leurs victimes ;

- soit de leur implication dans tout autre projet sérieux d'insertion ou de réinsertion.

Y sont aussi éligibles sans avoir à respecter ces conditions :

- les personnes de plus de 70 ans sous certaines conditions ;

- les personnes bénéficiant d'une suspension de peine médicale depuis plus de trois ans ;

- les étrangers faisant l'objet d'une mesure d'éloignement du territoire ;

- les femmes enceintes de plus de 12 semaines sous certaines conditions ;

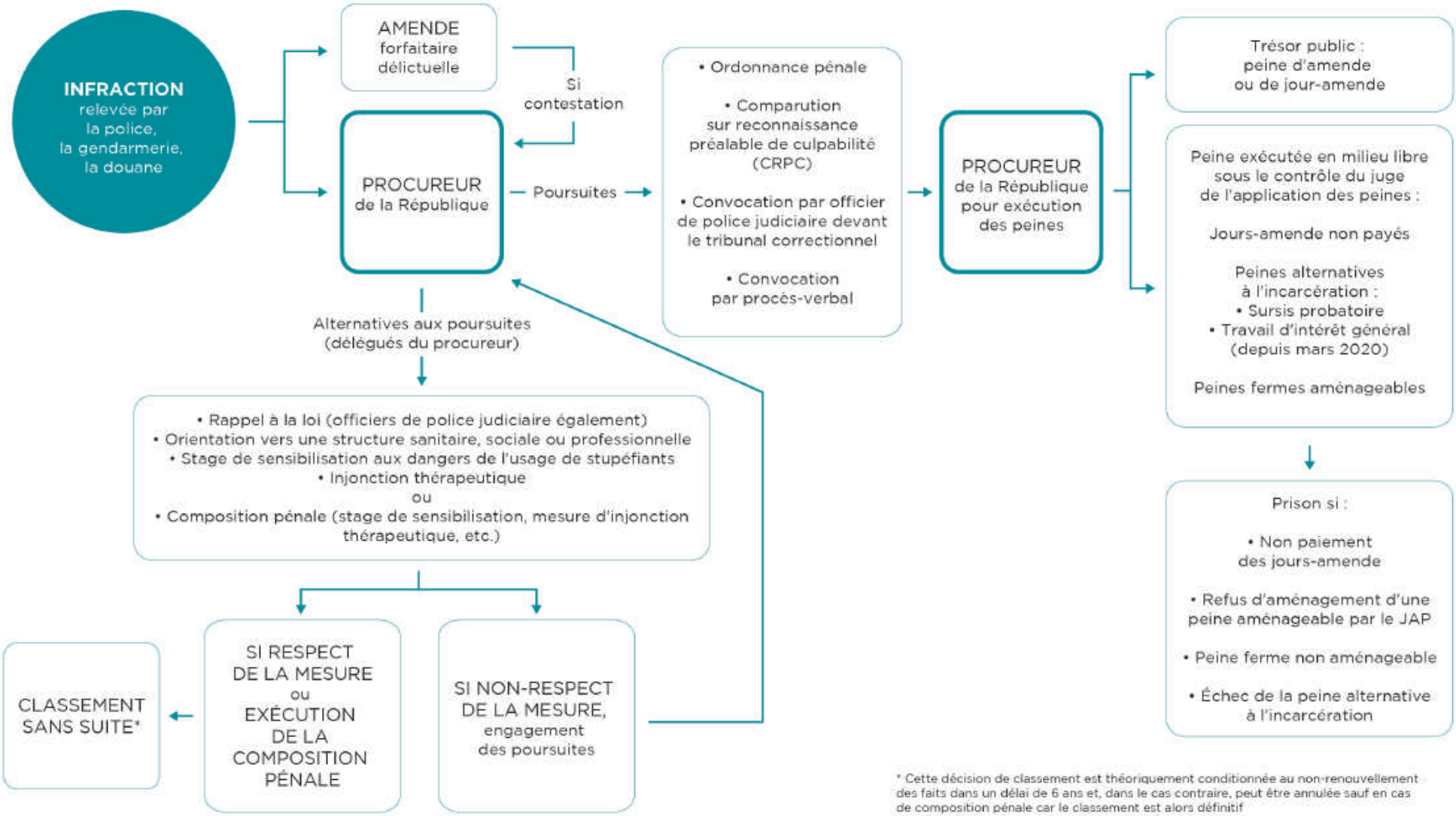
- les parents hébergeant habituellement des enfants de moins de 10 ans sous certaines conditions.

Souvent, la libération conditionnelle peut être accordée lorsque la durée de la peine accomplie par la personne condamnée est au moins égale à la durée de la peine lui restant à effectuer, c'est-à-dire mi-peine. Pour autant, plusieurs dispositifs dérogatoires permettent l'octroi de libérations conditionnelles avant cette date.

La libération sous contrainte

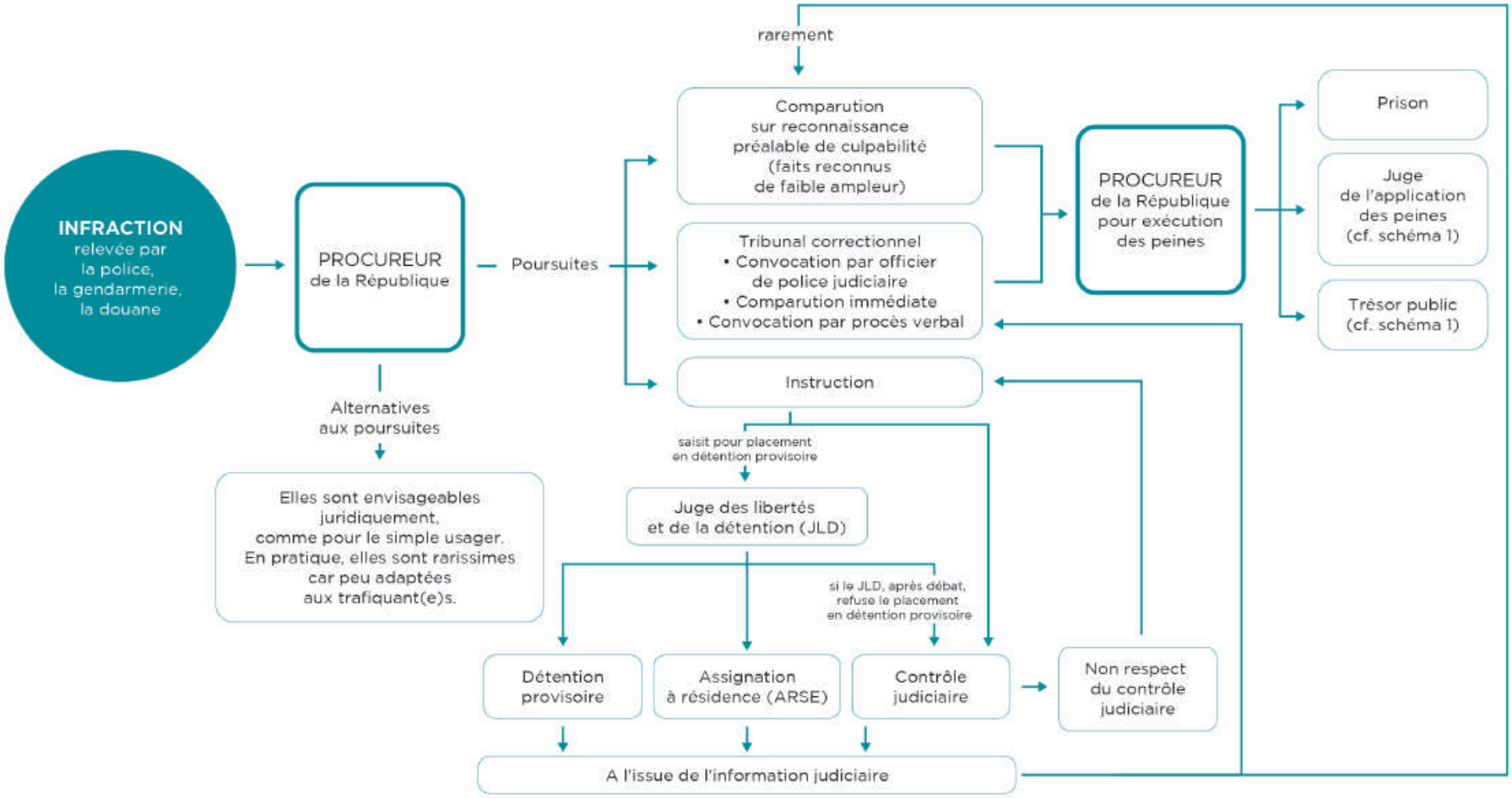
Instituée par la réforme pénale de 2014, la libération sous contrainte est une procédure qui peut être prononcée pour les personnes condamnées à une peine de prison de cinq ans maximum, ayant effectué les deux tiers de leur peine et qui n'ont pas pu ou voulu solliciter un aménagement de peine. La loi prévoit un mécanisme d'examen automatique des situations afin qu'une libération sous contrainte puisse avoir lieu à compter des deux tiers de la peine. Lorsqu'une libération sous contrainte est prononcée, la personne effectue le tiers restant de sa peine selon les modalités d'un aménagement de peine classique. Depuis le 1er juin 2019, la libération sous contrainte doit être octroyée par principe, sauf impossibilité constatée par le juge de l'application des peines.

PROCÉDURE PÉNALE, PERSONNE MAJEURE, **SIMPLE USAGER(E) DE STUPÉFIANTS**



* Cette décision de classement est théoriquement conditionnée au non-renouvellement des faits dans un délai de 6 ans et, dans le cas contraire, peut être annulée sauf en cas de composition pénale car le classement est alors définitif

PROCÉDURE PÉNALE, PERSONNE MAJEURE, **TRAFIQUANT(E) (ACHAT/REVENTE/TRANSPORT/DÉTENTION)**



Sources utilisées pour ce chapitre :
- « Personnes sortant de prison ou sous main de justice », Guide pratique de l'accueil et de l'accompagnement, FNARS, Janvier 2016.
- « Santé-justice : les soins obligés en addictologie », Guide pratiques, Fédération Addiction, 2011.
- Larguier Jean, Conte Philippe, Procédure pénale, Dalloz, les mémentos, 24ème édition, septembre 2016.
- www.justice.gouv.fr.
- Relecture de la Direction des affaires criminelles et des grâces.

Les acteurs judiciaires

Ci-dessous sont présentés les principaux acteurs judiciaires gravitant autour d'une personne ayant commis une infraction en lien avec une consommation de substances psychoactives.

1. Les magistrats

On distingue deux catégories de magistrats : les magistrats du parquet et les magistrats du siège. Au cours d'une carrière, ils peuvent remplir, en matière pénale ou civile, les fonctions de magistrat du siège ou du parquet.

1.1 Le rôle des magistrats du parquet

Les magistrats du parquet, également appelé ministère public, n'ont pas pour mission de prononcer un jugement mais de représenter la société, de défendre ses intérêts et de veiller à l'application de la loi. Ces magistrats ne sont donc pas des juges mais des procureurs.

Les magistrats du parquet dirigent l'action de la police judiciaire, décident des suites à donner lorsqu'une infraction est commise et veillent à l'exécution des peines. Au cours des audiences, le magistrat du parquet prend des réquisitions développant les éléments qui fondent selon lui la culpabilité (ou l'innocence éventuellement) de la personne prévenue, et requiert la ou les peines qui lui paraissent le(s) plus adaptée(s) à la gravité des faits, aux circonstances de leur commission, à la personnalité et à la situation de la personne prévenue.

Le magistrat du parquet développe librement ses réquisitions à l'audience, mais demeure soumis au principe hiérarchique qui le place sous l'autorité du procureur de la République. En revanche, aucune instruction ne peut lui être donnée par le ministre de la justice qui définit les orientations de la politique pénale générale et n'intervient pas dans les affaires individuelles en raison du principe constitutionnel de séparation des pouvoirs (ex : privilégier les injonctions thérapeutiques pour les consommateurs de stupéfiants).

Les membres du parquet auprès d'une juridiction sont indivisibles, c'est-à-dire qu'ils peuvent se remplacer les uns les autres au cours d'un procès, chacun de ses membres représentant le ministère public, quel que soit son grade.

La hiérarchie du parquet :

• **Le procureur général** d'une cour d'appel a sous sa direction les membres du parquet général (avocats généraux et substituts du procureur général officiant à la cour d'appel) mais aussi les procureurs de la République du ressort de la cour d'appel (travaillant au sein des tribunaux judiciaires du territoire).

• **Le procureur de la République** représente le ministère public dans le ressort du tribunal judiciaire. Il intervient sur information des services de police, de gendarmerie, de l'État ou à la suite d'une plainte d'un particulier lorsqu'une infraction est commise dans le ressort du tribunal judiciaire. Il procède ou fait procéder à tous les actes nécessaires à la recherche et à la poursuite des auteurs d'infractions pénales. Il dirige ainsi l'activité de la police judiciaire et contrôle les placements et les prolongations de garde à vue. Lorsqu'une infraction est établie, le procureur apprécie l'opportunité du déclenchement de l'action publique et peut classer la procédure, ordonner la mise en place d'une mesure alternative aux poursuites ou engager des poursuites.

Le procureur peut parfois intervenir devant les juridictions civiles, pour mineurs ou commerciales. Lors d'un procès, le procureur prend des réquisitions orales et propose une peine. Cette proposition ne lie pas le tribunal, c'est un avis, obligatoire en matière pénale, une condamnation ne pouvant être prononcée sans sa présence et qu'après avoir entendu ses réquisitions.

Le procureur a autorité sur les membres du parquet (procureur adjoint, substitut, délégués…). Il est chargé de mettre en oeuvre la politique pénale énoncée par le garde des Sceaux en l'adaptant le cas échéant au contexte et aux enjeux locaux. En fonction de la taille du tribunal judiciaire, le procureur de la République est assisté d'un ou de plusieurs procureurs adjoints/vice-procureurs/substituts.

• **Le substitut du procureur** est chargé des mêmes missions que le procureur de la République et les exerce sous son autorité.

• **Le délégué(e) du procureur** a pour mission de mettre en œuvre, à la demande et sous le contrôle du procureur, les mesures alternatives aux poursuites décidées par le parquet : rappel à la loi, médiation pénale, mesure de réparation, composition pénale, etc. Ce n'est pas un magistrat mais un citoyen habilité par le parquet ou le parquet général pour exercer cette fonction. Certaines personnes exercent cette activité à temps complet, pour le compte d'associations mais il s'agit le plus souvent d'une activité à temps partiel exercée par des personnes retraitées de la fonction publique.

Le délégué du procureur intervient dans le cadre d'une justice de proximité ayant pour objectif de faire comprendre l'intérêt de respecter la loi. Il a un rôle pédagogique et répressif.

1.2 Les magistrats du siège

Les magistrats du siège prononcent un jugement après avoir pris en compte les arguments des différentes parties : ce sont donc des juges. Ils peuvent être généralistes ou bien spécialisés : juge des enfants, juge d'instruction, juge des libertés et de la détention, juge de l'application des peines...

Ils bénéficient d'un statut leur garantissant leur indépendance : ils ne peuvent recevoir aucun ordre et sont inamovibles, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent être mutés sans leur consentement.

• **Les juges correctionnels** sont les magistrats qui sont chargés de décider si la culpabilité de la personne prévenue est établie et le cas échéant de prononcer la peine. Il peut y avoir trois juges : un(e) président(e) et deux assesseurs. Cependant, pour certains délits, le tribunal n'est composé que d'un seul juge (ce sont généralement les délits punis de moins de cinq ans de prison : vol, délits routiers, dégradations, violences simples...).

• **Le juge d'instruction** est chargé de rassembler tous les éléments de preuve à charge et à décharge afin d'établir si l'infraction est ou non constituée :

- Il est saisi par le procureur de la République qui ouvre une information judiciaire, ou par une victime qui se constitue partie civile ;

- Il procède à tous les actes qui permettent la manifestation de la vérité ;

- Il rassemble tous les éléments de l'affaire (interrogatoires, désignation d'experts, ordonnance de perquisitions, de saisies, écoutes téléphoniques, ...) qu'ils soient à charge ou à décharge ;

- Il peut, après cela, rendre une ordonnance de non-lieu ou renvoyer la personne mise en examen devant la cour d'assises ou le tribunal correctionnel pour y être jugée ;

- Il peut placer la personne mise en examen sous contrôle judiciaire ou sous assignation à résidence sous surveillance électronique et fixe, dans ce cadre, les obligations à respecter ;

- Il peut également saisir le juge des libertés et de la détention pour lui demander le placement de la personne mise en examen en détention provisoire à l'issue d'un débat contradictoire.

• **Le juge des libertés et de la détention** est un magistrat notamment compétent pour ordonner, pendant la phase d'instruction d'une affaire pénale, le placement en détention provisoire d'une personne mise en examen. C'est lui qui décide de la prolongation de la détention provisoire et examine les demandes de mise en liberté. Il est saisi par ordonnance motivée du juge d'instruction ou par le procureur de la République.

• **Le juge de l'application des peines (JAP)** est le juge chargé de suivre les personnes condamnées et de déterminer les modalités d'exécution des peines prononcées par les juridictions de jugement. Le JAP est chargé d'octroyer et de suivre les aménagements de peine ainsi que les peines qui s'exécutent en milieu ouvert. En détention, il peut également après avis de la commission de l'application des peines, accorder à la personne condamnée, en fonction de son évolution, une libération sous contrainte, des réductions de peine, des autorisations de sortie sous escorte, des permissions de sortir...

2. Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)

L'article D572 du code de procédure pénale dispose que « dans chaque département, est créé un service pénitentiaire d'insertion et de probation, service déconcentré de l'administration pénitentiaire» qui assure le contrôle, l'évaluation et la prise en charge des personnes placées sous main de justice, en milieu ouvert et en milieu fermé.

Le SPIP intervient dans le cadre du service public pénitentiaire. Il est composé de conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) placés sous l'autorité de directeurs pénitentiaires d'insertion et de probation, mais également d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des psychologues et des assistants de service social.

La circulaire du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation précise que le SPIP « participe à l'exécution des décisions et sentences pénales, au maintien de la sécurité publique et doit s'organiser de manière à lutter efficacement contre la récidive en favorisant la réinsertion des personnes ». En effet, les CPIP participent à la préparation et à la mise en œuvre des mesures d'insertion et des dispositifs de prévention de la récidive prévus par les lois et règlements, en déterminant, à travers une évaluation approfondie de la personne suivie, un plan d'accompagnement de la personne et d'exécution de la peine tel que décrit dans le RPO1[55].

55. La méthodologie de l'intervention des SPIP a fait l'objet d'un travail de la direction de l'administration pénitentiaire en étroite collaboration avec les directions interrégionales et les services déconcentrés ayant abouti à la rédaction d'un référentiel de la méthodologie de l'intervention des SPIP (RPO1).

Plus précisément, dès le début et tout au long de la prise en charge, les CPIP procèdent à une évaluation globale de la situation de la personne prise en charge en portant une attention particulière aux facteurs de risque et de protection ainsi qu'à son niveau de réceptivité. Cette évaluation vise à dégager les axes de travail prioritaires et à définir un plan individualisé d'accompagnement et d'exécution de la peine. Ce plan d'intervention est destiné à renforcer la motivation au changement, à favoriser les opportunités sociales d'insertion et à développer les capacités et compétences personnelles favorables à une sortie de délinquance.

Le référentiel des pratiques opérationnelles (RPO1) a consacré l'approche motivationnelle comme méthodologie de l'intervention du SPIP dans la prise en charge des personnes qui lui sont confiées. Cette approche permet de faire émerger, développer et renforcer la motivation au changement. Elle aide l'individu à résoudre lui-même son ambivalence face au changement et parait ainsi particulièrement opportune pour travailler autour de l'adhésion aux soins.

En milieu fermé, les CPIP :

- aident à la décision judiciaire et à l'individualisation des peines, selon l'évaluation qui est faite de la personne et le plan d'accompagnement qui en découle ;

- aident à la préparation à la sortie de prison, en facilitant l'accès des personnes aux dispositifs d'insertion et de droit commun et en s'assurant de l'ouverture des droits sociaux ;

- apportent leur assistance pendant l'exécution de la peine de prison et mettent en œuvre des actions individuelles et collectives ;

- luttent contre la désocialisation des personnes détenues (aide au maintien des liens familiaux, aide à l'accès à la culture, etc.).

Le SPIP tend à rendre la personne placée sous main de justice actrice de son parcours d'exécution de peine. Elle doit être impliquée dans l'ensemble des démarches de réinsertion. Ainsi, le SPIP n'est pas nécessairement à l'initiative des projets d'aménagement de peines, ces derniers devant être formulés par la personne condamnée elle-même. C'est suite à cette demande que le SPIP émet un avis sur l'opportunité de la mesure, au regard d'une évaluation complète de la situation et du projet.

En milieu fermé, le SPIP travaille en lien avec les CSAPA référents en milieu pénitentiaire et peut orienter les personnes détenues, notamment à l'aide de fiches de liaison et/ou de rapports sociaux. Ce travail collaboratif permet de proposer une prise en charge, un parcours d'exécution de peine et le cas échéant un aménagement de peine adapté, tant sur le plan sanitaire que sur le plan judiciaire.

En milieu ouvert, les CPIP :

- apportent à l'autorité judiciaire tous les éléments d'évaluation utiles à la préparation et à la mise en œuvre des condamnations, selon l'évaluation qui est faite de la personne et le plan d'accompagnement qui en découle ;

- aident les personnes condamnées à donner du sens à la peine et impulsent avec elle une dynamique de réinsertion ;

- s'assurent du respect des obligations imposées aux personnes condamnées à des peines restrictives de liberté ;

- favorisent l'accès des personnes aux dispositifs d'insertion et de droit commun.

Le SPIP peut être amené à réaliser des enquêtes sociales rapides et à suivre des personnes placées sous contrôle judiciaire. Cependant, cette activité présentencielle peut être assurée par les associations socio-judiciaires, tout comme le suivi des personnes faisant l'objet d'une peine de sursis assorti d'une mise à l'épreuve.

Dans le cadre du suivi en milieu ouvert d'une personne en obligation de soins, le CPIP présente à la personne ses obligations, le rôle des différents intervenants et l'informe des différents professionnels pouvant la suivre (médecin généraliste, CMP, CSAPA, etc.). Bien souvent, le professionnel est choisi après proposition du CPIP, sauf si la personne avait déjà un suivi en addictologie ou s'était renseignée en amont du jugement[56]. Il arrive également que le JAP émette un avis sur l'orientation. La personne reste néanmoins libre de choisir son médecin.

Par la suite, le CPIP rencontre régulièrement la personne en entretien et rend compte de son évolution au juge de l'application des peines. Si les soins que la personne met en œuvre ne sont pas conformes à son obligation, des sanctions pourront être envisagées (ex : consultation chez un dermatologue alors que l'obligation vise une problématique addictive).

56. Constats issus des entretiens téléphoniques réalisés auprès de professionnels de SPIP dans le cadre de ce projet.

La pluridisciplinarité en lien avec la thématique « santé »

La mise en place d'instances pluridisciplinaires apparaît comme un lieu d'échanges entre les différents professionnels travaillant autour de la situation de la personne suivie.

Il peut s'agir de :

- **La commission de santé :** l'objectif est d'assurer une meilleure coordination entre le SPIP et les services médicaux quant à la prise en charge d'une personne détenue bénéficiant d'un suivi médical (suivi en cours, personnes hospitalisée et/ou sortantes de prison). Elle est composée de professionnels de santé, d'un assistant de service social en SPIP et d'un CPIP référent sur la thématique santé.
- **La commission pluridisciplinaire unique (CPU) :** dans les établissements pénitentiaires, les différents services (détention, SPIP, services médicaux, responsables du travail et de l'enseignement, etc.) peuvent échanger autour de la situation d'une personne détenue afin de lui proposer un parcours d'exécution de peine adapté et individualisé.
- **La commission pluridisciplinaire interne (CPI) :** Cette instance collégiale interne au SPIP permet d'accompagner les CPIP dans la définition d'un plan d'exécution pour la mise en œuvre de la peine.

3. Les associations socio-judiciaires

La mise en œuvre de la plupart des alternatives aux poursuites est, en tout ou partie selon les ressorts, confiée à des associations socio-judiciaires sur réquisition du procureur de la République. Ces associations sont également particulièrement actives en matière de contrôle judiciaire ou de mesures d'investigation (mesure d'enquêtes sociales rapides ou d'enquêtes de personnalité).

En matière post-sentencielle, les associations socio-judiciaires peuvent mettre en œuvre des sursis avec mise à l'épreuve/probatoires, des placements extérieurs et des libérations conditionnelles.

Dans le cadre d'une libération conditionnelle, l'association vient en appui à la réalisation de la mesure pour les personnes n'ayant aucun lieu d'hébergement ou dans les situations nécessitant des garanties demandées par le JAP.

Certaines associations mettent à la fois en œuvre des mesures socio-judiciaires mais aussi des actions d'aide et d'accompagnement des victimes (dans le cadre de mesures de justice restaurative notamment).

Les associations socio-judiciaires sont rémunérées à l'acte, sur présentation de mémoires de frais de justice, fondés sur une convention signée par la cour d'appel avec chaque association habilitée. Quand il s'agit d'un placement extérieur, la rémunération est à la journée d'accueil et effectuée par la Direction interrégionale des services pénitentiaires.

▶ Pour plus d'informations sur le secteur socio-judiciaire, vous pouvez vous informer auprès de la Fédération Citoyens et Justice, qui regroupe plus de 150 associations socio-judiciaires intervenant sur l'ensemble du territoire national et auprès des tribunaux judiciaires. **www.citoyens-justice.fr**

4. Les avocats

L'assistance d'un avocat n'est pas obligatoire devant le tribunal correctionnel et de police, sauf pour les personnes mineures. Elle est par contre obligatoire devant la cour d'assises.

Si la personne le souhaite, en dehors des cas où la présence de l'avocat est requise, celui-ci peut être présent à tous les stades de la procédure : en garde à vue, lors de la comparution devant le procureur, lors du jugement.

Un avocat peut être attribué à toute personne qui en fait la demande, y compris dans l'urgence. C'est le bâtonnier de l'ordre des avocats qui désigne l'avocat commis d'office parmi le tableau de permanence mis en place.

Le rôle de l'avocat est multiple :

- informer la personne poursuivie des charges qui pèsent contre elle, des différentes peines qu'elle encourt, des différents recours qu'elle peut exercer ;
- veiller à la régularité de la procédure et au respect des droits de la personne pendant toute la durée de la procédure ;
- mettre en avant les éléments de l'affaire afin d'établir l'innocence de la personne poursuivie le cas échéant ;
- indiquer au tribunal les éléments concernant la personne poursuivie afin de la faire bénéficier de circonstances atténuantes ainsi que les conséquences qu'auraient pour elle telle ou telle mesure, faire valoir les causes d'irresponsabilité, si besoin, proposer une sanction qui paraîtrait adaptée[57].

57. Se référer à « Personnes sortant de prison ou sous main de justice », Guide pratique de l'accueil et de l'accompagnement, FNARS, Janvier 2016, p36.

Quelques définitions

Commission d'application des peines (CAP) : Il s'agit d'une commission consultative, instituée dans chaque établissement pénitentiaire, qui donne son avis au juge de l'application des peines (JAP) avant la prise de certaines décisions judiciaires telles que l'octroi des réductions supplémentaires de peine, des permissions de sortir, de libérations sous contrainte.

Condamnation : en matière pénale, décision de justice statuant sur la responsabilité pénale d'une personne ayant commis une infraction et prononçant éventuellement une peine le cas échéant. La condamnation devient définitive lorsque toutes les voies de recours sont épuisées. Elle ne peut être remise en question, sauf si le procès est révisé en raison d'un élément nouveau.

Constitution de partie civile : acte par lequel une victime d'un crime ou d'un délit informe le tribunal correctionnel ou la cour d'assises et la personne prévenue ou accusée, qu'elle demande réparation de son préjudice. La victime peut se constituer partie civile à tout moment de la procédure jusqu'à l'audience.

Débat contradictoire : procédure applicable devant les juridictions de l'application des peines pour l'octroi, l'ajournement ou le refus des aménagements de peine notamment. Il se tient en chambre du conseil et la décision est prise après avis du représentant de l'administration pénitentiaire, réquisitions du parquet et observations de la personne condamnée ainsi que, le cas échéant, de son avocat (art. 712-6 du CPP). Sous certaines conditions, ces décisions peuvent être prises sans débat contradictoire.

Désistance : processus par lequel une personne sort de la délinquance. Cette définition prend en compte le caractère plurifactoriel de ce processus dynamique, influencé par des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques.

Ecrouer : inscrire sur le registre d'une prison. Toutefois, le placement sous écrou peut ne pas correspondre à une entrée en détention, lorsque la personne effectue un aménagement de peine en milieu ouvert. Dans ce cas, la personne est bien sous écrou, mais non détenue (placement sous surveillance électronique par exemple).

Mise en examen : décision du juge d'instruction prise à l'égard d'une personne contre laquelle il existe des indices graves ou concordants, qui rendent vraisemblable qu'elle ait pu participer, comme auteur(e) ou comme complice, à la réalisation d'un crime ou d'un délit. Pendant toute la durée de l'instruction, la personne mise en examen est présumée innocente quand bien même le juge d'instruction déciderait, à l'issue de l'information judiciaire, de renvoyer celle-ci devant le tribunal correctionnel ou la cour d'assises. Le statut de mis en examen donne des droits à la personne concernée (accès à la procédure, possibilité de demander des actes, information de l'évolution des investigations).

Multi-condamnation : ce terme a un sens plus large que le concept de réitération. La multi-condamnation concerne les personnes condamnées qui ne sont pas forcément en état de récidive ou de réitération. Elle permet de décrire une délinquance répétée sans référence chronologique entre la date des faits et la date de condamnation antérieure.

Personne placée sous main de justice : ce terme désigne les personnes faisant l'objet de toute mesure de suivi ordonnée par décision de justice en milieu ouvert ou en prison.

Plan d'accompagnement de la personne et d'exécution de la peine (PACEP) : Il s'agit d'un plan d'accompagnement de la personne suivie durant la mesure de justice. Il découle de l'évaluation initiale réalisée par le CPIP visant à renforcer la motivation au changement, à favoriser les opportunités sociales d'insertion et à développer les capacités et compétences personnelles favorables à une sortie de délinquance.

Police judiciaire : ensemble des personnels de la police et de la gendarmerie spécialement habilités. La police judiciaire est chargée de poursuivre, de rechercher et d'arrêter les auteurs d'infractions, sous l'autorité du procureur de la République.

Prévenu : personne (en liberté ou incarcérée) poursuivie pour une contravention, un délit ou un crime et qui n'a pas encore été jugée.

Probation : modalité d'exécution d'une sanction pénale en milieu ouvert, comportant des mesures de surveillance et d'assistance.

Récidive (ou récidive « légale ») : en matière délictuelle, la récidive légale renvoie à une première condamnation suivie de la commission d'un second délit similaire au précédent (ou un délit assimilé), dans un délai de cinq ans après la première condamnation.

En matière criminelle, il s'agit d'un crime commis après une première condamnation pour un crime ou un délit punis de 10 ans de prison.

Dans tous les cas, la récidive fait encourir le double des peines prévues (ou la perpétuité pour un crime puni de 20 ou 30 ans de prison).

Dans le langage commun, la récidive désigne le fait, pour une personne déjà condamnée d'être à nouveau sanctionnée pour des faits commis après cette première condamnation.

Réitération : il y a réitération d'infraction pénale lorsqu'une personne a déjà été condamnée définitivement pour un crime ou un délit et commet une nouvelle infraction qui ne répond pas aux conditions de la récidive légale. Cette définition n'a été introduite dans le code pénal qu'en décembre 2005. Le texte de loi ne limite pas l'observation de la réitération à une période de temps donnée comme c'est le cas pour la récidive et ne prévoit pas de conséquences sur la peine prononcée.

Usager simple de stupéfiants : il n'existe pas de définition officielle de la notion d'usager simple de stupéfiants. Cependant, les magistrats l'emploient souvent en référence à une personne qui ne commet pas d'autre délit que celui de consommer une substance illicite. L'usager simple bénéficiera généralement de mesures alternatives aux poursuites ou d'une composition pénale.

Sources utilisées pour ce chapitre :

Les mots clés de la justice, lexique, accessible sur **www.justice.gouv.fr**

Rapport annuel de l'observatoire de la récidive et de la désistance, 2017, téléchargeable sur **www.justice.gouv.fr**

3.

SOINS OBLIGÉS EN ADDICTOLOGIE : PRÉCISER LES ENJEUX POUR PENSER LES INTERFACES

L'obligation pénale :
déterminer un langage commun 62

L'obligation pénale :
la possibilité d'une rencontre 64

L'obligation pénale :
une responsabilité à partager 66

L'obligation pénale :
des parcours divers 67

3. SOINS OBLIGÉS EN ADDICTOLOGIE :
PRÉCISER LES ENJEUX POUR PENSER LES INTERFACES

L'obligation pénale : déterminer un langage commun

Favoriser les échanges entre professionnels des deux secteurs et établir des relations partenariales nécessitent de comprendre la signification des mots que chacun emploie. Dans la relation santé-justice, certains concepts génèrent de la confusion parce qu'ils sont employés comme des synonymes alors qu'ils recouvrent des réalités différentes. C'est particulièrement le cas des mots « récidive » et « rechute » (la distinction « récidive judiciaire/ récidive médicale » étant parfois employée).

L'emploi de ces faux-amis peut donc générer des malentendus, notamment sur les objectifs et sur les missions de chaque secteur.

◆ Du côté de l'addictologie, réduire les risques de récidive est un objectif secondaire :

L'objectif des professionnels de l'addictologie est de travailler, avec la personne, à une meilleure gestion de ses consommations afin de réduire les risques et les dommages éventuels associés à celles-ci. Les conséquences judiciaires font partie des risques sociaux associés aux consommations et à la précarité. Dans le cadre de leur mission de réduction des risques, les professionnels de l'addictologie prennent en compte ces problématiques judiciaires, au même titre que les autres problématiques somatiques, psychologiques, sociales, éventuellement rencontrées par la personne.

Pour le professionnel de l'addictologie, réduire les risques de récidive ne consiste pas uniquement à réduire les risques de re-consommations ou de rechute mais à réduire les risques associés à ces re-consommations ou à la rechute.

L'accompagnement en addictologie implique, pour la personne concernée, de composer avec d'éventuelles re-consommations et rechutes. Celles-ci font partie du processus de changement en addictologie[58].

Ainsi :

- toute re-consommation n'entraîne pas forcément de rechute, la re-consommation se définissant par la prise de produit sur plusieurs jours (ou plusieurs prises) sans signe de réinstallation de la dépendance ;
- toute re-consommation ou toute rechute n'entraîne pas nécessairement de nouveau passage à l'acte délinquant.

▶ **En tout état de cause, prévenir les re-consommations ou la rechute n'équivaut pas à prévenir la récidive, même si cela peut y concourir.**

58. Voir la première partie du guide.

◆ Du côté de la justice, la prévention de la récidive est un objectif essentiel, c'est d'ailleurs l'une des finalités de la peine[59] :

L'objectif des professionnels de la justice est de prévenir la récidive, protéger la société en travaillant sur les causes d'un passage à l'acte ainsi qu'à la réinsertion de la personne.

Les pratiques des magistrats et des SPIP ont beaucoup évolué ces dernières années. Des rencontres ont lieu de plus en plus souvent entre les personnels soignants, les personnels d'insertion et de probation et les magistrats pour travailler ensemble à partir des problématiques et des besoins des personnes suivies au sein de leur ressort. Ces rencontres régulières sont encouragées par le ministère de la justice et se formalisent parfois par des protocoles de coopération qui respectent les obligations déontologiques de chacun.

Quand il concerne des produits illicites, le soin est généralement entendu du côté judiciaire comme devant viser l'abstinence. En effet, la seule consommation de telles substances étant pénalement sanctionnée, une nouvelle consommation peut être synonyme de récidive au sens juridique du terme. Cependant, ce raisonnement évolue depuis quelques années au profit de l'appréciation de la dynamique dans laquelle se situe la personne. L'abstinence n'est plus le paradigme dominant et laisse place à des stratégies de réduction des risques.

Pour des produits licites, un lien de causalité entre la consommation et l'infraction est souvent supposé, voire établi par les professionnels judiciaires tandis que les professionnels de l'addictologie peuvent faire l'hypothèse d'une simple corrélation.

Du point de vue judiciaire, le soin doit empêcher que la consommation ne conduise à une infraction et surtout entraîner une réflexion plus générale sur les problématiques de la personne. La temporalité de la justice étant souvent plus courte que celle du soin, cela peut générer des incompréhensions entre professionnels. Pour les professionnels judiciaires, la récidive d'une infraction pourra être vue sous l'angle de l'échec du soin (et donc de la mesure de soin obligé) alors que la compréhension de la situation sera différente du côté des professionnels de l'addictologie.

▶ **Présenter et préciser ces concepts — et plus généralement les différentes terminologies utilisées par l'un ou l'autre secteur — est donc un préalable fondamental pour :**

- **échanger sur les objectifs de chacun (objectifs spécifiques, éventuels objectifs communs) ;**
- **réinterroger les représentations ;**
- **déterminer un langage partagé ;**
- **...et poser, ce faisant, les bases de modalités communes de travail.**

59. Article 130-1 du code pénal.

L'obligation pénale : la possibilité d'une rencontre

Les professionnels de l'addictologie peuvent ressentir des difficultés à l'idée de rencontrer quelqu'un ne souhaitant pas toujours être « soigné ». Ils doivent en effet souvent faire face au manque de motivation, au déni et au problème de non-adhésion à la démarche (rendez-vous non honorés, demandes « opportunistes » d'attestation de présence, etc.). Parfois, ils peuvent aussi faire le constat que le soin obligé n'a pas lieu d'être au regard de l'évaluation clinique de la personne.

Les personnes concernées, quant à elles, perçoivent généralement la contrainte judiciaire d'arrêt des consommations comme un objectif inatteignable, ne laissant pas la place aux stratégies intermédiaires de réduction des risques et d'alliance thérapeutique. Ce qui peut générer appréhension, réticences et des retards majeurs d'accès au soin. Ceci témoigne de l'intérêt de mieux documenter les diverses modalités d'accompagnement possibles en addictologie.

La prise en compte de ces difficultés permet ensuite d'affirmer que :

◆ L'obligation pénale n'empêche pas l'accompagnement et l'adhésion de la personne :

L'obligation pénale organise la rencontre. L'intérêt de cette rencontre, qu'elle se passe en milieu ouvert ou en prison, est de susciter une réflexion, une prise de conscience, un changement. La discussion autour du sens de l'obligation peut être l'occasion d'un dialogue sur d'autres éléments. Par ailleurs, l'obligation judiciaire n'est pas différente des autres demandes de soin reçues par les professionnels de l'addictologie, même si elle est généralement plus lourdement ressentie. Une très grande partie des demandes de soin en addictologie sont initiées par une contrainte, liée à l'environnement, à la personne ou au produit (en somme, à des facteurs endogènes et exogènes).

◆ Les professionnels de l'addictologie créent les conditions de l'alliance thérapeutique :

Dans le cadre de la rencontre obligée, le travail du professionnel est de construire une alliance thérapeutique instaurant un climat de confiance suffisant pour dépasser le cadre de la contrainte et inviter la personne à réfléchir sur elle-même. La connaissance du cadre judiciaire est utile à l'accompagnement, pour mieux comprendre l'environnement dans lequel la personne s'inscrit, sans toutefois surévaluer l'importance de la mesure judiciaire.

◆ Les personnes en soin obligé sont des sujets responsables :

Ces personnes doivent être actrices de leur mesure judiciaire : elles détiennent une capacité à choisir et à agir tout au long de l'accompagnement et des relations santé-justice.

L'accueil de personnes adressées en soins obligé fait partie des missions des CSAPA

Dans le cadre de sa mission obligatoire d'accueil[60], le CSAPA est tenu d'accueillir toute personne en difficulté avec ses conduites addictives, y compris les personnes adressées par l'autorité judiciaire. Il a une obligation de moyens quant à la mise en œuvre des conditions de la réalisation de ce soin obligé. Toutefois, si le CSAPA ne peut structurellement recevoir la personne (file active saturée) ou si l'orientation paraît inadaptée, il peut réorienter vers les partenaires qu'il juge les plus pertinents. Il est souhaitable d'en informer le SPIP. L'accompagnement peut être arrêté pour les mêmes raisons que pour toute autre personne accueillie (violences, inadéquation entre la demande de la personne et l'offre de services, trop de rendez-vous non honorés trop nombreux, fin de l'accompagnement, etc.).

▶ **Le CSAPA n'a pas d'obligation légale d'informer le SPIP en cas d'incidents ou de difficultés rencontrées dans l'accompagnement. Toutefois, l'absence de dialogue entre partenaires, dans les situations où la mesure judiciaire pourrait être mise en échec, pourrait être préjudiciable pour la personne.**

Les soins obligés sont-ils mentionnés au casier judiciaire ?

Le casier judiciaire, qui a pour mission d'enregistrer toutes les condamnations pénales rendues à l'encontre d'une personne, comporte trois bulletins. Le bulletin n°1 est réservé aux juridictions et comporte toutes les condamnations et les décisions de justice concernant la personne, même lorsqu'elle était mineure. Le bulletin n°2 ne comporte qu'une partie de ces condamnations et ne peut être délivré qu'à certaines administrations pour des motifs précis (emploi public, emploi en relation avec des mineurs…). Seul le bulletin n°3 peut être délivré à la personne concernée. Il comporte uniquement les condamnations les plus graves (notamment les peines supérieures à deux ans d'emprisonnement ferme).

Les mentions figurant au casier judiciaire sont évolutives avec le temps et peuvent être effacées, soit du fait de la survenance d'un évènement (amnistie, dispense d'inscription au B2…), soit du fait de l'écoulement d'un certain temps (réhabilitation…).

Ces règles d'effacement sont différentes selon qu'il s'agit du B1, du B2 ou du B3. Une personne peut demander l'exclusion de la mention d'une condamnation au bulletin n°2 ou 3, soit dès le prononcé de la peine, soit ultérieurement.

NB. Il n'y a pas de règle d'effacement à la majorité, cependant les condamnations prononcées à l'encontre de mineurs ne figurent pas au bulletin n°2.

▶ **Le casier judiciaire ne mentionne pas les soins obligés ; il permet seulement de les supposer lorsqu'est prononcé un sursis avec mise à l'épreuve/probatoire ou un suivi socio-judiciaire, quand ces condamnations sanctionnent des faits en lien avec une problématique d'addiction ou d'ordre sexuel. De plus, le casier ne porte pas mention des alternatives aux poursuites, seulement des compositions pénales. Par conséquent, seuls les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants et les mesures d'injonction thérapeutique prononcées dans le cadre d'une composition pénale peuvent être mentionnés.**

60. Selon les dispositions de l'article D.34 11-1 et s. du Code de la santé publique.

L'obligation pénale : une responsabilité à partager

La personne en soin obligé est responsable de ses obligations et des conséquences de leur éventuel non-respect. Ce principe clé ne doit toutefois pas justifier un travail cloisonné, laissant la personne « se débrouiller » avec ses différents interlocuteurs.

Ainsi, considérer la personne comme responsable ne doit pas occulter le fait que les professionnels de l'addictologie et de la justice ont eux aussi une responsabilité à :

- offrir une prise en charge adaptée, pour les acteurs de l'addictologie ;
- mettre en œuvre un suivi du soin obligé adapté à la situation de l'intéressé(e), pour les professionnels de la justice.

Le bénéfice pour la personne est de :

◆ Lui rendre intelligible le parcours judiciaire et de soins dans lequel elle s'inscrit :

Ce parcours est en effet complexe car il fait intervenir des acteurs aux missions distinctes et aux temporalités différentes. Sa compréhension peut être rendue d'autant plus difficile qu'un certain nombre de personnes ont des troubles cognitifs, notamment du fait de leurs consommations, affectant le fonctionnement de leur mémoire et de leur pensée.

Afin de poser le cadre de l'accompagnement et de favoriser la relation de confiance, chaque professionnel doit expliquer à la personne ses missions et les limites de celles-ci, les liens entre les différents partenaires, les modalités de circulation de l'information, mais aussi les obligations auxquelles est soumise la personne par la justice et ce qui est attendu d'elle.

◆ Favoriser les échanges et les relations partenariales :

L'absence de contacts entre professionnels des deux secteurs, ou des relations détériorées, est préjudiciable aux personnes concernées, notamment les plus vulnérables et les plus en difficulté avec leurs consommations. De plus, la persistance de représentations erronées entretient la défiance et les préjugés, et fait écran au travail en partenariat.

▶ **Pourtant, le partenariat est primordial et améliore les relations sur plusieurs points : il permet aux professionnels la compréhension de logiques différentes, favorise l'ouverture et l'émergence de liens professionnels. En somme, il permet aux professionnels d'agir en cohérence au bénéficie de la personne et de son suivi.**

L'obligation pénale : des parcours divers

L'identification, par les magistrats, d'une nécessité de prise en charge en addictologie ne coïncide pas toujours avec l'évaluation de la situation qu'en font les professionnels de l'addictologie. Ces derniers sont donc amenés à rencontrer et à accompagner dans le cadre d'un soin obligé des personnes pour lesquelles cette mesure n'est pas adaptée au profil de consommations qu'elles évoquent et au délit qu'elles ont commis.

Des personnes aux situations complexes, cumulant les vulnérabilités dont un parcours judiciaire chargé, nécessitent un travail en étroite collaboration entre les professionnels.

▶ **Les modalités de partenariats entre professionnels de l'addictologie et de la justice sont donc à adapter aux différents types de personnes reçues en soins obligés.**

Il paraitrait ainsi nécessaire de distinguer :

• les personnes consommatrices ponctuelles ou à risques, pour lesquelles une rencontre avec les professionnels de l'addictologie est souhaitée pour permettre la délivrance de messages de prévention et de réduction des risques ;

• les personnes dont les usages réguliers ont donné lieu à des infractions et qui nécessitent un suivi plus continu ;

• les personnes dont les vulnérabilités multiples, les comorbidités addictives et psycho-pathologiques lourdes en font des multi-réitérants avec risque élevé d'incarcération. Des dispositifs judiciaires innovants sont actuellement expérimentés dans certains tribunaux judiciaires français, sous l'impulsion de l'École nationale de la magistrature (ENM), de la MILDECA et de la Direction des affaires criminelles et des grâces (DACG)[61]. Ces dispositifs innovants peuvent se situer au sein du parcours judiciaire, soit en proposant une coordination renforcée santé/justice en pré-sentenciel, soit en post-sentenciel.

▶ **Les blocages entre professionnels de l'addictologie et de la justice ont été historiquement nombreux et s'expliquent en grande partie par une articulation fondée sur un modèle unique quelle que soit la personne concernée, supposant un parcours de soin linéaire et univoque. Afin de soutenir une prise en charge pertinente, il est donc indispensable de ne pas déterminer un parcours a priori mais bien d'explorer en détails, les priorités et les stratégies d'articulation.**

61. Voir à ce sujet la 4ème et dernière partie.

4.

LA COOPÉRATION EN PRATIQUE

Les préalables à un travail en partenariat 70

Les outils les plus fréquemment utilisés 71

1. Les justificatifs de présence/rencontre 71
2. Les justificatifs de suivi/de fin de suivi 71
3. Les analyses biologiques faisant état de la consommation de stupéfiants et/ou d'alcool 71

Quelques pistes pour favoriser la coopération santé-justice 72

Les évolutions des pratiques 73

Les préalables à un travail en partenariat

La personne concernée par les soins obligés doit être au cœur du projet qui lui est proposé et qu'elle co-construit avec les professionnels. En dehors des expertises et des cas particuliers des injonctions thérapeutiques et du suivi socio-judiciaire prévoyant le média d'un médecin relais, toute transmission d'informations entre les professionnels des secteurs de la santé et de la justice ne peut circuler que par la personne elle-même.

Il est du devoir des professionnels de santé (sanitaires ou médico-sociaux) d'informer leurs patients et d'expliciter les enjeux de la transmission à des tiers de toute information les concernant, y compris lorsque les documents circulent par leur intermédiaire tels les attestations de présence ou les analyses biologiques : ces documents seront portés au dossier pénal et pourront être exposés lors des audiences. Par ailleurs, les professionnels de la santé et de la justice peuvent exposer à la personne que le partage d'informations, réalisé dans le respect du secret professionnel et médical, peut lui être bénéfique.

Certains outils de transmission sont actuellement utilisés dans des modalités expérimentales de coopération santé-justice. Dans ce cadre, les professionnels de l'addictologie doivent s'assurer de l'accord de la personne concernée sur le principe de l'échange d'informations mais également sur le périmètre des informations qu'elle accepte de voir partagées. La personne doit rester au cœur de ces échanges.

En dehors même de nouveaux cadres d'expérimentation, une partie des difficultés identifiées dans la coopération santé-justice concerne l'utilisation d'outils de transmission ou des échanges d'informations non formalisés par la réglementation. Ces outils sont souvent demandés par la justice aux professionnels de l'addictologie, directement ou par l'intermédiaire de la personne. S'ils s'avèrent nécessaires aux acteurs de la justice (magistrats, CPIP, etc.) pour effectuer leur mission de probation et d'insertion, ou encore aux avocats pour exercer la défense de leurs clients, ils doivent aussi concilier avec les règles déontologiques des praticiens et les droits du patient (secret médical et secret professionnel).

▶ **Des situations d'incompréhension voire d'« insatisfaction » des professionnels des deux champs existent. Une réunion d'échange a minima annuelle, ou mieux des rencontres régulières entre professionnels, ne faisant pas référence aux situations individuelles, doivent permettre de :**

- **mieux comprendre les logiques respectives, les droits et devoirs des professionnels de chaque champ d'intervention et des personnes concernées ;**
- **mieux anticiper la diversité des outils dont chaque secteur dispose ;**
- **adapter, au plus près des besoins de la personne concernée, chacun dans son champ d'activité, ses pratiques professionnelles aux situations individuelles pénales et addictologiques rencontrées.**

Ces réunions permettent également d'affiner certaines thématiques plus précises, par exemple :

- s'accorder sur des critères pouvant déterminer l'orientation d'un justiciable vers les différents soins obligés (alternative aux poursuites, injonction thérapeutique, obligation de soin) ;
- travailler sur le contenu médico-social des obligations de soin ou sur l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire En effet, la diversité des pratiques addictives appelle des parcours divers et des modalités d'articulation adaptées. Ainsi toute personne consommatrice de substances psychoactives licites ou illicites ne relève pas de soins et aucun parcours n'est identique.

Les outils les plus fréquemment utilisés

1. Les justificatifs de présence/rencontre

L'attestation de présence/rencontre qui est l'outil le plus utilisé, permet aux personnes de justifier/d'attester du respect d'une obligation de rencontre avec un professionnel de l'addictologie et témoigne d'un rendez-vous honoré. Cette information minimale mentionne ainsi la date et le lieu du rendez-vous, éventuellement le professionnel rencontré, même si les pratiques en matière de forme et de contenu sont hétérogènes. Il est important de souligner que l'obligation de rencontre ne peut automatiquement se transformer en un engagement dans un parcours d'accompagnement.

2. Les justificatifs de suivi/de fin de suivi

Lorsque le professionnel soignant est sollicité pour valider la continuité du suivi ou l'arrêt de celui-ci, il peut remettre à la personne suivie, une attestation de suivi médical, voire de fin de suivi médical, mais ne peut se prononcer sur la « guérison » de la personne. Un suivi peut se poursuivre après la levée du cadre d'obligation.

3. Les analyses biologiques faisant état de la consommation de stupéfiants et/ou d'alcool

Les analyses biologiques faisant état de la consommation de stupéfiants et/ou d'alcool sont prévues par la loi dans certains cas[62],pour vérifier, par exemple, si l'état physique de la personne est compatible avec la restitution du permis de conduire. Les analyses font également partie de la palette d'outils que peuvent mobiliser les professionnels de l'addictologie dans le cadre d'un accompagnement indépendamment des soins obligés (elles sont par exemple obligatoires dans le cadre d'un programme de substitution aux opiacés à la phase d'initiation du traitement). Dans ce cas, leur prescription reste à l'unique appréciation de l'équipe médicale. Lors d'un accompagnement en soin obligé, ces analyses peuvent être utilisées pour attester de l'initialisation d'un traitement. La personne est libre de remettre ou non ces analyses au SPIP.

Par ailleurs, il n'est pas rare que les avocats soient à l'initiative de la demande de production d'analyses biologiques dans le cadre de la préparation des débats contradictoires ou de l'audience. Elles sont aussi très souvent demandées au patient par les magistrats en dehors d'une expertise voire par les personnes directement concernées. Si le médecin ne souhaite pas prescrire un tel examen, pour ne pas mettre en difficulté son patient, il peut écrire à l'autorité judiciaire qu'il est libre de ses prescriptions et qu'il ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Si le professionnel de santé est favorable à la prescription d'analyses biologiques dans un tel cadre, la personne peut s'adresser à un biologiste pour produire un tel document. La justice peut également ordonner directement des analyses biologiques et en assurer le coût dans le cadre d'une expertise. Les résultats doivent être interprétés par un personnel médical.

Comme pour les attestations de présence/rencontre, il est utile de souligner les limites de ce type de demandes : ces analyses ne sauraient avoir valeur de « preuves » d'un changement. L'état d'abstinence à un moment donné ne peut en effet être considéré comme un engagement et/ou une garantie d'abstinence sur le long terme. En effet, si elles indiquent un arrêt, elles ne qualifient pas pour autant la nature de cet arrêt : arrêt « de circonstance », sans intention de modifier le comportement de consommation, ou au contraire, arrêt indiquant une volonté de changement. Dans le cas contraire, un résultat positif au produit ne signifie pas nécessairement que la personne n'est pas engagée dans un parcours de soins. Aussi, dans tous les cas, les professionnels de santé ne peuvent attester de l'état d'abstinence ou non de la personne.

- Le secret médical ne peut être levé sous aucun prétexte, y compris à la demande du patient, sauf pour les exceptions prévues par la loi[63] ;
- Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade.
- L'engagement de la personne dans le processus de soins est un possible résultat de la rencontre entre le soignant et la personne, mais ce ne peut pas être une obligation, ni pour le professionnel soignant, ni pour la personne ;
- S'engager dans un processus de soins ne préjuge en rien d'une sortie de la délinquance et/ou de l'addiction.

▶ **Les outils les plus fréquemment utilisés ont une portée et un sens à contextualiser, qu'il convient d'expliciter à l'occasion de réunions partenariales entre professionnels des deux secteurs.**

62. Dans le cadre, notamment, d'une suspension de permis de conduire de plus de six mois, de l'invalidation ou de l'annulation de celui-ci.
63. Se reporter à la partie « Le secret professionnel » en annexe de ce guide.

Quelques pistes pour favoriser la coopération santé-justice

Pour permettre des échanges opérationnels entre professionnels sans aborder les cas individuels :

• Accueillir en stage dans sa structure un magistrat en formation (auditeur de justice), un CPIP ou un professionnel de l'addictologie ;

• Lors d'une prise de poste, le magistrat ou le directeur pénitentiaire d'insertion et de probation peut organiser une réunion de présentation en présence des partenaires de la santé et de la justice ; du côté de l'addictologie, il est également souhaitable de proposer une rencontre aux nouveaux magistrats (notamment lorsqu'il existe un magistrat référent) et personnels du SPIP.

• Lors d'un départ (changement d'affectation, mutation, etc.), favoriser la transmission des informations notamment sur les pratiques locales et sur les personnes ressources avec le nouveau professionnel ;

• Mettre en place des protocoles de fonctionnement entre acteurs de la justice et de l'addictologie pour clarifier les modalités d'intervention de chacun et inscrire le partenariat dans la durée.

• Faire le point sur ces protocoles de fonctionnement au minimum une fois par an.

• Mettre en place des formations croisées entre acteurs des deux secteurs afin de susciter le partage d'expériences et de développer le travail collaboratif.

• Informer les justiciables concernés des modalités de partenariat santé-justice.

Pour travailler dans certains cas, à certains moments des parcours, à une élaboration partagée du projet des personnes accompagnées :

• Instaurer des réunions régulières entre les différents professionnels, en présence de la personne et avec son accord sur les éléments échangés, pour discuter des moyens mis en place et des difficultés rencontrées.

Les évolutions des pratiques

Les mondes de la santé et de la justice expérimentent depuis quelques années, à travers des dispositifs et des programmes spécifiques, la manière dont la décision de justice peut engager des personnes désignées, dans un parcours thérapeutique préalablement identifié. Il s'agit de favoriser des alternatives à l'incarcération pour des personnes multirécidivistes cumulant les facteurs de risque de récidive (addictions, troubles psychologiques ou psychiatriques, difficultés d'insertion sociale et/ou professionnelle) et de leur proposer un parcours thérapeutique adapté.

Ces initiatives locales se sont développées dans différentes juridictions (Beauvais, Bobigny, Lyon, Senlis, Valenciennes, etc.), sous l'impulsion de la MILDECA, en lien avec le ministère de la Justice, l'École nationale de la magistrature et le ministère des Solidarités et de la Santé. **Elles s'inspirent du modèle anglo-saxon de justice résolutive de problèmes qui se fonde notamment sur deux principes clés :**

- **l'objectif du suivi est de favoriser la résolution des problèmes rencontrés par la personne, ce qui suppose une approche pluridisciplinaire centrée sur la personne et adaptée à ses besoins et son accord pour chaque étape d'un travail partenarial entre acteurs des champs judiciaire, médical et social ;**
- **l'accord et la participation de la personne sont des conditions nécessaires pour tout changement durable.**

Ces expérimentations, qui se déclinent variablement, proposent la définition d'un nouveau paradigme d'intervention. En effet, chaque professionnel reste dans sa logique et dans ses attributions, tout en faisant évoluer ses pratiques. Ainsi, les professionnels judiciaires accompagnent et soutiennent la dynamique de changement dans une posture motivationnelle : le magistrat reçoit régulièrement la personne, souligne les efforts, les difficultés, échange avec elle sur ses objectifs et sur ses éventuelles difficultés à les atteindre, etc.

Les objectifs de l'accompagnement sont définis avec la personne et avec les professionnels des deux secteurs. Dans une approche de réduction des risques et des dommages, ces expérimentations ne sanctionnent pas nécessairement la re-consommation ou la rechute mais reconnaissent et valorisent la non-consommation au sein de l'approche motivationnelle. Elles tiennent également compte de l'ambivalence de la personne.

La communication entre professionnels se concentre sur l'appréciation de ces objectifs et plus globalement de la dynamique à l'œuvre. Elle se traduit par des échanges d'informations respectueux du secret médical et professionnel, centrés sur le parcours de la personne et en lien avec la personne elle-même, et sur sa capacité ou non à atteindre les objectifs définis préalablement avec elle (est-elle venue à l'atelier ? a-t-elle rencontré la mission locale ? si les objectifs définis avec elle n'ont pas été atteints, pourquoi et comment l'aider à les atteindre ?, etc.). Le magistrat évalue l'inscription de la personne dans le soin, en en faisant un sujet de son insertion et de la prévention de la récidive parmi d'autres. L'inscription dans un projet professionnel, social, familial peut être également révélatrice d'un ancrage dans le parcours de soins.

Ces programmes utilisent, au mieux et de manière intégrative, les travaux sur les thérapies efficaces en addictologie, à partir des évolutions observées dans l'accompagnement en addictologie (thérapies médicamenteuses, systémiques, psychodynamiques, thérapies cognitivo-comportementales de troisième génération, etc.).

En France, la première expérimentation de ce type ayant été mise en place est le programme « L'Ouvrage », initié en 2015 en Seine-Saint-Denis, avec le soutien de la MILDECA, du ministère de la Justice et de l'ENM. Depuis 2018, l'expérimentation est portée et financée localement. Le programme est mis en œuvre conjointement par le SPIP 93 et l'association Aurore, en lien avec la juridiction de Bobigny et de multiples partenaires. Il a pour objectif principal de réduire la récidive en proposant un accompagnement intensif et pluridisciplinaire à des personnes multirécidivistes, adultes, aux prises avec une double problématique de délinquance et d'addiction.

Le suivi se déroule pendant un an, en quatre phases successives schématisant une démarche de progres-

sion générale. L'accompagnement est intensif (les activités et les contacts avec les intervenants sont condensés dans le temps), global (le programme agit sur une pluralité de besoins) mais aussi adapté à la situation et aux besoins de la personne. Il est couplé à des mécanismes de surveillance judiciaire qui s'assurent du respect des engagements envers le programme et qui offrent la possibilité de voir sa peine réduite si le parcours dans le dispositif est positif. Le passage d'une phase à l'autre signifie l'atteinte, évaluée avec la personne concernée, d'objectifs particuliers préalablement identifiés avec elle, qui sont entérinés par le juge de l'application des peines lors d'une audience mensuelle de bilan. L'évaluation de processus du programme a mis en évidence un changement de posture professionnelle pour chacun des intervenants, le renforcement des compétences de tous les acteurs, la nécessité de sensibiliser tous les professionnels de la chaîne pénale (services de police, magistrats, avocats, associations socio-judiciaires, etc.) mais également la nécessité pour l'ensemble des acteurs de poursuivre un travail spécifique sur la question du partage d'informations.

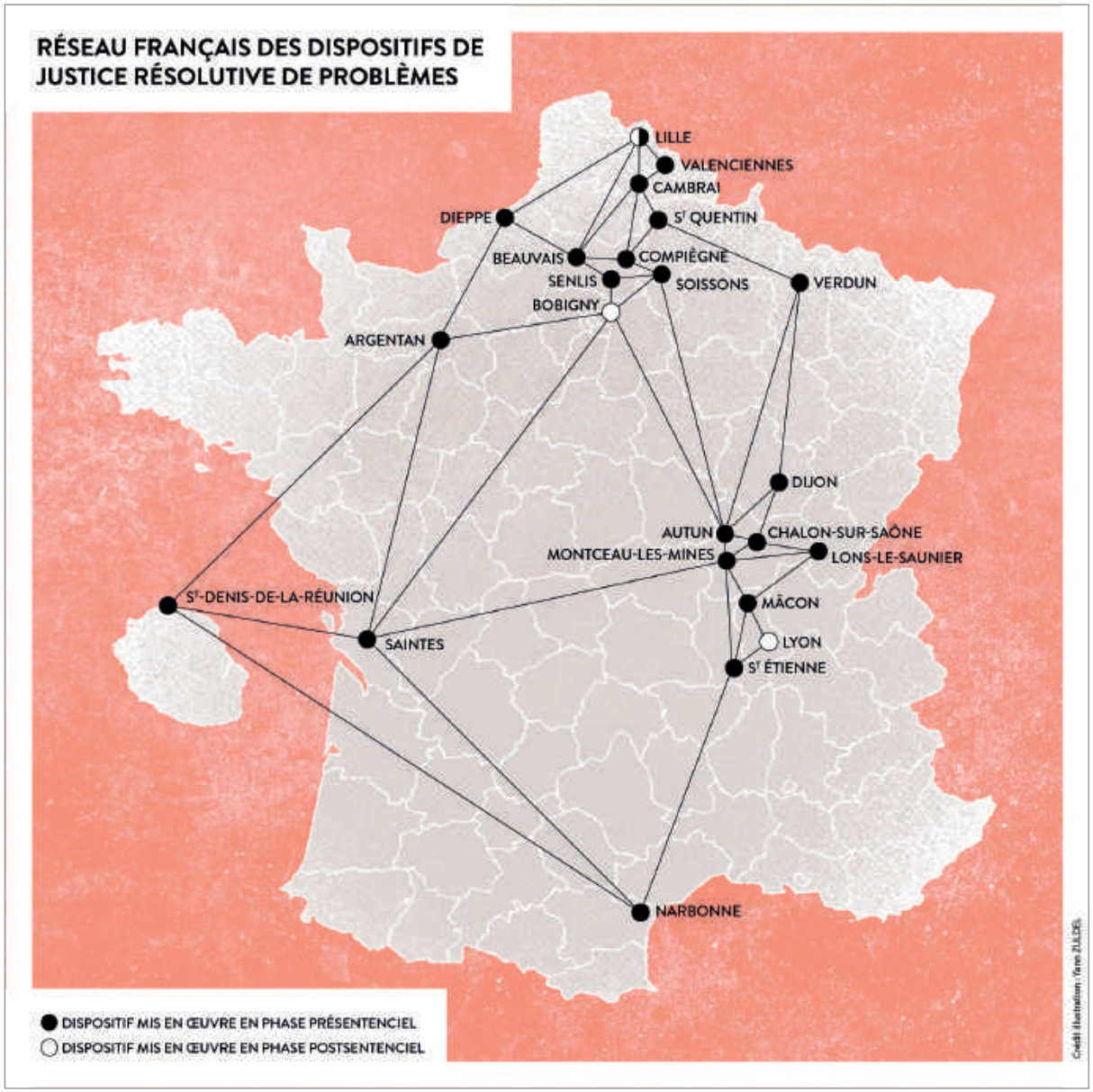
Les expérimentations développées au sein de différentes juridictions se veulent adaptées aux problématiques locales. Les profils des personnes qui peuvent en bénéficier sont donc différents, même si le point commun est généralement qu'elles sont multirécidivistes ou qu'elles présentent un risque de récidive avancé. Ainsi, ces programmes s'adressent aux consommateurs de substances psychoactives avec ou sans troubles psychiatriques (Bobigny, Lyon), aux consommateurs d'héroïne (Beauvais, Saint-Quentin) ou aux consommateurs d'alcool (Soissons). Ils prennent place avant le jugement (dans le cadre d'un contrôle judiciaire, d'une convocation sur procès-verbal ou d'une comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité) et/ou après le jugement (dans le cas d'une contrainte pénale, d'un sursis avec mise à l'épreuve/probatoire, d'un sursis TIG, d'un aménagement de peine). L'accompagnement proposé fait intervenir un ensemble de partenaires dont le degré d'implication varie. Le pilotage de la démarche diffère selon les dispositifs : il peut être porté par une association socio-judiciaire, le SPIP, le parquet ou encore par le CSAPA. Pour assurer un rôle d'interface entre les partenaires, certains ont fait le choix de recruter des profils de coordonnateurs. Par ailleurs, ces expérimentations s'appuient souvent sur des outils de liaison formalisés dans le cadre du projet : document individuel d'accompagnement médico-social (Soissons), fiche de liaison entre l'équipe et le JAP (Bobigny), rapport de suivi (Saint-Quentin), etc.

Le travail partenarial entre les professionnels de la santé et de la justice permet ainsi d'adapter les outils de transmission et de favoriser leur appropriation par les équipes de part et d'autre. Au stade actuel de déploiement des expérimentations, ces outils restent spécifiques aux projets qui les ont élaborés. Par ailleurs, les expérimentations menées ne sont pas à ce jour suffisamment abouties pour constituer des modèles opérationnels transférables notamment pour ce qui concerne le partage d'informations et le respect du secret médical et professionnel ; l'objectif reste d'aboutir à la transférabilité des pratiques professionnelles expérimentées.

Pour favoriser les évolutions des pratiques judiciaires, la MILDECA et l'École nationale de la magistrature, en lien avec le ministère de la Justice, ont déployé un certain nombre d'actions en direction des magistrats et de leurs partenaires.

En 2015, un colloque international sur la Justice résolutive de problèmes a été organisé à Paris. Il a été suivi l'année suivante d'un séminaire de quatre jours à l'attention des magistrats, personnels de SPIP et professionnels soignants. En 2017, une journée sur les « Dispositifs judiciaires innovants et la justice résolutive de problèmes » a permis de réunir à Paris des professionnels judiciaires et soignants impliqués dans une expérimentation avec des professionnels intéressés pour le faire. Cette même année, plusieurs séminaires de formation sur le traitement judiciaire des addictions ont été organisés à l'échelle de différentes cours d'appel (Amiens, Lyon, Poitiers, Saint-Denis de la Réunion, Strasbourg). Cette dynamique s'est poursuivie en 2018. Le service de formation continue de l'ENM, en partenariat avec la MILDECA, a élaboré un kit pédagogique numérique de formation à l'attention des professionnels judiciaires. La DACG souhaite modéliser, avec le concours de la MILDECA et en lien avec le ministère des Solidarités et de la Santé, une méthodologie de mise en œuvre et d'évaluation de ces« dispositifs judiciaires innovants », afin d'encourager leur développement. Un guide méthodologique et un outil d'évaluation seront publiés en cours d'année 2020. La DAP participe à ce groupe de travail à la fois pour pouvoir impulser ces dispositifs au niveau du SPIP et pour, le cas échéant, renforcer le lien associations/SPIP, notamment en phase pré-sentencielle.

▸ Afin de proposer aux personnes concernées par les soins obligés un suivi adapté à leurs besoins et de favoriser la prévention de la récidive, les pratiques doivent être articulées, dans le respect des principes éthiques de chaque partie. Ces modalités de travail entre santé et justice doivent être élaborées conjointement par des équipes des deux secteurs.



Conclusion

Vous l'aurez certainement constaté à la lecture de ce guide, l'histoire de l'articulation entre la santé et la justice est longue et certainement parsemée d'avancées, de reculs et de nombreuses chausse-trappes.

La thématique du traitement des addictions n'échappe pas à cette logique : qu'il s'agisse de la loi de 1970 qui génère beaucoup de malentendus et d'oppositions entre les deux secteurs, ou encore des évolutions qui surviennent dans les pratiques - rarement organisées de façon concomitantes-, articuler ces deux domaines de l'action publique semblait une tâche au mieux titanesque, au pire, impossible.

Dans ce mouvement de synchronisation que nous avons souhaité mettre en œuvre, une clarification sur la sémantique employée par chacun nous semble loin d'être anecdotique : combien de relations partenariales se sont vues contrariées à la faveur de l'emploi d'un mot anodin pour l'un, mais lourd de sens pour l'autre (citons ici des termes comme abstinence, addiction, ou encore récidive et infraction liée à l'usage) ?

Inventorier et actualiser les représentations est un autre aspect incontournable : dans ce domaine, les occasions de rencontres institutionnelles sont encore trop rares et privilégient essentiellement les échanges informels, centrés sur une situation ponctuelle et donc souvent, de crise. Devant l'hétérogénéité des réponses pénales ou de soins, l'image que chaque professionnel se fait du partenaire est encore trop souvent subjective, partielle, tronquée. Autant dire que chaque mauvaise expérience de travail commun laisse une trace bien plus durable dans l'esprit que les volontés de travailler ensemble…

Pourtant, les faits sont têtus et force est de constater que nous travaillons, au moins pour partie, autour des mêmes personnes. Si nos missions et nos actions ne sont pas les mêmes, nous partageons la nécessité que la rencontre prenne sens : pour la justice cela permettrait d'éviter la réitération de faits, pour la santé, de créer les conditions d'une alliance thérapeutique féconde. Nous partageons aussi très probablement une préoccupation commune pour les personnes les plus vulnérables, dont les situations complexes et les fragilités cumulées amoindrissent leurs possibilités d'agir et de contrôler leur parcours de vie.

Du côté de la prise en charge des addictions, l'évolution des pratiques a intégré la logique d'un continuum d'action allant de la prévention au soin et à la réduction des risques et des dommages. L'intégration du concept de société addictogène a aussi contribué à faire évoluer fortement les pratiques en addictologie : associées aux démarches « d'aller vers » les publics les plus vulnérables et parfois les moins demandeurs, les acteurs de l'addictologie assument plus sereinement de jouer un rôle sociétal en soutenant les capacités de régulations de l'usage de chacun.

Du côté de la justice, l'attention croissante portée sur la récurrence et la prégnance des consommations de drogues liées aux infractions, mais aussi l'exploration de nouveaux paradigmes comme la justice résolutive de problèmes, ont généré des évolutions de pratiques majeures. À l'heure actuelle, impulsée par différentes institutions (ENM, MILDECA, ministère de la Justice, ministère des Solidarités et de la Santé), nous vivons une période de foisonnement d'expérimentations locales visant à mieux articuler santé et justice.

Forts de ces constats, nous pouvons affirmer que la période semble particulièrement propice pour que les mondes de la santé et de la justice nouent des relations plus apaisées et productives. Ces relations puisent leur force dans le service que nous rendons aux personnes que nous rencontrons. Le moment était donc venu de prendre acte de ces évolutions de part et d'autre pour participer à en faire une évolution collective et concertée, à faire œuvre commune.

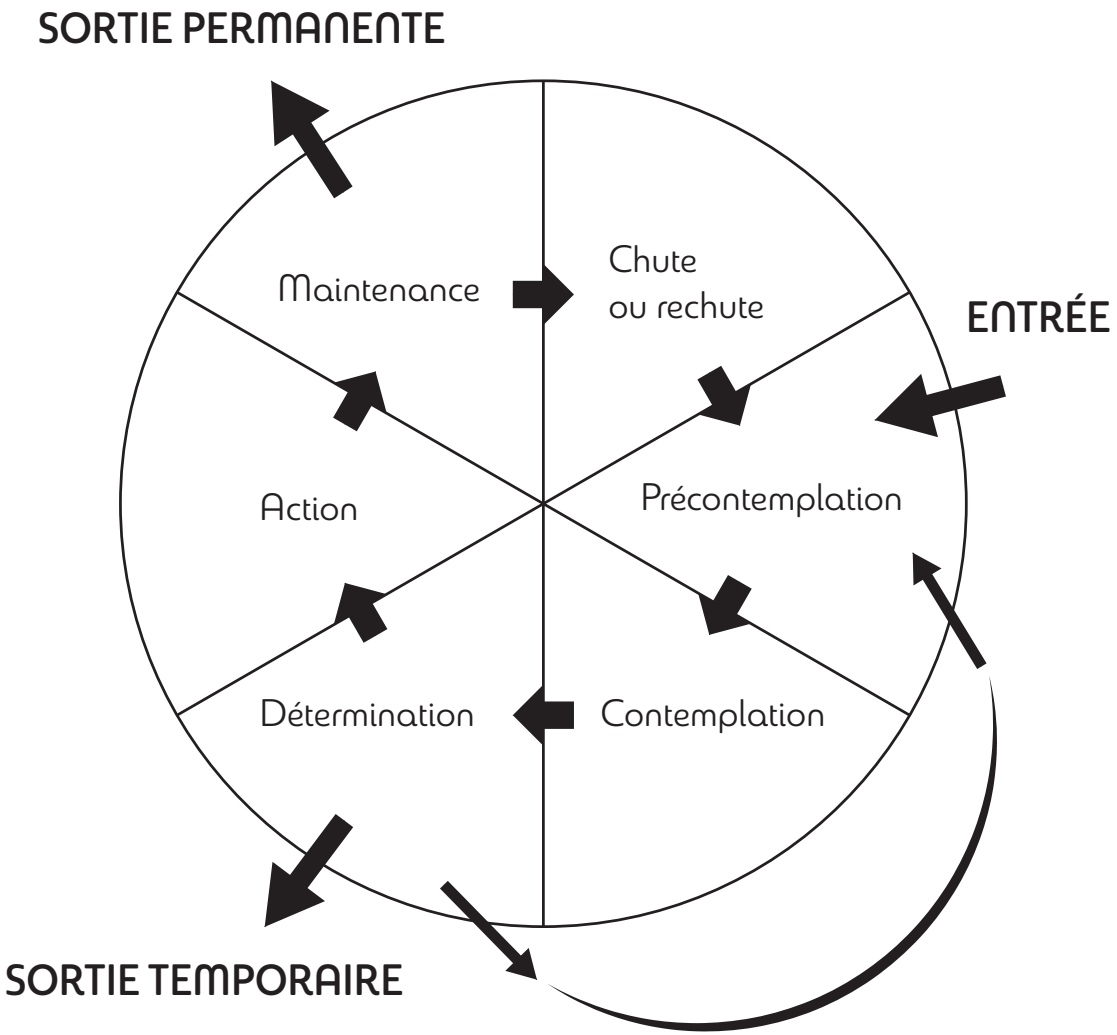
Ce guide, parce qu'il a été élaboré dès l'origine avec les acteurs des deux champs depuis le groupe de travail jusqu'à la relecture, indique clairement une volonté commune de dépasser les obstacles historiques pour inventer de nouvelles façons de travailler ensemble. Ces dernières devront bien entendu permettre à chacun d'agir en accord avec ses missions et son éthique respectives, ayant à l'esprit que son action intervient en complément des autres, tout au long du parcours de vie des personnes que nous accompagnons.

Nous espérons donc que cet outil sera pour vous l'occasion de renouveler vos représentations, de vous convaincre de l'intérêt d'articuler nos actions respectives, d'envisager des modalités concrètes de travail en commun, au service des publics.

David Saint-Vincent,
Administrateur de la Fédération Addiction,
référent du projet.

Annexes

Le cycle du changement – Prochaska et Di Clemente



Le cycle du changement – Prochaska et Di Clemente

Les différentes étapes sont les suivantes :

1. Pré-contemplation

La personne ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation. Elle n'envisage pas de changer de comportement, dont elle ressent essentiellement les bénéfices.

Objectif thérapeutique : prendre conscience du problème.

Moyens : Le professionnel engage le dialogue avec la personne, transmet quelques informations dans une stratégie de réduction des risques, ne pousse pas au changement.

2. Contemplation

À ce stade commence à se manifester l'ambivalence, qui fait partie intégrante de l'addiction : la personne envisage un changement de comportement, mais hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle. On parle alors de balance décisionnelle, qui amène à comparer les pour et les contre d'un changement avec ceux de son comportement actuel.

Objectif thérapeutique : entamer un travail de réflexion autour du produit.

Moyens : le professionnel explore la motivation de la personne (via un entretien motivationnel), en s'appuyant notamment sur les divergences entre le comportement et les valeurs de la personne (enfants, travail, famille, études, santé mentale…), évalue les risques et les avantages de la consommation, reconnaît l'ambivalence et évoque les raisons de changer.

Dans cette approche motivationnelle, maximiser les risques et les dangers est contre-productif du fait de l'ambivalence qui amène la personne à produire des contre-arguments pour rétablir son équilibre.

3. Préparation/détermination

À ce stade, la personne se sent prête à démarrer la phase d'action dans un délai de temps concret ; elle détermine des décisions et commence à les mettre en place dans le temps.

Objectif thérapeutique : mettre en place le changement

Moyens : le professionnel valorise toute décision de changement, aide à trouver une bonne stratégie : établir des plans, fixer des buts et déterminer les ressources nécessaires pour appuyer les interventions définies

4. Action

La personne met en place le changement qu'elle a planifié concrètement.

Objectif thérapeutique : accompagner la personne dans ses changements

Moyens : le professionnel soutient et encourage la personne pour l'aider à avancer, évoque les situations où elle est en difficulté.

5. Maintien

À cette phase de consolidation, il convient de rester prudent car les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique.

Objectif thérapeutique : soutenir les efforts en cours

Moyens : le professionnel valorise les efforts, soutient une vision réaliste du changement.

6. Rechute

La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement. Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps qui peut être nécessaire à la réussite finale du processus. Elle peut résulter d'un décalage entre l'étape de changement dans laquelle la personne se trouve et le travail qui lui est suggéré.

Objectif thérapeutique : aider à dédramatiser et à dépasser cet événement.

Moyens : le professionnel analyse avec la personne ce qui l'a conduit à cette rechute

7. Accomplissement/sortie permanente

Ce stade marque la réussite finale du processus dans lequel la personne consolide le stade de maintien.

Le secret professionnel

Le défaut de respect du secret professionnel est réprimé par l'article 226-13 du code pénal, aux termes duquel « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ». Le non-respect de cette obligation est un délit passible du tribunal correctionnel. Outre d'éventuelles condamnations pénales, le professionnel concerné peut également être condamné à indemniser le patient et des poursuites disciplinaires peuvent être aussi engagées. Ces sanctions sont applicables à toute révélation, quel que soit le mode de communication : gestuel, verbal (en présentiel ou par tout moyen de téléphonie), écrit (manuscrit, dactylographié, informatisé).

La loi (article 226-14 du code pénal) prévoit néanmoins des situations dans lesquelles la violation du secret professionnel ne peut pas être reprochée au médecin :

• 226-14 1° : en cas de privations, sévices ou atteintes sexuelles sur un mineur ou une personne incapable de se protéger.

Destinataire : autorités judiciaires, médicales ou administratives.
Champ : tout professionnel.

• 226-14 2° : en cas de sévices ou privations physiques ou psychiques permettant de présumer violences physiques, sexuelles ou psychiques.

Destinataire : procureur de la République ou Cellule de recueil des informations préoccupantes.
Champ : médecin ou professionnel de santé.
Condition : accord de la victime, sauf si mineur ou personne hors d'état de se protéger.

• 226-14 3° : caractère dangereux d'une personne qui détient ou souhaite détenir une arme.

Destinataire : préfet.
Champ : professionnels de santé et de l'action sociale.

L'article 226-14 du code pénal prévoit également une autorisation de levée du secret professionnel plus générale chaque fois que la loi l'autorise ou l'impose. Son premier alinéa prévoit en effet l'hypothèse où le secret peut être levé (sans que la violation puisse être poursuivie), lorsque la loi impose la révélation de :

• tout crime dont il est encore possible de limiter les effets ou prévenir la réitération (article 434-1 du code pénal),

• un crime commis sur un mineur dont il est encore possible de limiter les effets ou prévenir la réitération (article 434-1 alinéa 2 du code pénal),

• des privations, mauvais traitements, agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne vulnérable[64] (article 434-3 du code pénal).

Dans ces hypothèses, les professionnels ne sont pas « obligés » de révéler les faits mais disposent d'une option de conscience : la violation du secret n'engagera pas la responsabilité pénale, disciplinaire ou civile de l'auteur du signalement (exception au secret professionnel), et il ne leur sera pas reproché non plus de ne pas les avoir dénoncés (exception à l'obligation de dénonciation).

Du côté de la santé

La loi de santé de 2016 a étendu le champ d'application du secret professionnel, qui s'appliquait jusqu'alors aux seuls établissements de santé, à tout professionnel et établissement des secteurs social et médico-social. Cette loi institue également les bases d'un partage d'informations et élargit la notion d'« équipe de soin » en affirmant qu'«un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social[65] ». Ce partage est toutefois soumis au respect du consentement de la personne et à une réflexion sur ce qui est partagé, qui est limité au strictement nécessaire.

Le code de la santé publique invite à distinguer deux catégories de professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge :

• les professionnels de santé : professions concernées par la 4ème partie du code de la santé publique (professions médicales, professions de la pharmacie, auxiliaires médicaux, aides-soignants, orthophonistes…)

• les assistants de service social, psychologues et psychothérapeutes, aides médico-psychologiques, ostéopathes, éducateurs spécialisés, assistants maternels et familiaux, etc.

Les modalités de partage d'information et de recueil du consentement de la personne varient selon que les professionnels font partie ou non d'une même équipe de soin. Lorsque les personnes font partie d'une même équipe de soin (par exemple, dans le cadre d'un partage d'informations entre un travailleur social et un médecin d'une même structure), il n'y a pas de nécessité de recueillir le consentement de la personne. Celle-ci doit toutefois être informée au préalable que des informations peuvent être échangées et peut s'y opposer.

64. qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse.
65. Article L1110-4 du code de la santé publique.

Si ces personnes ne font pas partie d'une même équipe de soin, le consentement de la personne doit être préalablement recueilli par tout moyen, y compris de manière dématérialisée. La personne doit être informée de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, mais aussi de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève ou bien de sa qualité au sein d'une structure précisément définie[66].

Du côté des professionnels judiciaires

Les professionnels judiciaires ne sont pas soumis aux dispositions de la Loi de santé de 2016 relative au partage d'informations.

Les magistrats, professionnels de SPIP ou d'associations socio-judiciaires, avocats et officiers de police judiciaire sont néanmoins soumis à une obligation de secret professionnel prévue par d'autres textes[67].

NB. L'article D.581 du code de procédure pénale porte obligation de secret professionnel pour les différents professionnels exerçant au sein des SPIP (conseillers, assistants de service social, psychologues, personnels d'encadrement et administratifs). Toutefois, ils sont tenus de fournir à l'autorité judiciaire ou aux autres services de l'administration pénitentiaire les « éléments permettant de mieux individualiser la situation des personnes placées sous main de justice[68] ». Par ailleurs, ils ne peuvent opposer le secret professionnel aux autorités judiciaires, « sauf pour les renseignements recueillis par voie de confidences auprès des personnes prises en charge[69] ». En pratique, les professionnels du SPIP expliquent la démarche et demandent l'accord de la personne avant d'entrer en contact avec les partenaires pour échanger sur la situation.

Si les procédures sont en principe évoquées lors d'une audience publique, les magistrats sont tenus au respect :

- du secret de l'enquête,
- du secret de l'instruction,
- du secret des délibérations.

Le procureur de la République est seul autorisé, dans certains cas, à communiquer des informations relatives à l'enquête en cours, notamment pour éviter la propagation d'information inexacte ou mettre fin à un trouble à l'ordre public[70].

À noter :

En application des articles 60-1, 77-1-1 et 99-3 du code de procédure pénale, le procureur de la République, le juge d'instruction ou l'officier de police judiciaire peuvent, par tout moyen, requérir de toute personne, de tout établissement ou organisme privé ou public ou de toute administration publique qui sont susceptibles de détenir des documents intéressant l'instruction, y compris ceux issus d'un système informatique ou traitement de données nominatives, de lui remettre ces documents, notamment sous forme numérique, sans que puisse lui être opposée sans motif légitime, l'obligation au secret professionnel, sous peine d'une amende de 3 750 euros. Pour le dossier médical d'une personne, l'accès par la justice relève d'une procédure spécifique en présence d'un(e) représentant(e) de l'Ordre des médecins.

En tout état de cause, le secret professionnel peut être opposé à la demande pour un « motif légitime » … qui n'a cependant pas été défini par le législateur.

Il peut enfin être observé que si le secret professionnel s'impose aux professionnels de santé, il n'empêche pas la personne concernée de donner elle-même des informations sur son état de santé, sa consommation de substances ou de médicaments, notamment aux enquêteurs, aux travailleurs sociaux ou aux magistrats. De plus, certaines questions sont systématiquement posées avant l'incarcération d'une personne sur ses problématiques addictives, sur l'existence d'un traitement de substitution ou d'une pathologie nécessitant des soins particuliers, ceci afin de s'assurer que la personne a connaissance des ressources spécialisées de proximité, de proposer des orientations vers ces structures et d'éviter les ruptures dans le parcours de santé. La personne demeure libre de répondre ou non à ces questions.

Quelques préconisations dans ce cadre :

- Veiller à ce que le dossier ne contienne que les éléments nécessaires et suffisants pour l'exercice professionnel et relatifs à la personne visée par l'enquête.
- Demander la production d'un document précisant la demande et le contexte dans lequel cette demande est faite.

▶ **Le secret professionnel est une obligation légale fondamentale, un élément indispensable à l'instauration de la confiance entre la personne et le professionnel et au respect de l'État de droit pour chaque citoyen. Il ne peut toutefois justifier le cloisonnement entre les mondes de la santé et de la justice. Le respect du secret professionnel n'est pas un obstacle pour travailler conjointement au service de la personne.**

66. Pour plus de renseignements, se reporter au supplément technique « Système d'information : Secret professionnel et partage d'information » publié par la Fédération Addiction en mars 2018.
67. Notamment l'article 11 du CPP qui dispose que toute personne qui concourt à la procédure pénale est tenue au secret professionnel.
68. Article D.581 du code de procédure pénale.
69. *Ibid.*
70. Article 11 du CPP.

Méthodologie

Une méthodologie participative au service de l'évolution d'un réseau

Ce projet sur les soins obligés en addictologie a été mené via une méthodologie participative fondée sur la mobilisation des acteurs de terrain, permettant aux adhérents et aux partenaires de la Fédération Addiction d'être **à la fois bénéficiaires et participants actifs du projet.**

Sur l'impulsion du conseil d'administration et en lien avec ce dernier, un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué suite à un appel à candidatures, afin d'accompagner les différentes étapes du projet. Ce groupe a nourri les réflexions et les débats en apportant son expérience et son expertise. Il a contribué ainsi à l'élaboration des grilles de recueil de données, à la rédaction de ce guide ainsi qu'à sa relecture.

Membres du groupe de travail :

- **Véronique Avit**, psychologue, CSAPA Le Sémaphore, Addiction méditerranée, Marseille ;
- **Dorothée Baradat**, assistante sociale, CSAPA/SMPR de la maison d'arrêt de Rouen ;
- **David Charmatz**, procureur de la République près le tribunal judiciaire de Saint-Etienne ;
- **Antony Chaufton**, psychologue, CSAPA Sato Picardie, Beauvais ;
- **Hélène Commerly**, directrice du Pôle Ouest, association AKATIJ', Kourou (Guyane) ;
- **Gwenaële Duval**, psychologue, CSAPA ANPAA 77, Villeparisis ;
- **Françoise Etchebar**, médecin généraliste libéral et au CSAPA Béarn Addictions, Pau et membre du Pôle MG Addictions de la Fédération Addiction ;
- **Samra Lambert**, juge de l'application des peines, tribunal judiciaire de Créteil et membre de l'Association nationale des Juges de l'application des peines (ANJAP) ;
- **Mariana Otero**, psychologue, CSAPA ALT, Strasbourg ;
- **Sasha Riffard**, cheffe de section méthodologie en SPIP, bureau des pratiques professionnelles en SPIP, Direction de l'administration pénitentiaire ;
- **David Saint-Vincent**, directeur de l'association La Passerelle, Elbeuf et membre du conseil d'administration de la Fédération Addiction ;
- **Krassimira Totcheva**, psychologue, CSAPA du CEID addictions, Bordeaux ;
- **Thierry Van de Vivere**, infirmier, CSAPA Le Pari, Lille.

Le groupe de travail s'est réuni à 6 reprises entre novembre 2016 et juin 2018, sous la coordination de Marine Gaubert, chargée de projet à la Fédération Addiction et de David Saint-Vincent.

De plus, le projet a été suivi par un comité de pilotage institutionnel réunissant la Direction de l'administration pénitentiaire, la Direction générale de la santé, la Direction générale de l'offre de soins, la Direction des affaires criminelles et des grâces, la MILDECA ainsi que la Fédération Addiction.

Étape 1.
État des lieux des pratiques des CSAPA et des CAARUD en matière de soins obligés (2017)

Deux questionnaires ont été élaborés et adressés à l'ensemble des CSAPA et des CAARUD. Cette enquête a eu pour objectifs de rendre compte des pratiques de ces dispositifs en matière de soins obligés, de recenser les problématiques et besoins et de rendre compte d'expériences de partenariat intéressantes.

88 réponses de CSAPA ont été reçues et 14 réponses de CAARUD. Ce faible nombre de retours de la part des CAARUD n'a pas permis d'avancer de pistes de réflexion suffisamment solides. Supposition a été faite que ces derniers ne se sont pas sentis concernés par la réflexion, la mention « ce n'est pas notre mission » étant apparue plusieurs fois dans les réponses reçues.

Le compte-rendu de l'état des lieux auprès des CSAPA peut être téléchargé sur le site de la Fédération Addiction **www.federationaddiction.fr**

Étape 2.
État des lieux des pratiques des acteurs judiciaires en matière de soins obligés (2017)

En parallèle de l'analyse des résultats des questionnaires, des entretiens téléphoniques ont été menés par la chargée de projet, auprès de professionnels de SPIP, de juges de l'application des peines et de procureurs de la République.

Ces entretiens ont concerné :

- 5 conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (Creuse, Haute-Corse (2), Calvados, Hérault)
- 4 directeurs/directrices pénitentiaires d'insertion et de probation (Loire, Hauts-de-Seine, Meuse, Hérault)
- 3 juges de l'application des peines (Rennes, Aix-en-Provence, Nancy)
- 7 procureurs de la République (Reims, Dunkerque, Pontoise, Rennes, Nancy, Perpignan, Agen)

Ces entretiens téléphoniques interrogeaient la connaissance du dispositif d'addictologie, les pratiques en matière de soins obligés, les articulations santé-justice mises en place sur le territoire.

Les coordonnées des professionnels de SPIP interrogés ont été communiquées par la Direction de l'administration pénitentiaire, après un tirage au sort (dans chaque interrégion pénitentiaire, tirage au sort entre un SPIP de première et de deuxième catégorie puis entre profession- CPIP ou DPIP).

Les procureurs interrogés ont été sollicités par email via la conférence nationale des procureurs. Les entretiens se sont faits sur la base du volontariat. Les juges de l'application des peines ont été contactés par email par la Fédération Addiction, avec l'appui de l'École nationale de la magistrature.

Étape 3
Organisation de deux rencontres territoriales sur les soins obligés (2018)

En complément de ce recueil de données national, deux rencontres territoriales rassemblant des professionnels de l'addictologie et de la justice ont été organisées. Objectifs :

• Produire de la matière pour le guide sur les soins obligés, à partir de cinq questions porteuses d'enjeux ;

• Mettre en relation les différents acteurs impliqués sur un même territoire dans l'accompagnement des personnes en soins obligés ;

• Mettre en exergue les expériences locales d'articulation sur les soins obligés.

Ces rencontres ont été organisées à Dieppe et à Strasbourg. Ces territoires ont été choisis en lien avec la DAP, notamment d'après un critère relatif à leur densité. Chaque réunion a permis de réunir les partenaires d'addictologie et de la justice du territoire concerné (JAP, procureur et des professionnels de SPIP). En tout, 20 personnes ont participé à ces rencontres.

Les questions identifiées pour l'animation ont été les suivantes :

• La prévention de la récidive est-elle un objectif commun aux professionnels des secteurs de l'addictologie et de la justice ?

• Comment considérez-vous le lien entre délinquance et addictions ?

• Peut-on individualiser les parcours des différents publics reçus en soins obligés ?

• Quelles sont les difficultés que vous identifiez dans la coopération entre professionnels de la santé et de la justice sur le cadre des soins obligés ?

• Quelles préconisations concrètes peut-on faire pour favoriser l'articulation entre professionnels des deux secteurs ?

En parallèle de l'état des lieux (national et territorial), des éléments complémentaires ont été recueillis :

• via la présentation du projet dans un atelier « Nouvelles pratiques professionnelles, échanges d'informations et secret professionnel » lors du séminaire « Dispositifs judiciaires innovants et justice résolutive de problèmes » organisé par la MILDECA, le Ministère de la Justice et l'ENM le 24 novembre 2017 à Paris ;

• à travers l'organisation d'un atelier sur les « évolutions croisées des pratiques professionnelles des acteurs de la Justice et de l'addictologie » à l'occasion des Journées Nationales de la Fédération Addiction de Paris en mai 2018.

Étape 4
Rédaction du guide (2018-2019)

Ce guide a été rédigé durant l'année 2018 et le premier semestre 2019, en parallèle de l'analyse du recueil de données national et de l'organisation des rencontres territoriales. Il est directement issu de la participation, des questionnements et des pratiques des acteurs de terrain durant la démarche. Les positionnements cliniques et politiques qu'il contient ont été discutés et validés par le conseil d'administration de la Fédération Addiction ainsi que par le comité de pilotage institutionnel du projet.

Bibliographie

Articles et ouvrages

ANPAA 59, « Justice et addictions : bibliographie sélective », Novembre 2016.

ANPAA, « Addictionnaire. Réflexion sémantique en addictologie », 2017.

FNARS, « Personnes sortant de prison ou sous main de justice », Guide pratique de l'accueil et de l'accompagnement, Janvier 2016.

GAUTRON Virginie, « Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ? », Audition publique Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge, 14-15 juin 2018.

INPES, « Drogues et conduites addictives : comprendre, savoir, aider », INPES Editions, 2014.

LAQUEILLE X, LIOT K, LAUNAY C, « Toxicomanie, obligation de soins et injonction thérapeutique, les lois du 31 décembre 1970 et du 5 mars 2007 », EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 2010.

LARGUIER Jean, CONTE Philippe, *Procédure pénale*, Dalloz, les mémentos, 24ème édition, septembre 2016.

MOREL Alain, COUTERON Jean-Pierre, *Les conduites addictives : comprendre, prévenir, soigner*, Dunod, Paris, 2008

MOREL Alain, COUTERON Jean-Pierre, *Aide-mémoire addictologie*, 3ème édition, Dunod, 2019.

ORSAT M, AUFFRET E, BRUNETIERE C, *et al.*, « Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature », revue L'Encéphale, Paris, 2015.

TOUILLER Marc, « Pour un renouveau de l'injonction thérapeutique », Revue Droit & Santé n°59, 2014.

Données épidémiologiques

OBRADOVIC I, « La réponse pénale à la conduite sous influence (alcool et stupéfiants », *Tendances*, OFDT, n°91, 2013.

OBRADOVIC I, « Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants », *Tendances*, OFDT, n°103, 2015.

PEREZ-DIAZ C., HURE M-S, « Violences conjugales et alcool : quel traitement judiciaire ? », *Tendances*, OFDT, n°55, 2007.

Publications de la Fédération Addiction

Guide « Santé-justice : les soins obligés en addictologie », coll. Pratique(s, Fédération Addiction, 2011.

Guide « Pratiques professionnelles dans les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels », coll. Pratique(s, Fédération Addiction, 2013.

Guide « Addictions et lutte contre les exclusions : travailler ensemble », Fédération Addiction, FNARS, 2015.

Guide « Réduire les risques : éthique, posture et pratiques », coll. Pratique(s, Fédération Addiction, 2016.

Rapport d'enquête « Agir en réduction des risques en CSAPA et CAARUD : rapport d'enquête », Fédération Addiction, 2015.

Supplément technique « La réforme pénale : quels impacts sur les pratiques des professionnels en addictologie ? », Fédération Addiction, septembre 2015.

Supplément technique « Système d'information : Secret professionnel et partage d'information », Fédération Addiction, mars 2018.

Document de synthèse « Les CSAPA référents en milieu pénitentiaire : vers une meilleure identification », Fédération Addiction, mars 2019.

Rapports et orientations nationales

MILDECA, « Groupe de travail sur la réponse pénale à l'usage de stupéfiants, restitution des travaux », 2016.

Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), MILDT, Paris, 1999.

Rapport annuel du ministère public pour l'année 2015, établi par la DACG.

Rapport annuel de l'observatoire de la récidive et de la désistance, 2017.

REYNAUD Michel, PARQUET Philippe-Jean et LAGRUE Gilbert, « Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendances aux substances psychoactives : rapport remis au Secrétaire d'État à la Santé », DGS, décembre 1999.

Autres

Colloque « (Se) soigner sous la contrainte, regards comparatifs sur les soins pénalement ordonnés », 19-20 juin 2017, Faculté de droit de Nantes.

Ressources internet

Site du Ministère de la Justice : **www.justice.gouv.fr**

Site du Ministère des Solidarités et de la Santé : **www.solidarites-sante.gouv.fr**

Site du Portail des acteurs de santé : **www.intervenir-addictions.fr**

Site de Vie publique : **www.viepublique.fr**

Site de la plateforme associative sur la naloxone : **www.naloxone.fr**

FÉDÉRATION ADDICTION

Prévenir | Réduire les risques | Soigner

La Fédération Addiction constitue **un réseau national représentatif du secteur de l'addictologie.** Elle s'est fixée pour mission de regrouper les acteurs de l'addictologie pour les aider **à réfléchir aux évolutions et au sens de leurs pratiques professionnelles, à soutenir leur organisation en réseau et à les représenter auprès des décideurs publics.** Ses prises de positions politiques sont basées sur le décloisonnement des approches professionnelles, la promotionde l'usager, sa reconnaissance en tant que citoyen et l'amélioration de sa qualité de vie et de son environnement.

La Fédération Addiction représente plus de 200 personnes morales, associations loi 1901 ou organismes publics, de dimension nationale, régionale et locale qui gèrent près de 850 établissements et services dans les secteurs médico-social et sanitaire :

- Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) en ambulatoire ou résidentiel ;
- Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) ;
- Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) ;
- Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) ;
- Services de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA) ;
- Consultations hospitalières en addictologie ;
- Réseaux de santé addictions

Elle dispose également d'un pôle de médecins généralistes exerçant en libéral (le pôle MG Addictions).

La Fédération Addiction représente 400 adhérents personnes physiques issus des secteurs sanitaire, médico-social et de la ville : professionnels exerçant en libéral (médecins généralistes, pharmaciens), praticiens hospitaliers, médecins, travailleurs sociaux, psychologues, etc.

Les adhérents interviennent dans le soin, la prévention, l'intervention précoce, l'accompagnement et la réduction des risques dans une approche médico psycho sociale et transdisciplinaire des addictions.

La Fédération Addiction est organisée en **12 unions régionales** pour proposer à ses adhérents des espaces de réflexion et d'élaboration au plus près des contextes et des enjeux locaux. Elle travaille sur la base d'une méthodologie de **démarche participative** qui s'appuie sur les pratiques professionnelles de terrain qu'elle transforme et valorise en « expertise collective ».

FÉDÉRATION ADDICTION
104 rue Oberkampf
75011 Paris
01.43.43.72.38
www.federationaddiction.fr

Rédaction :
Marine Gaubert,
Responsable de missions
m.gaubert@federationaddiction.fr

Conception graphique :
Nelly Gibert,
Mediis Studio

Impression :
Pubadresse
45 rue Condorcet
95154 Taverny

Achevé d'imprimer en septembre 2020

FÉDÉRATION ADDICTION
Prévenir I Réduire les risques I Soigner

104 rue Oberkampf - 75011 Paris
Tél. : +33 (0)1 43 43 72 38
Fax : +33 (0)1 43 66 28 38
www.federationaddiction.fr

Soutenu par le GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité