



OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue La Fayette
75 010 Paris
Tél : 01 53 20 16 16
Fax : 01 53 20 16 00
courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

Les études publiées par l'OFDT sont consultables sur le site web :
<http://www.drogues.gouv.fr>

CNRS

Groupe d'analyse des
politiques publiques (GAPP)
École normale supérieure
61, avenue du président Wilson
94 235 Cachan
Tél : 01 47 40 59 64
courrier électronique :
setbon@gapp.ens-cachan.fr

ISBN : 2-11-091925-6

L'injonction thérapeutique

Évaluation du dispositif légal de prise en
charge sanitaire des usagers
de drogues interpellés

Michel SETBON
Avec la collaboration de
Jeanne DE CALAN

L'injonction thérapeutique

Évaluation du dispositif légal de prise en charge
sanitaire des usagers de drogues interpellés

Michel SETBON
Avec la collaboration de
Jeanne DE CALAN

Août 2000
Étude n° 21

PRÉFACE

La recherche dont les résultats sont présentés ici a été réalisée entre 1996 et 1998 et publiés sous forme d'un rapport de recherche à la diffusion réduite. Il s'agit d'une recherche évaluative, produit controversé par nature, et cela sur un sujet largement décrié, l'injonction thérapeutique. L'OFDT, par la voix de son Collège scientifique, a décidé d'en assurer une diffusion plus large conforme à la politique de publication mise en place depuis 1999. Ce choix éditorial illustre deux orientations fortes du plan triennal figurant la nouvelle politique de la lutte contre la drogue en France : d'une part, la volonté d'accorder à la connaissance en général et à l'évaluation en particulier, une place importante dans l'action publique et, d'autre part, le souci de développer les alternatives socio-sanitaires aux poursuites pénales des usagers de drogue tout au long du processus judiciaire.

Le travail présenté sur l'injonction thérapeutique, même s'il ne s'inscrivait pas dans ce cadre qui lui est postérieur, représente une contribution à ce double objectif et rend compte des difficultés à assurer une continuité harmonieuse entre les univers judiciaire et socio-sanitaire. En cela, l'évaluation de l'injonction thérapeutique peut être considérée comme un modèle riche d'enseignement pour envisager le développement de l'approche socio-sanitaire de l'usage de drogue réprimée par la loi de 1970. Mais avant tout ce travail constitue un plaidoyer en faveur de l'évaluation et une illustration de ce que peuvent être ses apports, même sur un sujet aussi passionnel qu'est la lutte contre la drogue.

Au départ, un constat s'impose : la lutte contre la drogue et l'évaluation ne font pas bon ménage. Chacun pense posséder sa grille de lecture légitime, la loi, la santé, l'ordre public, la liberté individuelle, etc. et beaucoup considèrent que l'évaluation est au mieux stérile, au pire dangereuse. Stérile, pour ceux qui en contestent les orientations, par son impuissance à changer la politique de lutte contre la drogue dangereuse à sa pérennité pour ceux qui l'assimilent plus à une ligne Maginot qu'à de l'action publique concrète finalisée sur des objectifs. Aussi, quand le plan triennal, lancé fin 1998 par

la MILDT, a érigé l'évaluation des programmes composant la nouvelle politique de lutte contre la drogue comme l'un de ses axes majeurs, un tournant était amorcé. Il traduisait un changement sur la conception même de l'action publique, alors que des changements substantiels en modifiaient le contenu. Ce changement conceptuel peut se résumer d'une phrase : la connaissance des effets de l'action publique dans ce domaine sensible est l'unique moyen pour rendre compte des choix réalisés, pour les améliorer et pour éclairer le débat public sur des bases plus rationnelles. Mais cela à une double condition.

Il revenait aux pouvoirs publics d'en assurer la première : mettre en œuvre les moyens nécessaires pour rendre l'évaluation effective et indépendante. Une section du Collège scientifique de l'OFDT a reçu la charge de la piloter, renforcée par un personnel permanent recruté par l'OFDT. La seconde est conceptuelle : passer d'un modèle d'évaluation ponctuel aux effets aussi redoutés et/ou contestés qu'inconsistants à un modèle permanent et global. C'est ce choix d'évaluer l'ensemble du plan triennal, au fur et à mesure de sa mise en œuvre, qui a été retenu dans le mandat d'évaluation.

Mais si l'évaluation est reconnue comme une nécessité, elle pâtit d'une désaffection généralisée en France qui fait qu'elle reste peu pratiquée et ses résultats déconsidérés. La promouvoir est indispensable pour espérer la rendre opérationnelle et cela nécessite de prendre la mesure des réticences dont elle est l'objet.

La promotion de l'évaluation dont l'objet consiste à produire un jugement de valeur fondé sur la mise en évidence des effets de l'action publique, implique en premier lieu que les résultats exposés soient crédibles. Cette crédibilité repose sur la transparence de la méthode utilisée, à l'instar de toute démarche scientifique, même s'il s'agit ici d'une méthode construite en fonction de la singularité de l'objet à évaluer. En la matière, il n'existe pas de méthode universelle, mais la qualité de l'évaluation doit répondre à un certain nombre de critères sans lesquels la crédibilité ne peut être espérée. Il n'en reste pas moins qu'une fois assurée cette indispensable crédibilité, se pose la question du jugement de valeur porté sur le programme évalué. La transition est délicate, sujette à contestation par sa nature résolument interprétative de faits collectés et assemblés selon la méthode retenue. Ce point final de l'évaluation qui concentre à lui seul la plupart des réticences sur cette démarche demande à être précisé et relativisé.

L'ambition de l'évaluation de programme ou de politique publique, n'est pas d'imposer ses conclusions comme une vérité globale et indiscutable, mais d'abord de recentrer le débat sur des bases plus conformes à la réalité.

Si l'on prend les résultats de l'évaluation de l'injonction thérapeutique dont rend compte l'ouvrage, on peut accorder à certains une relative robustesse, en discuter d'autres, mais surtout on ne peut en récuser la complexité. Celle-ci rend toute conclusion lapidaire incongrue, voire sans intérêt, si l'on s'accorde à considérer l'évaluation à la fois comme une production rationnelle de connaissance et comme une construction humaine. Par son premier aspect figuré par la partie descriptive - sur les procédures utilisées par les tribunaux de grande instance, leur nombre, les critères de sélection des candidats à l'injonction thérapeutique, etc. - l'évaluation permet de dresser un tableau aussi fidèle que possible de pratiques éclatées entre de multiples acteurs et représente l'essentiel des résultats : l'injonction thérapeutique, déjà perçue comme peu utilisée, l'est bien moins encore dès lors que l'on ne s'intéresse plus seulement à sa distribution quantitative, mais aussi à son contenu, la prise en charge socio-sanitaire. Par son second aspect, représenté par la partie analytique ou interprétative, on se trouve confronté à un exercice aussi nécessaire que discutable que l'honnêteté scientifique interdit de caricaturer. On bute là sur les limites de l'approche scientifique imposant de découper un phénomène social en autant de séquences, alors qu'il existe une continuité certaine et des interdépendances multiples entre elles. L'explication sur les causes du (dys)fonctionnement constaté est d'autant plus malaisée que l'échantillon est hétérogène et les sources de défaillance nombreuses. Néanmoins, le travail du chercheur-évaluateur est de les recenser, d'en mesurer la fréquence et d'en pondérer l'importance avant de procéder à une approche systémique, essentielle à la compréhension de l'ensemble. Si on touche là les limites de l'évaluation, ce sont celles de toute recherche scientifique, sauf qu'ici l'interprétation prend la forme d'un jugement. Mais un jugement sur quoi ?

Il s'agit d'un jugement sur la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique, en aucun cas sur les objectifs visés qui sont, rappelons-le, de substituer aux poursuites de certains usagers de drogue interpellés par les services de police une prise en charge socio-sanitaire, donc à leur fournir une aide. C'est une confusion souvent constatée qui consiste à condamner les fins, de nature politique, sur la base d'un constat de défaillance du programme figurant le moyen par lequel il est espéré les atteindre. Non seulement l'évaluation de l'injonction thérapeutique n'a pas de légitimité à juger des objectifs finaux, mais de plus ses limites méthodologiques conduisent à se contenter de répondre aux deux questions suivantes : dans quelle mesure l'injonction thérapeutique contribue-t-elle à l'objectif visé ? Quelles sont les facteurs et conditions qui affectent sa mise en œuvre ? La réponse à la première question ne peut être que relative, laissant à chacun le soin de

conclure sur la pertinence du dispositif tel qu'il est mis en œuvre. Mais c'est surtout par la qualité de la démarche d'investigation qu'il sera permis de répondre à la seconde. C'est d'elle que dépendra et la pertinence de l'évaluation et sa capacité à améliorer l'action publique. Car, c'est moins dans la formulation du jugement que se trouve l'enjeu de l'évaluation que dans sa capacité à mettre en évidence les successions d'interactions par lesquels sont construits les effets. C'est pourquoi les objectifs de l'évaluation peuvent apparaître modestes, alors qu'en fait ses apports potentiels peuvent être considérables. Qualité et modestie constituent ainsi le socle sur lequel l'évaluation pourra réduire à la fois les oppositions dont elle est l'objet et l'écart entre les objectifs et les moyens auquel se trouve confronté tout programme public. On peut espérer que le lecteur partagera notre conviction.

Michel SETBON

SOMMAIRE

INTRODUCTION	11
CHAPITRE I	
MÉTHODOLOGIE ET CADRE LÉGAL	25
1 - MÉTHODOLOGIE	25
2 - CADRE LÉGAL DE L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE	33
<i>La loi de 1970</i>	33
<i>Les circulaires d'application</i>	34
<i>Evolution de la conception de l'injonction thérapeutique</i>	37
<i>Répartition des rôles</i>	40
CHAPITRE II	
LA CONSTRUCTION DE LA NOTIFICATION DE L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE	43
1 - LA LUTTE CONTRE LA DROGUE DANS LA DISTRIBUTION DE L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE	44
<i>Position des parquets sur l'intérêt de l'injonction thérapeutique</i>	45
<i>Stratégies locales de lutte contre la drogue</i>	47
2 - SÉLECTION DES USAGERS DE DROGUES ET CRITÈRES DE DÉCISION	49
<i>Économie générale de la sélection des usagers de drogues</i>	50
A. <i>Politique des parquets, 50. B. Critères de qualification des ILS-usage en vue de l'injonction thérapeutique, 52.</i>	
C. <i>Critères relatifs à l'indication de l'injonction thérapeutique, 55.</i>	
D. <i>Autres critères judiciaires, 57. E. L'enquête de personnalité, 58.</i>	
F. <i>Usagers de drogues impliqués dans des « affaires », 61.</i>	
3 - PROCÉDURES ET SÉLECTION DES USAGERS DE DROGUES	63
4 - MODES ET EFFETS DU TRANSIT DES USAGERS DE DROGUES DES SERVICES DE POLICE AUX PARQUETS	66

5 - ORGANISATION DU TRANSIT DES USAGERS DE DROGUES	71
VERS LES AUTORITÉS SANITAIRES	
Modalités opérationnelles de la transition	72
Déperdition au cours de la transition du parquet à la DDASS	74

CHAPITRE III

LA MISE EN OEUVRE DE L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE 77

1 - FONCTIONS ASSURÉES PAR LES DDASS	78
Fonction d'orientation	79
Fonction de traitement	80
Fonction de suivi	81
Fonction d'intégration	82
Fonction de sélection	85
2 - DDASS EN ACTION	89
Personnel en charge de l'injonction thérapeutique	89
Les usagers de drogues reçus en consultation à la DDASS	91
Attention accordée à l'infection VIH-sida	93
Durée de l'injonction thérapeutique	94
3 - STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE RECEVANT LES USAGERS DE DROGUES EN INJONCTION THÉRAPEUTIQUE	95
Types de structures utilisées par les DDASS	95
Critères de choix des structures de prise en charge	96
Relations entre les DDASS et les structures de prise en charge	97
Organisation du transit vers les structures de prise en charge	97
Informations fournies aux DDASS	98
Utilisation de l'information par les DDASS	99
4 - FIN DE L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE : DÉFINITIONS, RÈGLES ET CONSÉQUENCES	100
La fin de l'injonction thérapeutique : une réalité diversifiée	100
Retour d'information aux parquets	102
Observance du protocole par l'utilisateur de drogues	104
Synthèse des étapes de déperdition des usagers de drogues au cours de l'injonction thérapeutique	105
CONCLUSIONS	108

CHAPITRE IV

SYNTHÈSE ANALYTIQUE - DISCUSSION 109

1 - SYNTHÈSE ANALYTIQUE	111
Tendances macroscopiques de la distribution de l'injonction thérapeutique	111
Impact sur l'injonction thérapeutique de l'interpellation des usagers de drogues, 111. Tendances constatées dans la décision, 114. Tendances constatées dans la mise en oeuvre, 116. Tendances en matière de déperdition des usagers de drogues, 117. Facteurs et indicateurs d'une injonction thérapeutique effective, 119. Facteurs propres aux acteurs judiciaires, 120. Facteurs propres aux acteurs sanitaires, 123. Changement d'attitude sur l'injonction thérapeutique, 126. Facteurs du changement, 127. Nouvelle typologie, 130.	
2 - DISCUSSION	130
L'usager de drogues, un délinquant-malade ?	133
L'injonction thérapeutique pour les usagers de drogues douces ?	135
Quels sont les objectifs visés par l'injonction thérapeutique ?	136
L'injonction thérapeutique peut-elle être effective ?	138

CONCLUSION 141

ANNEXES 147

RECHERCHES RÉALISÉES SUR L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE	149
SOURCES OFFICIELLES	155
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	157

ABBREVIATIONS

CMP : centre médico-psychologique
 CSST : centre spécialisé de soins aux toxicomanes
 DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
 DGS : Direction générale de la santé
 EP : enquête de personnalité
 ILS : infraction à la législation sur les stupéfiants
 IT : injonction thérapeutique (IT)
 ITD : injonctions thérapeutiques décidées
 ITN : injonctions thérapeutiques notifiées
 ITO : injonctions thérapeutiques officielles (déclarées)
 MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
 OPJ : officier de police judiciaire
 PR : procureur de la République
 SLCD : stratégie de lutte contre la drogue
 SP : services de police, gendarmerie et douane
 SPC : structure de prise en charge
 TGI : tribunal de grande instance
 TTR : traitement en temps réel
 UD : usagers de drogues
 UDDo : usager de drogues douces
 UDDu : usager de drogues dures
 UDI : usager de drogues interpellés
 UD/IT : usager de drogues ayant une IT notifiée
 UDDo/IT : usager de drogues douces ayant une IT notifiée
 UDDu/IT : usager de drogues dures ayant une IT notifiée

INTRODUCTION

Malgré son interdiction par la loi du 31 décembre 1970, l'usage de drogues illicites n'en finit pas de soulever des questions sur ses causes et sur les moyens pour en freiner la progression. L'injonction thérapeutique (IT), introduite par la même loi pour permettre aux usagers de drogues (UD) d'accéder à un traitement à la suite d'une interpellation, est probablement l'une des illustrations les plus représentatives de ce désarroi. Régulièrement modifiée ou rappelée par de multiples circulaires depuis 1970, l'IT reste, après vingt-cinq ans de mise en oeuvre, une énigme paradoxale. En effet, si le législateur l'envisageait comme une solution alternative à la répression de la consommation de drogue, ses fonctions, son contenu et ses effets connus à ce jour sont d'une telle imprécision que les jugements les plus contradictoires sur son utilité continuent de circuler. À l'évidence, malgré l'inconsistance des faits établis sur son utilité-efficacité, à laquelle de rares et partielles tentatives d'évaluation n'ont pas permis de mettre un terme, ce sont les positions idéologiques tranchées qui dominent. Pour ses défenseurs, elle reste l'un des meilleurs instruments pour introduire les UD dans le circuit sanitaire au stade le plus précoce de leur parcours addictif, tout en n'hypothéquant pas la logique répressive ; pour ses détracteurs, son inutilité est patente : l'IT n'est qu'une réponse inadaptée à un problème mal posé.

Au cours de ce dernier quart de siècle, aux multiples accès de fièvre déclenchés par la politique de lutte contre la drogue, ont répondu des aménagements réglementaires de l'IT. À chacune des étapes, 1978, 1987, 1995¹, les changements envisagés pour renforcer la partie répressive de la politique publique, ou au contraire pour s'opposer à son atténuation, ont produit le même effet : réactiver le dispositif sanitaire connexe, le premier de la chaîne, que figure l'IT. Autrement dit, l'IT a toujours été présentée, sinon conçue, comme le contrepoids humaniste d'une politique répressive.

1. Ces trois dates marquent des évolutions sensibles de la loi de 1970 ainsi que de l'IT : 1978, est la date du rapport Pelletier plus favorable à une approche de l'UD comme malade à aider ; 1987, illustre un durcissement de la loi, à l'initiative du garde des sceaux A. Chalandon ; 1995, est l'année du rapport produit par la commission Henrion demandé par le ministre des Affaires sociales S. Weil.

Dans le même temps, force est de constater que l'IT a occupé la totalité du champ sanitaire que d'autres réponses cherchaient à investir : substitution, réduction des risques, dépénalisation contrôlée, etc. Ainsi, plutôt que se préoccuper de connaître les effets de l'IT, on s'est davantage attaché à en vanter les vertus ou à en renforcer les moyens et le cadre réglementaire.

L'objectif de la recherche qui s'est déroulée en 1996-1997 sur le territoire métropolitain visait à combler cette lacune en fournissant un reflet factuel et analytique le plus fidèle possible de la mise en œuvre de l'IT. Pour cela il fallait construire un cadre susceptible de rendre compte de trois dimensions de l'IT : la dimension normative, entendue comme ce qu'en attendait et en attend encore à ce jour le législateur ; la dimension pratique, telle qu'elle est rendue accessible par la méthodologie de l'enquête sur le terrain ; la dimension analytique critique, entendue comme produit de la confrontation entre les objectifs visés et la réalité de son usage. Ce choix d'une approche évaluative de l'IT demande des précisions afin d'éviter, autant que faire se peut, les malentendus sur ce qui est annoncé : une évaluation de la mise en œuvre de l'IT. Qu'évalue-t-on, et pourquoi ? est une question fondamentale qui permet de définir l'objet et l'objectif de la recherche, mais aussi ses limites et celles de ses ambitions.

L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE ÉVALUÉE COMME PROGRAMME AU SEIN D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE

Comme toute politique publique qui cherche à répondre à un problème public, la politique de lutte contre la drogue repose sur trois éléments : 1) l'identification du problème, ici la consommation de drogues qualifiées d'illicites et l'ensemble des transactions qu'elle génère ; 2) la réponse au problème, l'interdiction de toutes les transactions et la prohibition de la consommation sous toutes ses formes, concrétisées en France par la loi de 1970 et ses aménagements successifs ; 3) les moyens permettant l'identification du public correspondant, celui auquel s'appliqueraient les réponses - répressives, préventives et sanitaires - dont il est attendu certains effets. Dans ce cadre, l'IT, qui permet de prendre en charge les UD interpellés, représente la première réponse du volet sanitaire de la politique publique de lutte contre la drogue. Il s'agit donc d'un programme visant un public déterminé et des objectifs spécifiques.

Le problème-drogue est un phénomène pour le moins complexe, évolutif et objet de controverses récurrentes. Mais il présente des constantes et des points sur lesquels un relatif accord existe. Quelles qu'en soient les

définitions successives, la protection de l'utilisateur de drogues a toujours représenté la référence, théorique, légitimant l'intervention publique : c'est au nom du bien de l'UD et afin de réduire les conséquences morbides, mortelles, mais aussi sociales de l'usage de drogue qu'ont été élaborées les réponses. La seconde constante, qui découle de la précédente, est que l'UD a toujours été défini, depuis la loi de 1970, à la fois comme un délinquant et comme un malade ou, plus récemment, comme une personne à aider. Enfin, l'évolution en matière d'action publique et les controverses qu'elle suscite ont toujours porté sur la hiérarchie à accorder aux deux conséquences d'un même comportement et aux moyens qui permettraient de rompre la dynamique addictive.

Les controverses sur la hiérarchie et les moyens ont été rendues plus aiguës à l'occasion de l'épidémie de sida et d'hépatites virales, sans pour autant changer les termes du problème. Le risque élevé pour un UD de contracter l'une de ces infections virales n'a fait que rendre plus concret et plus urgent le besoin de renforcer l'intervention publique dans le but de lui venir en aide. Si, en France, on s'accorde enfin à considérer l'UD comme quelqu'un de particulièrement exposé aux risques et donc à l'aider, la question des moyens et des objectifs divise toujours. Faut-il, comme le réclament certains, abandonner l'objectif qualifié d'utopique d'une « guérison de la dépendance » et concentrer l'action publique sur des objectifs plus accessibles, changement que traduit le concept de réduction des risques liés à l'usage de drogues ? Un tel choix qui définirait cet objectif comme la priorité de l'intervention publique en direction des UD ne pourrait laisser inchangée la partie répressive de la politique publique. Ou bien, faut-il renforcer ce qui existe ? comme le demandent les partisans du statu quo, arguant que si l'IT n'a pas tenu ses promesses, c'est moins la pertinence de la réponse que son application qui serait en cause : en renforcer l'usage et la qualité permettrait de conserver intacte l'ambition de traiter la cause et non pas les seules conséquences. Choix qui impliquerait de conserver la rigueur de l'interdit tout en renforçant le volet sanitaire de la politique publique, entendu comme traitement de l'usage de drogue. Jusqu'à ce jour, c'est ce dernier choix qui a été retenu et que cherchent à atteindre les multiples circulaires sur l'IT. L'objet n'est pas ici d'entrer dans ce débat. Il n'est pas non plus de montrer si l'IT permet ou non d'atteindre l'objectif de « guérison », c'est-à-dire de porter un jugement sur son efficacité. L'objectif de la recherche est d'établir si la distribution de l'IT est effective et dans quelle mesure elle correspond aux intentions du législateur.

Évaluer si l'IT est effectivement utilisée peut se résumer par la question suivante : le dispositif sanitaire programmé par la loi de 1970 offre-t-il au

public visé les services qui ont été définis et mis en place dans ce but ? Autrement dit, l'effectivité de l'IT sera abordée à partir de deux composantes inhérentes à tout programme public : sa capacité à atteindre le « bon public », celui pour lequel elle a été conçue, et sa capacité à lui fournir ce que - service, traitement ou aide, peu importe - le législateur considère toujours comme une réponse à la dépendance de drogues.

Si l'ambition de notre démarche peut apparaître limitée, trois considérations permettent de tempérer cette impression. Premièrement, l'effectivité de l'IT est une condition nécessaire de son efficacité, même si elle n'est pas suffisante. L'IT repose sur une théorie d'action supposant que son application produit des effets considérés comme positifs ; il s'agit donc au préalable d'évaluer dans quelle mesure, quantitative et qualitative, elle est distribuée au public auquel elle est destinée. Deuxièmement, l'évaluation de l'efficacité de l'IT représente une question totalement différente qui porte sur les traitements dispensés aux UD. Un traitement peut être efficace, sans pour autant atteindre le public sur lequel il est censé agir. Il ne s'agit donc pas ici d'évaluer un traitement, d'autant qu'il se présente sous des formes multiples, complexes et faiblement standardisées, car une telle démarche exigerait d'autres moyens et des méthodologies adaptées à cet objectif. Autrement dit, l'efficacité d'un traitement est une question de médecine clinique, l'effectivité d'un programme une question d'action publique. Enfin, dernière considération, le choix d'évaluer la distribution de l'IT représente une condition qui devrait permettre d'identifier les facteurs d'hétérogénéité quantitative et qualitative de la mise en oeuvre de ce programme public. Ce souci correspond à notre problématique de départ, fondée sur le constat d'un recours à l'IT extrêmement différencié selon les tribunaux de grande instance (TGI). Elle s'appuie sur l'hypothèse, résultat de travaux de recherche antérieurs², que le recours à l'IT serait en grande partie une variable dépendante de l'activité répressive, policière et judiciaire, c'est-à-dire structurellement déterminé par des facteurs exogènes à sa sphère de distribution. À ce titre, nous espérons apporter au terme de l'évaluation des éléments factuels et analytiques susceptibles d'éclairer le débat sur des bases objectives.

2. SETBON (Michel), *Le travail policier contre la drogue et la délinquance*, rapport de recherche, Institut des Hautes Etudes de la Sécurité Intérieure, 1995, 35 p ; *Drogue, facteur de délinquance ? D'une image à son usage*, Revue française de science politique, 1995, 45, 5, p. 747-774.

L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE : PROCESSUS, ACTEURS, CONTENU

Pour juger de l'effectivité de l'IT, il est donc nécessaire de mettre en évidence, afin de les décrire et d'en faire l'analyse, les étapes qui jalonnent le parcours de l'UD, allant de son interpellation à la fin de la prise en charge. Ces différentes étapes sont organisées autour d'acteurs dont certains disposent de pouvoirs spécifiques pour orienter le processus dans un sens favorable ou opposé à l'effectivité de l'IT. En même temps que leur pouvoir est formellement encadré par les textes législatifs en vigueur, il l'est également par le contexte de leur propre univers professionnel : les membres du parquet utilisent l'IT dans le cadre de leur travail de lutte contre la drogue et de la place qu'elle y tient ; les médecins de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) qui ont en charge d'appliquer l'IT lui accordent une attention variable selon leur formation et statut, et peuvent disposer de structures de prise en charge plus ou moins nombreuses pour orienter les UD ; les professionnels qui réaliseront l'IT au sein de ces structures ont des conceptions établies sur des pratiques qui peuvent laisser plus ou moins de place à l'IT, etc. Aussi, l'IT apparaît-elle comme un processus inséré dans un système réunissant plusieurs sous-systèmes dont les enjeux sont de nature différente et la cohérence problématique. Ce sont les acteurs, le processus et leurs effets sur la distribution de l'IT qui seront décrits et analysés à travers la démarche évaluative.

Sur le plan législatif et normatif, si l'IT a connu des modifications depuis sa création en 1970, son économie générale est restée inchangée et peut se résumer comme suit. Tout usager de drogue interpellé par les services de police, gendarmerie et douane (SP), est susceptible de se voir appliquer les sanctions pénales prévues au code de la santé publique (article 628). Le fait que cette infraction relève du code de la santé publique est significatif. La perception par le législateur de sa dimension sanitaire irréductible ne sera jamais contestée dans son principe : l'usager de drogue est ainsi défini comme un « malade » ou un sujet en péril qui a besoin de protection »³. À une infraction établie sur le plan judiciaire, vient répondre une proposition de nature sanitaire qui cherche à rompre la logique répressive. Le procureur de la République (PR) chez qui est présenté l'UD peut décider de lui proposer « un traitement ou une prise en charge sanitaire », susceptible de réduire sa dépendance et (peut-être) de mettre un terme à la fois à ses comportements délictueux et à sa « maladie ». Si l'UD l'accepte - ce qui est la règle -, le parquet suspend les poursuites et le remet aux mains de l'autorité sanitaire compétente : la DDASS de la circonscription administrative du TGI.

3. Circulaire du 28 septembre 1971, repris dans la circulaire de 1987.

En prenant le relais, la DDASS inaugure la phase sanitaire du processus, même si le contrôle de l'observance dont elle a la charge permet de rappeler les origines et la menace judiciaires. En cas de défection de l'UD, la DDASS devra en avertir le parquet comme elle aura à lui notifier la fin de l'IT au terme du traitement. Celui-ci était à l'origine prévu comme étant strictement médical, mais a évolué vers une diversification consécutive à une modification de la représentation de l'usage de drogue : à l'origine une maladie, elle est devenue un phénomène comportemental aux causes multiples. Bref, la conception du traitement de l'usage de drogue est passée d'une approche symptomatologique à une autre, causale. Si tous les UD consomment des stupéfiants, ils ne le font pas tous pour les mêmes raisons ou à cause des mêmes fragilités, ni avec la même intensité. La définition du rôle de l'autorité sanitaire a donc évolué d'une orientation géographique à une orientation diagnostique, afin de proposer une structure de prise en charge (SPC) correspondant à l'état de l'UD qui peut relever du médical, du psychologique, du psychiatrique, ou du social. Parfois de plusieurs dimensions simultanément. Pour autant, cette évolution souhaitée restait à vérifier dans les pratiques, dans la mesure où elle n'aurait pas partout été traduite en termes d'approche diagnostique et de diversification : combien de DDASS mettent en pratique une telle démarche d'adéquation entre l'UD et la SPC compétente, à quelles conditions et avec quelles limites ?

Les SPC sur lesquelles repose la troisième et dernière séquence du processus se caractérisent par une distance marquée avec l'autorité judiciaire et parfois également avec l'autorité sanitaire. Les relations des SPC avec le parquet sont le plus souvent inexistantes, comme elles peuvent être plus ou moins développées avec la DDASS. La SPC, qui peut être un centre de soins spécialisé en toxicomanie (CSST), un centre médico-psychologique (CMP), un médecin spécialiste ou généraliste d'un service hospitalier ou de médecine libérale, peut soit réduire son rôle à sa dimension formelle, soit inscrire sa fonction dans le processus dont elle se reconnaît interdépendante. Longtemps, les réticences et résistances à l'égard de l'IT ont été aussi fréquentes qu'affichées chez les professionnels de la toxicomanie, et rien ne permet d'affirmer qu'un consensus sur son utilité soit aujourd'hui réalisé. Ainsi, après vingt-cinq années d'existence, l'IT reste un processus dans lequel la disparité des intervenants - du policier au thérapeute - coexiste avec celle des conceptions et des appréciations sur ses indications, ses fonctions et son opportunité. On peut y voir une source de l'hétérogénéité de son application dans un cadre où chacun concourt plus ou moins à en restreindre le champ d'application.

L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE : POUR QUI ?

Si, en théorie, tout UD interpellé représente un candidat à l'IT, en réalité le nombre d'élus s'avère restreint. Les statistiques des ministères de l'Intérieur et de la Justice indiquent que sur les 45 178 UD interpellés en 1994, quelque 7 581 IT ont été notifiées par les PR des 138 TGI français (hors DOM-TOM). Ainsi, si la loi énonce clairement que l'IT reste réservée aux seuls UD, excluant tous les usagers-revendeurs et les trafiquants, l'importante sélectivité opérée dans cette population illustre la question centrale des critères réels d'éligibilité des candidats à l'IT. En fait, et c'est là le premier paradoxe d'une politique publique élaborée pour répondre à l'usage de drogues, la définition qui permet d'identifier un UD dans le cadre répressif ne correspond pas à la définition qui permettrait de l'insérer dans le circuit sanitaire. Pour passer d'un monde à l'autre, s'opère un travail de différenciation et de sélection dont nous avons cherché à connaître les facteurs, les règles et leur traduction. Bénéficier d'une IT est donc l'aboutissement d'un mécanisme de sélection à partir de critères évolutifs dans le temps, mais variables aussi selon les TGI et les PR. L'origine de cette sélection est double : d'une part, les textes législatifs qui définissent les candidats à l'IT, d'autre part, les pratiques dont l'impact sélectif dépasse largement les seuls parquets.

La définition du candidat à l'IT a été sensiblement modifiée dans les circulaires dont la fonction est d'assurer une homogénéisation des conditions d'attribution sans laquelle on ne saurait parler de politique publique nationale. Au cours des vingt-cinq dernières années, la définition du public susceptible de recevoir une IT a évolué vers une plus grande précision et moins de restriction. Cette évolution formelle cherchait en premier lieu à réduire la latitude d'appréciation des membres des parquets, perçue comme une cause d'hétérogénéité et de faible effectivité de l'IT, tout en ne compromettant pas l'efficacité de leur fonction répressive de l'usage et du commerce de drogues. Mais la traduction de ces deux exigences reste problématique et la démarche évaluative visait à en apprécier la réalité et les effets. Ainsi, s'il est possible de décrypter les textes pour expliciter les critères qui font d'un UD un candidat à l'IT, leur usage concret restait à identifier. La première question à laquelle notre démarche évaluative cherche à répondre est donc la suivante : par qui, comment et selon quelle(s) logique(s) sont construits dans les pratiques les contours de la population des UD qui se verra proposer une IT ?

Poser la question en ces termes permettait d'aborder l'IT sans a priori, en s'intéressant à l'impact des différents acteurs participant au processus sur

la taille et les caractéristiques du public pris en charge à partir de l'IT. En effet, si les parquets décident la notification de l'IT, ils ne sont pas, malgré les apparences, seuls responsables du nombre et du profil des UD pris en charge. Autrement dit, le parquet n'a pas l'exclusivité de la sélection des UD, celle-ci étant largement réalisée en amont et prolongée en aval de sa décision. D'une part, les UD sur lesquels s'exerce le pouvoir de décision du parquet ont été déjà largement sélectionnés par les différents services de police dont les règles, formelles et informelles, sont fondées sur d'autres considérations que celles relatives aux objectifs attendus de l'IT : le nombre et les caractéristiques des UD qui se rendent dans le bureau du PR pour se voir proposer une IT sont d'abord le produit de l'activité policière locale et de ses stratégies de lutte contre la drogue. Ainsi, selon les cibles privilégiées, trafic et affaires importantes ou petit deal, choix lui-même dépendant du volume du marché des drogues et de ses produits, l'intérêt accordé aux UD et à leur interpellation variera. Non seulement les SP se trouvent en mesure de sélectionner leur cible en interpellant les UD, mais ils disposent aussi d'une importante marge de manœuvre pour décider, qui parmi les UD interpellés, sera déféré ou convoqué au parquet, ou ne recevra qu'un simple avertissement, ou encore sera relâché après une interpellation. Certes cette latitude peut être, et s'avère le plus souvent, le fruit d'une entente entre le parquet et les SP, mais la force des enjeux policiers en matière de lutte contre la drogue et leur autonomie opérationnelle laissent les SP libres d'apprécier les situations et d'en fournir au parquet une vision biaisée.

L'activité policière en matière de lutte contre la drogue apparaît donc le premier filtre, et probablement le plus massif, de la population des UD désignés comme candidats à l'IT. Ainsi, lorsque la stratégie locale de lutte contre la drogue s'apparente à une dépénalisation de fait de l'usage de certaines drogues illicites, c'est toute une population qui sera écartée d'une prise en charge médicale, psychologique et/ou sociale, à laquelle l'IT permettrait d'accéder. Et cela quelle que soit la valeur de cette prise en charge, c'est-à-dire de son efficacité à répondre au problème de la dépendance. Si c'est bien le PR qui décide l'IT, sa décision est préparée et en grande partie négociée avec les policiers, selon des routines dont le résultat porte la marque de leur interdépendance. Celle-ci sera illustrée et analysée dans ses conséquences tout au long du rapport de recherche.

D'autre part, et allant dans le même sens, le public d'UD sélectionné par le parquet pour une IT n'est pas identique à celui qui fera l'objet d'une prise en charge effective. Si la décision du parquet de notifier une IT est nécessaire pour induire une prise en charge de certains UD interpellés, elle n'est pas

suffisante. Placée sous la responsabilité d'autres acteurs qui auront à en assurer la mise en œuvre, l'IT peut être encore rendue inefficace. Tout d'abord, le représentant de la DDASS, point de passage obligé des UD pour lesquels une IT a été notifiée, peut user de ses propres critères pour récuser certains d'entre eux ; ensuite les SPC, pourront juger la prise en charge inutile pour certains UD selon des critères propres à leur conception de la démarche thérapeutique.

La mise en œuvre effective du dispositif sanitaire visant à prendre en charge les UD interpellés par les SP n'est donc pas le fait des seuls acteurs et critères judiciaires, mais le résultat d'un processus cumulatif d'interventions de plusieurs acteurs. Elle apparaît comme une chaîne qui procède selon une succession d'étapes réductrices de la population qu'elle est censée atteindre. Chaque acteur y joue un rôle sélectif, du policier au thérapeute, et selon des critères et des règles qui varient en fonction de facteurs qu'il s'agit d'identifier. Surtout, chaque étape modifie de façon irréversible la taille et la nature du public-cible. Ce phénomène est renforcé par la faible visibilité de l'ensemble du processus dont dispose chaque acteur ; celle-ci reste le plus souvent limitée à la séquence dont il a la charge et interprétée à travers un cadre professionnel où l'IT n'occupe, le plus souvent, qu'une place secondaire. Ainsi, les policiers contribuent à l'IT de façon décisive mais biaisée par leurs enjeux répressifs qui les conduisent à ne pas favoriser cette option, mais au contraire à la récuser ; les PR décident d'accorder les IT, mais ne connaîtront pas les conséquences de leur choix dont ils redoutent que certaines soient négatives sur leur politique anti-drogue ; les autorités sanitaires orientent les UD mais ignorent si cette orientation produira les effets escomptés ; enfin, les thérapeutes se retrouvent les seuls à pratiquer une prise en charge dont ils n'ont pas posé les indications et à laquelle ils n'accordent qu'un faible intérêt, le plus souvent réduit à un enjeu formel : l'observance par l'UD d'un certain nombre de séances correspondant à une IT effective.

L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE : POURQUOI ?

À quoi est censée servir l'IT ? C'est la seconde question à laquelle son évaluation comme programme public se devait de répondre. Autrement dit, quels sont ses objectifs théoriques ? ceux qui fondent l'IT et représentent la référence pour juger de ses usages concrets. Car, si les textes législatifs précisent plus ou moins le contenu de l'IT - ceux qui pourraient en bénéficier et la forme sous laquelle devra se dérouler le processus -, ils restent muets ou simplement allusifs sur sa nature et sur sa fonction au service de

la lutte contre la drogue. La fonction de l'IT correspond-elle à son origine judiciaire ou à sa perspective sanitaire ? L'ambiguïté de la fonction de l'IT se prolonge par la confusion entourant les objectifs visés par le législateur que renforce la multiplicité de ceux visés par les acteurs dans le cadre de leur activité quotidienne.

L'ambivalence du dispositif de prise en charge par l'IT est due au fait qu'elle est initiée et décidée dans un cadre judiciaire et mise en œuvre dans un cadre sanitaire ou socio-sanitaire. Pour ceux qui décident de l'IT tout en réprimant l'usage de drogue, la propension à l'utiliser est en grande partie déterminée par leur croyance en une prise en charge sanitaire capable de réduire la prévalence de l'usage de drogue : moins celle-ci leur paraît capable de rompre la dépendance addictive, plus ils auront tendance à en réduire le nombre. Ce doute les conduit à préférer utiliser leur seule grille de sélection des UD interpellés, fondée sur des considérations propres à leur métier et à leur mission : la lutte contre la drogue. Pour ceux dont la fonction est de mettre en œuvre la partie sanitaire, les effets de l'application de la grille judiciaire peuvent s'avérer d'une pertinence discutable. En se retrouvant face à un public dont la sélection repose sur des considérations autres que médico-sociales, leur attitude peut varier : soit ils les acceptent tous, quelle que soit la pertinence de la sélection, avec le risque que la prise en charge ne soit pas adaptée pour certains UD, soit ils en réduisent encore le nombre en estimant que certains ne correspondent pas aux indications des traitements disponibles. En aucun cas ils n'auront un accès direct à l'ensemble du public d'UD susceptible de recevoir une IT.

Non seulement la double nature judiciaire et sanitaire de l'IT rend difficile la réunion des acteurs autour d'un même objectif mais, de plus, celui-ci est perçu de multiples façons. Parce que l'objectif théorique de l'IT, mettre un terme aux comportements addictifs de l'UD, s'avère en réalité à la fois trop lointain et invérifiable, d'autres lui sont substitués. Dans l'action, chacun privilégie des objectifs concrets, mélange d'enjeux à court terme inscrits dans un cadre professionnel et de perspectives à plus long terme, déterminées par des préférences ou des valeurs : responsabilisation, punition, protection, compassion, etc.

Identifier les fonctions attribuées à l'IT par les différents acteurs permettra de rendre compte d'une part, de l'hétérogénéité constatée dans son usage, et, d'autre part, du choix de ceux qui, parmi les UD, bénéficieront une prise en charge. Par exemple, selon que l'on attribuera à l'IT, soit une fonction thérapeutique préventive (mais de quoi ?), soit une fonction curative de la dépendance confirmée, ou encore aucune fonction thérapeutique, s'opérera

une première et importante sélection au sein du public des UD. Ou bien, s'il n'est accordé à l'IT qu'une fonction judiciaire, intermédiaire entre la sanction et l'avertissement, les critères permettant de décider qui parmi les UD interpellés bénéficiera d'une IT varieront. Ils auront un impact sur le recours à l'IT et sur son effectivité. Ainsi en fonction de ce qui est attendu (espéré) de l'IT dépend le choix de ceux qui en seront la cible. Autrement dit, les deux questions - l'IT pour qui ? et l'IT dans quel but ? - sont liées : selon ce que l'on attend (ou n'attend pas) de l'IT, les dimensions du public potentiel varient en fonction de critères utilisés localement. La multiplicité des acteurs et de leurs objectifs déterminent la taille et les caractéristiques du public pris en charge et se présente comme une source de la distribution hétérogène de l'IT.

LES AMBIGUÏTÉS DE LA LOI DE 1970

L'IT comme programme sanitaire conçu pour aider les UD à rompre leur dépendance ne fait que révéler les ambiguïtés non résolues par l'application de la loi de 1970. À travers les sélections opérées tout au long de la chaîne de l'IT et dont les dimensions peuvent varier, s'affrontent des conceptions fondées sur des représentations et des enjeux spécifiques aux différents acteurs que la loi n'a pas réussi à rendre compatibles. Deux enjeux majeurs favorisent ce climat de division et de confusion où, faute d'arguments rationnels, l'idéologie fait loi : l'opportunité de la distinction entre drogues douces et dures, et l'imprécision de la définition de simple usager auquel pourrait être attribué une IT à la suite de son interpellation par les SP. Faute d'éclaircissement, ces deux enjeux sont traités au gré des pratiques des différents acteurs qui participent au processus de l'IT et ont un impact direct sur la définition du public cible. En poser les termes est un préalable avant d'en montrer les effets à travers nos résultats.

Si la loi de 1970 ne fait aucune distinction entre drogues douces et dures, réunies sous le terme d'illicites, les pratiques répressives en font une qui se répercute sur l'IT. Un usager de cannabis n'est pas considéré de la même façon par les SP qu'un usager d'héroïne pour des raisons qui sont loin de n'être que médicales. La distinction subsiste au-delà et, de plus, elle divise les autres acteurs quand il s'agit de décider, ou de mettre en œuvre une IT, c'est-à-dire de déterminer si le produit consommé est en soi pathogène et/ou prédictif d'une dépendance que l'IT serait susceptible de rompre. Jusqu'en 1987, les circulaires définissaient le candidat à l'IT comme un usager régulier de drogues dures, renforçant par là de façon paradoxale une représentation bénigne de l'usage de drogues douces. Du même coup, la restriction mettait

à mal les représentations du passage des unes aux autres et de l'escalade sur lesquelles se fonde le choix d'une répression indistincte. Depuis la circulaire de 1987, la référence au produit n'est plus discriminante pour accéder à l'IT, position réaffirmée dans celle de 1995 : les critères sont la fréquence, l'habitude et les signes d'intoxication, quel que soit le produit illicite. Il s'agit donc d'une étape vers plus de cohérence entre les approches sanitaire et répressive : ce qui doit être réprimé doit pouvoir être soigné. Mais pour autant, cette ouverture qui devrait conduire à une distribution plus large de l'IT, demandait à être vérifiée dans les pratiques. Surtout, un tel changement, aussi opportun soit-il, en s'adressant aux seuls PR ne prend pas en compte la latitude dont disposent les autres acteurs intervenant dans l'IT ni les conséquences entraînées par la suppression de la distinction entre produits. En demandant de ne plus exclure de l'IT les usagers de drogue interpellés (UDI) consommant des drogues douces, ce changement pose en fait plus de problèmes qu'il ne cherche à en résoudre. En effet, en passant du critère-produit à celui de la dépendance avérée, la sélection des candidats à l'IT croît en complexité. Elle suppose d'être en mesure de recourir à un véritable diagnostic médico-psychologique afin d'apprécier le degré de dépendance, alors que jusque-là il suffisait d'appliquer aux seuls usagers de drogues dures des critères judiciaires. Face à une telle perspective dont aucune circulaire ne rend compte, les pratiques peuvent se répartir selon deux attitudes, une fois constatée l'impossibilité d'établir ce diagnostic : soit la directive reste lettre morte comme c'est le cas dans de nombreux TGI où les PR estiment que l'IT n'est toujours pas appropriée aux usagers de drogues douces, soit elle est appliquée sans s'accompagner des changements nécessaires pour sélectionner les UD douces sur le critère de la dépendance. Avec pour conséquence de voir les décisions du parquet contestées au niveau de la mise en œuvre de l'IT par le médecin de la DDASS ou par les professionnels qui prennent en charge les UD.

Le seconde ambiguïté, tranchée dans les pratiques et qui pèse lourdement sur la définition du public cible de l'IT, est inhérente aux conditions de qualification des UD interpellés. La façon dont est établie la frontière entre le simple usager et celui soupçonné de se livrer à des transactions ou détenant un produit illicite en est la traduction opérationnelle. Si tous les TGI définissent une ligne de démarcation plus ou moins explicite entre le simple usager (on parle alors « d'usager pur ») et celui qui n'en est pas un, tout en qualifiant son infraction d'« ILS-consommation », ils ne la situent pas au même niveau, ni avec la même transparence. Celle-ci varie en fonction des quantités de produits saisies, de l'existence associée d'une « détention », des conditions d'interpellation (échange, transport, etc.). Avec parfois des définitions extrêmes qui transforment la sélection en barrière infranchissable.

Ainsi, pour certains PR parmi les plus hostiles à l'IT, l'usager simple d'héroïne n'existe pas, non pas parce qu'ils n'ont jamais été confrontés à des UD pour qui aucun autre chef d'accusation n'a pu être établi, mais pour la raison que ces usagers ne peuvent exister ! Leur jugement est fondé sur une représentation de l'usager d'héroïne dépendant, aux ressources limitées et contraint à assurer son approvisionnement en participant au fonctionnement du marché. Bref, un usager d'héroïne serait toujours et de quelque façon un dealer. C'est donc sans surprise qu'une telle définition, détachée des faits, conduit certains PR à ne prononcer aucune IT ou de façon exceptionnelle, surtout s'ils considèrent par ailleurs que l'usager de drogues douces n'en relève pas.

En conséquence, l'évaluation aborde l'IT comme un programme public concrétisé par un processus dont il s'agit d'exposer les différentes séquences en relation avec les modes opératoires des acteurs qui en ont la charge. Le cadre qui permet de juger de l'effectivité de l'IT est fondé sur : 1) l'existence de différentes sources de sélection des UD correspondant à des rationalités différentes ; 2) l'opposition entre les rationalités judiciaire et sanitaire de l'IT déterminante dans l'appréhension des UD : la logique judiciaire repose essentiellement sur le jugement des individus à travers ce qu'ils ont fait, la logique sanitaire exige de tenir compte de leur état, donc de ce qu'ils sont, c'est-à-dire dépendants ou occasionnels, accessibles ou non à un traitement, insérés ou non socialement, etc. ; 3) l'utilisation par certains acteurs de l'IT des ambiguïtés non résolues par la loi de 1970. Dans ce sens, la cohérence entre les pratiques des différents acteurs d'un même dispositif et les objectifs réellement visés sera au centre de la démarche évaluative. Ce qui conduit à faire apparaître l'effectivité de l'IT comme le résultat de volontés et de capacités à rendre possible l'intégration d'un dispositif par nature découpé, hétérogène et sélectif.

PLAN DU RAPPORT DE RECHERCHE

Le rapport de recherche est découpé en quatre chapitres.

Le premier est consacré à l'exposé de la méthodologie qui nous a permis d'établir, à partir d'un certain nombre de critères, notre échantillon de 25 TGI, estimé représentatif de la France métropolitaine. Il sera suivi d'un exposé de la loi de 1970 et des différentes circulaires définissant et modifiant l'IT depuis cette date jusqu'en 1995.

Le deuxième et le troisième chapitres seront consacrés à l'exposé des résultats de la recherche en suivant le processus de déroulement de l'IT.

Le chapitre deux portera sur la partie du processus qui va de la qualification des UD interpellés à la notification à certains d'entre eux par le parquet d'une IT : la phase de construction de la décision. Le chapitre trois portera sur la mise en œuvre de l'IT, processus qui va de la réception de l'UD ayant eu une IT notifiée à la DDASS, à la fin de la prise en charge.

Le quatrième et dernier chapitre proposera une synthèse analytique des résultats, une discussion sur certaines questions jugées décisives et des conclusions ayant pour objet de s'interroger sur le devenir de l'IT, sur sa conception et sur les conditions d'une mise en œuvre effective.

CHAPITRE I

MÉTHODOLOGIE ET CADRE LÉGAL

1 - MÉTHODOLOGIE

La démarche visait à établir un échantillon de dispositifs TGI-DDASS représentatif d'une réalité hétérogène et de la diversité des contextes dans lesquels ils sont insérés. En faisant l'hypothèse d'une relation entre la distribution de l'IT avec les choix stratégiques locaux de lutte contre la drogue, il fallait représenter les combinaisons les plus significatives entre ces deux variables. Pour y parvenir, nous avons procédé de la façon suivante.

Protocole de recherche et choix des sites

Étapes de la sélection des 25 TGI

Notre base d'échantillonnage est fondée sur les 95 départements français métropolitains ce qui correspond à un total de 138 TGI. En 1994, 71 des départements affichaient des IT et 24 dont dépendent 35 TGI n'en affichaient aucune, soit 25 % des départements de la métropole et 38 % des TGI. De plus, 23 départements soit 24 % des départements (comprenant 33 TGI) affichaient entre 1 et 10 IT. Ainsi, au total en 1994, moins de 10 IT ont été déclarées dans la moitié des départements de France métropolitaine. Enfin, 18 départements métropolitains (comprenant 41 TGI) comptaient plus de 80 % des IT déclarées en 1994.

Nous avons construit notre échantillon sur des données quantitatives officielles portant sur l'année 1994. Cette construction s'est faite en trois temps : sélection de certaines variables clés au niveau départemental permettant un premier tri sur l'ensemble des départements français ; utilisation de deux variables aboutissant à une typologie des départements, sélection des 25 TGI à l'intérieur de cette typologie.

Les trois principales sources statistiques utilisées sont :

S1 : « Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France en 1994 » (ministère de l'Intérieur) qui fournit les données à l'échelle départementale. Les données extraites de S1 sont, d'une part le nombre total d'infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS), et d'autre part le nombre d'infractions pour « consommation » ainsi que les chiffres de la population par département.

S2 : « Activité judiciaire de 1994 » qui fournit au niveau de chaque département et aussi des différents TGI les statistiques officielles établies en matière d'IT. Y a été relevé le nombre d'IT déclaré par chaque TGI et par département.

S3 : « Bulletin épidémiologique hebdomadaire » de la Direction générale de la santé (DGS) daté du 31 décembre 1994 qui fournit le pourcentage de toxicomanes parmi les cas de Sida déclarés à l'échelon régional (total cumulé).

La disparité de la référence géographique des données nous a obligé à prendre comme unité de base commune le département. C'était le seul moyen pour utiliser conjointement les chiffres ministère de l'Intérieur et ceux du ministère de la Justice du fait de l'inadéquation entre les frontières administratives de compétence des services répressifs de sécurité publique et ceux du ressort des TGI.

À partir de ces données nous avons établi trois variables à l'échelon départemental et une à l'échelon régional.

- La prévalence départementale d'UDI : nombre des usagers de drogues interpellés (UDI) par rapport à la population totale du département. Cette variable illustre l'activité policière en matière de lutte contre la drogue en direction des consommateurs dans le département. En 1994, le nombre total d'UD interpellés en France est de 45 178 (S1).

- Le ratio départemental d'UDI/ILS : nombre d'UD interpellés (correspondant à la dénomination officielle « ILS-consommation ») par rapport au nombre total d'ILS dans le département. Ce taux fournit un profil de l'activité policière en matière de lutte contre la drogue c'est à dire l'importance relative accordée à la répression des UD dans la stratégie de lutte contre la drogue. En 1994, la moyenne nationale d'UDI par rapport à l'ensemble des ILS (70 735) est de 63, 8 %. (S1)

- Le ratio départemental d'IT : nombre d'IT déclarées par l'ensemble des TGI d'un même département par rapport au nombre d'UD interpellés dans

le département. Cette variable correspond à l'activité judiciaire en matière d'IT consécutive aux interpellations d'UD (S1 et S2). En 1994, le chiffre global des IT déclarées en France métropolitaine est de 7581, tandis que la moyenne du ratio d'IT (calculée sur les seuls départements qui en notifient) est de 14 %.

- Les données en matière de Sida sont, elles, établies à l'échelon régional : elles concernent le nombre et la prévalence de toxicomanes atteints de Sida parmi les cas de Sida déclarés par région.(S3). Ces données permettent de rendre visible la distribution géographique de la toxicomanie en rapport avec le sida afin de vérifier si la distribution de l'IT est ou non influencée par cette prévalence.

La première et la troisième variable traduisent directement les activités policière et judiciaire dont l'interaction agit, selon notre hypothèse, sur la distribution de l'IT : elles représentent les variables clés qui déterminent directement la sélection de l'échantillon ; la deuxième et la quatrième variable sont considérées comme secondaires et seront utilisées ultérieurement comme variables de vérification en vue de répondre à certaines questions.

Sur les 95 départements métropolitains, nous avons choisi de ne retenir que les 71 départements où des IT étaient notifiées, à partir desquels nous avons construit notre échantillon.

Constitution de l'échantillon

L'échantillon de départements a été construit à partir des deux variables-clés : la prévalence des UDI et le ratio d'IT. Trois grandes catégories de départements ont été constituées en combinant ces deux variables et en postulant que :

- la prévalence des UDI était élevée quand elle était supérieure à 1 ‰ et basse quand elle était inférieure à 0,5‰ (la moyenne nationale étant de 0,64 ‰) ;

- le ratio d'IT était élevé quand il dépassait 20 % et bas quand il était compris entre 0 et 16 % (la moyenne nationale des départements déclarant des IT étant de 15 %).

La première catégorie rassemble des départements présentant une prévalence d'UDI élevée et un ratio d'IT bas (cat. A)

La deuxième catégorie représente les départements où la prévalence d'UDI est élevée et le ratio d'IT est bas (cat. B).

La troisième catégorie regroupe les départements où la prévalence d'UDI est basse et le ratio d'IT élevé (cat. C).

Le tableau qui suit (Tableau 1.1) présente l'ensemble des données utilisées en rapport avec la sélection des 25 TGI, après avoir rendu anonymes les départements et les villes des TGI retenus dans l'échantillon.

Tableau 1.1 - TGI sélectionnés en fonction des données ILS et IT par département, (sources S1, S2, S3, S4, année 1994)

Catégories	Département	Prévalence UD interpellés (pour 1000 hbts).	Ratio UD/ILS (en %)	Ratio IT départemental (en %)	% régional cas de sida déclarés pour toxicomanie	TGI sélectionnés	Taille des TGI (en nombre de chambres)
Cat. A UDI élevé, ratio IT bas	1	1,138	53	1,6	22,3	A1	1
	2	1,196	66	2,9	27,9	A2	7
	3	1,235	61,7	5,58	8,3	A3	1
						A4	4
	4	2,03	51,36	0,6	31,9	A5	1
	5	1,03	6,35	0,32	32,5	A6	2
	6	1,118	1,38	1,201	13,8	A7	2
	7	1,612	5,46	6,5	24,7	A8	13
	8	1,196	2,449,3	0	45,5	A9	1
	9	1,271	61,68	0	8,3	A10	1
Cat B UDI élevé, ratio IT élevé	10	1,264	6,57	23,4	24,7	B1	31
	11	1,275	1,36	32,9	idem 10	B2	11
	12	1,205	5,38	42,5	8,3	B3	5
	13	1,198	3,181,4	41,4	13,8	B4	3
	14	1	44,7	20	24,7	B5	6
	15	1,471	52	53,2	idem 14	B6	11
Cat C UDI bas, ratio IT élevé	16	0,357	63,8	47	11,6	C1	3
	17	0,36	50	28,3	idem 16	C2	1
						C3	3
	18	0,349	54,7	40,4	32,5	C4	2
	19	0,523	idem 17	32,7	9,5	C5	4
	20	0,304	idem 19	25,3	25,8	C6	2
Cat D UDI bas, ratio IT bas	17*	idem 17	50,4	Idem 17	idem 17	D1	1
	19*	idem 19	idem 19	Idem 19	idem 19	D2	1
	21	0,195	50,4	25,8	32,5	D3	1

* Département déjà sélectionné dans le cadre de la catégorie C

Notre échantillon n'est donc pas aléatoire, mais volontairement construit à partir de différentes configurations afin d'être le plus représentatif possible de cette diversité en relation avec notre hypothèse, objectif inaccessible par randomisation.

À partir de ces trois catégories nous avons sélectionné les 21 départements de notre échantillon. Sept départements dans la catégorie A, auxquels nous en avons ajouté deux autres présentant 0 IT malgré une prévalence d'UD particulièrement élevée, soit au total 9 départements. Six départements ont été sélectionnés dans la catégorie B et 6 autres dans la catégorie C. Soit au total 21 départements.

À l'intérieur des 21 départements des trois catégories, nous avons sélectionné les 25 TGI de notre échantillon. Quand le département ne comptait qu'un seul TGI, il a été retenu (8 cas sur 21) ; quand il en comptait plusieurs, nous avons soit sélectionné l'un d'eux, soit deux d'entre eux, soit tous les TGI présents. Quand il y a eu sélection au sein du département, dans le premier cas, elle se voulait la plus représentative possible de l'activité du département (10 départements) ; dans le second cas, 2 TGI ont été sélectionnés à partir de leur ratio d'IT contrasté (deux départements) ; enfin dans le troisième cas, il s'agissait d'avoir une vision homogène en prenant tous les TGI du même département (un seul département avec 3 TGI). Au total nous avons retenu :

- 10 TGI dans la catégorie A, celle où la prévalence d'UDI est élevée et le ratio d'IT bas, qui seront désignés : A1,... A10. Cette catégorie comprend 5 TGI qui ne font pas du tout d'IT en 1994 dont deux appartiennent aux deux départements n'affichant aucune IT afin d'étudier cette configuration extrême.

- 6 TGI dans la catégorie B, prévalence d'UDI élevée, ratio d'IT bas : B1,... B6.

- 9 TGI de la catégorie C, prévalence d'UDI basse, ratio d'IT élevé. Ils ont dû être subdivisés en deux sous-catégories, C et D, du fait que dans certains de ces départements, des contrastes importants ont été identifiés en matière d'IT entre les TGI d'un même département, certains se distinguant par un ratio d'IT bas. La catégorie C regroupe 6 TGI (C1 à C6) présentant une prévalence d'UDI basse avec un ratio d'IT élevé, la D réunit trois TGI (D1 à D3) où la prévalence d'UDI est basse et le ratio d'IT également bas.

L'échantillon constitué compte en tout 7 TGI qui affichaient 0 IT en 1994. Plusieurs raisons justifient ce choix : 1) la représentativité de notre échantillon en est renforcée, du fait qu'en France métropolitaine 47 % des TGI affichaient 0 IT en 1994 ; 2) ce choix permettait d'étudier au sein d'un même département des TGI extrêmement contrastés et d'en rechercher les facteurs explicatifs ; 3) enfin, parmi ces TGI qui affichent 0 IT en 1994, 5 ont un nombre d'IT fluctuant sur plusieurs années à un niveau très bas (entre 0 et 5), si bien qu'il existe, malgré l'absence d'IT en 1994, une organisation

pour s'occuper des IT (cas de D1 à 3) ; par ailleurs, dès le début 1995 certains parquets ont pu commencer à prononcer des IT (cas de A3 et A6) et en 1996 (A10) suite à l'impact de la circulaire de 1995.

Les 25 TGI sélectionnés répartis dans les quatre catégories sont de taille variable : 9 TGI n'ont qu'une chambre, 2 TGI en ont 2 ; 3 TGI en ont 3 ; 2 TGI en possèdent 4 ; 1 TGI 5 et 1 TGI 6 ; 2 TGI en ont 11 ; 1 TGI en a 13 et 1 TGI 31 chambres. Par catégorie on peut constater que les TGI du groupe A sont de taille très variable, les 6 TGI du groupe B sont de taille moyenne ou importante (5 chambres ou plus), les 6 TGI du groupe C sont plutôt moyens (pas plus de 4 chambres), les trois du groupe D sont de petits TGI avec une seule chambre.

Notre échantillon peut donc être considéré représentatif, non pas de la taille ou de l'activité moyenne des TGI métropolitains, mais de la diversité de la relation entre l'importance de la distribution d'IT et celle de l'interpellation des UD. Deux constats renforcent cette représentativité ; d'une part le total des IT déclarées par les 25 TGI étudiés représente en 1994 50 % des IT déclarées en France (3846 sur total de 7581), un peu moins en 1995, d'autre part il comprend 65 % des TGI situés dans les grandes métropoles qui déclarent le plus grand nombre d'IT (supérieur à 100). La synthèse de l'ensemble de ces informations se trouve dans le tableau « des départements sélectionnés ».

Méthode d'enquête et recueil des données

Qualitative et quantitative, la méthode d'enquête comprend deux volets qui portent tous deux sur un certain nombre de questions ou d'items qu'il s'agissait d'éclairer par deux approches : des entretiens qualitatifs et des recueils de données.

Les entretiens

Plus d'une centaine d'entretiens semi-directifs d'environ une heure et demie ont été menés avec 9 types d'acteurs intervenant en matière d'IT. Ces entretiens se sont étalés sur 12 mois (entre mars 1996 et juillet 1997). Au parquet, nous avons rencontré : le Procureur quand cela a été possible (17 procureurs sur 25) afin d'avoir une vue d'ensemble de la politique de lutte contre la drogue sur le ressort du TGI et de la politique du Procureur en matière d'injonction thérapeutique ; le (ou les) substitut spécialisé ILS afin de découvrir le fonctionnement concret de l'IT ; dans certains cas un autre substitut : par exemple quand les parquetiers sont tous susceptibles de

décider d'une IT dans le cadre de la permanence ; les enquêteurs de personnalité, lorsque l'enquête de personnalité est en place.

À la DDASS nous avons interrogé : le médecin inspecteur responsable de l'injonction thérapeutique lorsque il en existait un ; le médecin vacataire (et/ou psychologue, éducateur, assistante sociale) qui reçoit l'UD à qui l'IT a été notifiée et qui met en œuvre l'IT ; les agents administratifs titulaires quand ils sont les seuls acteurs à la DDASS qui ont en charge le suivi administratif de l'IT. Lorsque la DDASS ne joue aucun rôle dans la mise en œuvre de l'IT, nous avons rencontré le médecin vacataire vers qui peut être directement envoyée la personne en IT et/ou un ou deux membres des centres de soins ayant le monopole de la prise en charge de l'IT sur le département.

Nous n'avons donc pas réalisé d'entretiens avec les toxicomanes ni avec les juges d'instruction chargés des affaires de stupéfiants, sauf de manière incidente (ce que l'on ne peut qu'encourager pour toute étude ultérieure sur le sujet).

Recueils des données

■ Après des parquets, nous avons cherché à rassembler toutes les données quantitatives en matière d'ILS et d'IT et de vérifier la validité et la signification des données officielles. C'est pourquoi, lors de chaque visite dans les TGI, nous avons remis un questionnaire au substitut en charge des IT. Ce questionnaire portait à la fois sur l'activité en matière d'ILS, le nombre de procédures pour usage simple, le nombre d'IT envisagées, le nombre d'IT effectivement notifiées par produit et le nombre d'UD ayant terminé leur IT. Le taux de réponse total s'établit à 70 % ; certains TGI ne disposant pas de statistiques pour l'année 1994 ont répondu pour l'année 1995. Le taux de réponse précis à la totalité des questions n'est en revanche que de 43 %.

■ Après des DDASS, les réponses varient également. Celles qui disposaient de statistiques sur leur activité en matière d'IT ont pu les fournir, les autres ont répondu avec plus ou moins de précision aux questions quantitatives posées. L'un des objectifs de ces questionnaires était de confronter les données fournies par les DDASS à celles apportées par les parquets correspondant.

Les tableaux qui fournissent les résultats quantitatifs de la recherche représentent la mise en forme de l'ensemble des données recueillies site par site.

Principaux items de l'enquête

Au niveau des parquets nos items s'organisent autour de 4 axes :

- La politique du parquet à l'égard des ILS en général et plus particulièrement ce qui concerne l'usage de drogue : quelles sont les procédures de traitement des usagers en particulier et comment s'intègrent-elles dans l'organisation globale du parquet (répartition des tâches) ? La définition donnée à l' « usage de drogue » et les critères de qualification pour qu'un usager puisse être considéré comme un candidat à l'IT.
- Les conditions de la décision d'accorder une injonction thérapeutique qu'il faut bien distinguer de la notification de l'IT lors de la convocation de l'UD au TGI. Il s'agit en fait de deux phases, la plupart du temps distinctes (sauf en cas de déferrement), au cours desquelles deux substituts différents peuvent intervenir. Les questions ont donc porté, d'une part sur les critères qui fondent la prise de décision d'accorder l'IT et, d'autre part, sur l'organisation mise en place au parquet pour notifier l'IT.
- Les relations entre le parquet et la DDASS, leurs modalités, fréquence et qualité. Comment est organisée la transition entre le parquet et la DDASS ? Quelles informations échangent-ils concernant le devenir des personnes en IT ? Quelles informations sont demandées et obtenues par le parquet à la DDASS et quelles en sont les utilisations ?
- Le traitement des UD interpellés dans le cadre d'une affaire ayant nécessité une ouverture d'information et l'intervention du juge d'instruction. L'objectif était de constater si la priorité accordée à l'affaire réduisait les possibilités des UDI à se voir notifier une IT ou si certains arrangements permettaient au parquet de « récupérer » l'usager afin de lui fournir au plus tôt une prise en charge à travers l'IT et cela selon l'art. 80 du Code de procédure pénale : « *lorsque les faits, non visés au réquisitoire, sont portés à la connaissance du juge d'instruction, celui-ci doit immédiatement communiquer au procureur de la République les plaintes ou les procès verbaux qui les constatent* » ; cela peut être le cas à l'occasion de la découverte de faits nouveaux. Est-ce qu'un UDI, entendu comme témoin ou mis en examen, voit disparaître toute chance de bénéficier d'une prise en charge sanitaire ?

Au niveau des DDASS :

Nous avons cherché à apprécier la forme et le contenu de quatre « activités charnières » :

- Le travail et la composition de l'équipe de la DDASS chargée de recevoir les UD ayant eu une IT notifiée et son fonctionnement concret.
- Les critères du médecin pour décider de l'orientation de l'UD et du type de prise en charge. Existe-t-il un éventail de prises en charge possibles (structures de soin ou à vocation plus sociale) ? Quels sont les UD pour lesquels une orientation n'est pas jugée nécessaire ?
- Les relations entre la DDASS et les structures ou les professionnels qui prennent en charge les UD. Ces relations sont-elles formalisées, fréquentes et à quel propos ?
- La forme et la qualité du suivi administratif par la DDASS des UD pris en charge à travers l'IT : outil informatique, procédures intégrées de relance de la personne ou des structures de soin et bilan en fin de parcours, retours réguliers de l'information au parquet ?

L'importance de l'intérêt accordé par les différents acteurs en charge de l'IT au parquet et à la DDASS est également un item abordé de façon transversale qui permet à la fois de connaître leurs représentations et leurs motivations face à l'IT, comme la place qu'ils lui accordent dans la lutte contre la drogue.

2 - CADRE LÉGAL DE L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE

La loi du 31 décembre 1970 représente le socle juridique de référence de l'IT, tandis que ses modalités opérationnelles concernant l'éligibilité des usagers de drogue interpellés, la répartition des rôles entre le parquet et la DDASS et la mise en œuvre de l'IT elle-même sont l'objet de circulaires successives entre 1971 et 1995. Outre les modalités techniques d'application de la mesure, ces circulaires dessinent le cadre philosophique évolutif de l'IT tel que l'ont envisagé les pouvoirs publics.

La loi du 31 décembre 1970

La loi du 31 décembre 1970 (décret d'application 19 août 1971), votée dans le contexte particulier d'une augmentation préoccupante de la toxicomanie, a créé le délit d'usage de substances illicites quelles que soient les circonstances de consommation et l'injonction thérapeutique. Cette loi est toujours en vigueur aujourd'hui.

Si la loi entend privilégier, soit les mesures alternatives à la poursuite soit les « mesures de sûreté » (même si ce dernier terme a été supprimé du Nouveau code pénal) pour l'usager de drogue entrant dans la chaîne

judiciaire, celui-ci reste, conformément à l'article 628 du Code de santé publique, passible d'une peine conséquente au délit de consommation. Ainsi, l'usager de l'une des plantes ou substances classées comme stupéfiants encourt un an d'emprisonnement et (ou) 25 000 F d'amende (L 628).

Alors que les peines prévues pour les autres infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS), c'est-à-dire le trafic, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre se trouvent dans le Code pénal (cf. Section IV : *Du trafic de stupéfiants -art. 222-34 à 222-37*), l'infraction pour usage est, elle, intégrée au Code de santé publique. La volonté du législateur semble donc effectivement pencher, dès le départ, en faveur d'une réponse médicale et sanitaire à l'usager de drogue. C'est d'ailleurs ce qui ressort de la première circulaire interprétative du 28 septembre 1971 qui considère le toxicomane comme « un malade », « un sujet en péril qui a besoin de protection ».

La loi a instauré un système original qui prévoit à tous les stades de la procédure pénale un traitement à la fois judiciaire et sanitaire de l'usager de drogue. Tout d'abord, en amont de la procédure pénale, le PR a la possibilité de choisir de suspendre les poursuites si l'usager accepte de subir « *une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale* » (L 628-1). Il s'agit de l'IT à proprement parler, même si la loi de 1970 n'emploie pas encore ce terme qui apparaîtra pour la première fois dans une circulaire de 1984.

Au stade du juge d'instruction, en cas d'ouverture d'information, celui-ci peut, en cas de mise en examen, assortir le contrôle judiciaire d'une obligation de soins c'est à dire « *une cure de désintoxication et des mesures de surveillance médicale* » (L 628-2). Le non-respect de cette obligation peut entraîner la mise en détention provisoire.

Enfin au stade de la juridiction de jugement, la peine, en général de sursis avec mise à l'épreuve, peut être également assortie d'une obligation de soins (L 628-3).

Dans les trois cas, le choix de la mesure est une opportunité à la disposition du magistrat, tandis que l'intéressé a la possibilité de refuser cette alternative, soit à la poursuite, soit à la détention, soit à l'emprisonnement.

Les circulaires d'application de la loi de 1970 en matière d'IT

Jusqu'à ce jour au nombre de 9, les circulaires sur l'IT se répartissent en deux grandes périodes :

- les 4 premières couvrent la période de 1971 à 1986 : celles du 28 septembre 1971, du 30 mars 1973, du 17 mai 1978, du 20 novembre 1984 ;

- les 5 suivantes, occupent la période de 1987 à 1995 : celles du 12 mai 1987, du 23 mars 1992, du 14 janvier 1993, du 15 février 1993, du 28 avril 1995.

Le choix d'une telle répartition s'explique par la place particulière qu'occupe la circulaire de 1987 : elle marque un tournant conceptuel et organisationnel de l'IT. Jusqu'à cette date, les différentes circulaires restent peu précises, n'ajoutant pratiquement rien aux contours définis pour l'IT dans la circulaire du 28 septembre 1971. Alors qu'au cours de la première période, très peu d'attention est accordée à la description du fonctionnement de l'IT, à partir de 1987, les circulaires deviennent plus précises et traduisent une évolution de son contenu.

La définition légale de l'IT entre 1971 et 1986

La première circulaire du 28 septembre 1971 établit de façon assez schématique la répartition des rôles entre le parquet et la DDASS : au parquet revient la décision d'attribuer l'IT, éclairée normalement par les résultats d'une enquête rapide de personnalité ; à la DDASS est confiée la triple mission de mettre en contact l'usager venant de recevoir une IT avec un médecin, de contrôler la mesure et de faire un retour au parquet sur le suivi de l'IT. Cette circulaire a la particularité d'ajouter à la cure de désintoxication, seule perspective de traitement envisagée par la loi de 1970, la possibilité d'une simple surveillance médicale ; le choix entre les deux étant fait au vu des résultats d'une enquête familiale, professionnelle et sociale menée par la DDASS.

La circulaire suivante du 30 mars 1973 évoque, elle, la possibilité de « *visites régulières chez le médecin* ».

La circulaire du 17 mai 1978, qui fait suite au rapport Pelletier, est la première à donner quelques indications sur le type d'UD pouvant bénéficier de l'IT : elle n'est pas adaptée aux usagers de haschisch et elle peut être octroyée à ceux qui auraient déjà reçu plusieurs avertissements.

La dernière circulaire de cette période, celle du 20 novembre 1984, est remarquable à deux titres : d'une part, elle est la première à employer explicitement le terme d'« *injonction thérapeutique* » et, d'autre part, elle ajoute à la prise en charge sanitaire la possibilité d'un volet social dans le cadre de l'IT.

Évolution de l'IT à partir de la circulaire du 12 mai 1987

La circulaire du 12 mai 1987, qui abroge par ailleurs les précédentes, est la première d'une série de circulaires importantes qui en compte 4 entre

1987 et 1995 : elles fournissent à l'IT le véritable cadre d'action qui lui faisait défaut. À partir de 1987, toutes les circulaires sont interministérielles, ce qui n'était pas le cas auparavant.

Cette circulaire vise tout d'abord à relancer une mesure dont il apparaissait clairement qu'elle était sous-utilisée ; cet objectif, il faut le souligner, deviendra un rituel auquel aucune des circulaires suivantes ne manquera. Dans cette perspective, le texte de la circulaire de 1987 apporte des précisions concrètes sur trois points :

- il fournit, pour la première fois, une définition claire du candidat à l'IT : « *usager d'habitude présentant des signes d'intoxication ou reconnaissant se livrer régulièrement à la consommation de stupéfiants* » ;
- il recommande que les procédures pour usage soient traitées par un magistrat spécialisé du parquet ;
- il ajoute aux trois missions de la DDASS précédemment évoquées, celle d'orientation tout en insistant sur l'importance du retour d'information au parquet qu'elle doit assurer.

En même temps, la circulaire de 1987 rompt avec la séparation entre drogues douces et dures. Même si ce point ne figure pas de façon explicite, mais en creux, puisque le critère retenu pour l'IT devient le niveau de consommation et de dépendance, alors que jusque là la référence était le produit. Notons qu'un tel changement s'inscrit dans la continuité du débat sur la drogue de 1986 et du tournant opéré vers une répression accrue et sans distinction de produits.

Les circulaires du 23 mars 1992 et du 15 février 1993 ne font qu'apporter des précisions sur le contenu des missions de la DDASS.

La circulaire du 14 janvier 1993 apporte, elle, une restriction quant aux conditions d'octroi d'une IT puisque, selon elle, tout délit de droit commun connexe à l'usage exclut la possibilité d'une IT, point sur lequel la circulaire du 28 avril 1995 opérera d'ailleurs un revirement en envisageant la possibilité d'une IT même dans ce cas.

La circulaire de 1995, représente le texte de référence actuel en matière d'IT : elle rappelle ou apporte des précisions sur chacune des étapes, depuis le traitement des procédures pour usage jusqu'à la mise en œuvre de l'IT. Elle est la plus précise dans ses prescriptions sur la définition du candidat à l'IT, pour la première fois référée à la fois au produit et à la consommation : « *tout usager d'héroïne ou de cocaïne et les gros consommateurs dépendants de cannabis ou qui associent la consommation de cannabis à*

celle d'autres produits ». Par contre elle ne précise rien de plus en matière de situation sociale Elle étend l'IT, ce qui est également nouveau, aux mineurs et plusieurs fois à un même UDI. Il est enfin rappelé, pour la première fois de façon explicite, qu'un usager pris dans le cadre d'une affaire où il y a eu ouverture d'information peut également bénéficier d'une IT (transmission du PV d'audition du juge d'instruction au parquet).

Si, sur le contenu même de l'IT, cette dernière circulaire n'apporte aucune information nouvelle, en revanche elle vient encadrer l'ensemble du processus de contraintes temporelles : traitement en temps réel des procédures pour usage par le magistrat, intervention la plus rapide possible de la DDASS après le passage au parquet, comptes rendus formels et réguliers de la DDASS au parquet qui doit être avisé en temps réel d'une éventuelle interruption. Pour le reste cette circulaire décrit les différentes configurations organisationnelles de la DDASS pour traiter les IT. Enfin, et probablement en écho au rapport Henrion (mars 1995), elle invite à une harmonisation des pratiques en matière d'IT à l'échelon national, correspondant à la volonté affichée de rationalisation.

À partir de cette présentation historique et analytique de l'IT légale, il paraît utile de développer certains aspects qui, à travers les textes législatifs, rendent compte de l'évolution de la conception de l'IT entre 1970 et 1995, et de ses enjeux fluctuants au gré des changements de la politique de lutte contre la drogue.

Évolution de la conception de l'injonction thérapeutique

Les évolutions importantes en matière d'IT concernent, pour l'essentiel, la définition des candidats à une IT, le traitement des procédures d'ILS et la répartition des rôles entre le parquet et la DDASS.

Définition des candidats à l'IT

Cette définition, dont l'utilisation par les SP et le parquet détermine la taille et la nature du public susceptible de bénéficier d'une prise en charge via l'IT, permet de discriminer les UD interpellés par deux voies : la qualification judiciaire de l'usager de drogue comme condition à l'accès à l'IT ; les conditions ou indications de l'IT.

La qualification des UD comme candidats à l'IT

Jusqu'en 1987, les seules définitions légales concernant le public des candidats à l'IT se trouvent dans des circulaires qui établissent la distinction entre le simple délit d'usage et les UD qui relèvent d'autres qualifications.

Les textes du ministère de la Justice (en l'occurrence de la Direction des affaires criminelles et des grâces) opèrent assez vite une distinction entre l'usager simple et le petit trafiquant et suggèrent, sans l'énoncer de façon explicite, de réserver l'IT aux seuls usagers. Les circulaires du 30 mars 1973 et du 17 mai 1978 font, elles, preuve d'une certaine tolérance à l'égard de ceux qui détiennent de la drogue en petite quantité pour leur consommation personnelle. Ces deux circulaires suggèrent d'assimiler cette infraction au simple usage. La circulaire du 30 mars 1973 préconise même de retenir la seule qualification d'usage « *en cas de transport, importation, exportation ou acquisition lorsque la quantité minimale de stupéfiants transportée, importée, exportée ou acquise permettra de penser qu'elle est destinée à l'usage exclusif du délinquant* ». Cette tolérance relative à l'égard de celui qu'on appellera plus tard l'« usager-trafiquant » (circulaire du 17 septembre 1984) ne figurera plus dans les circulaires suivantes.

À partir de la circulaire de 1987, une attitude de fermeté à l'égard de ce public est au contraire préconisée, qui incite le parquet à engager des poursuites lorsque les actes de trafic l'emportent sur l'usage. Position par ailleurs énoncée par la loi du 17 janvier 1986 qui incrimine expressément le deal : la « *cession en vue de la consommation personnelle* » est une nouvelle infraction entraînant la comparution immédiate depuis la circulaire du 23 janvier 1986. L'évolution répressive est reprise dans la circulaire du 12 mai 1987 selon laquelle « *il faut poursuivre en priorité les actes de trafic dans le cas de l'usager-trafiquant* ». De même, la poursuite doit être la règle en cas de délit de droit commun connexe à l'usage.

Les indications de l'IT

Jusqu'en 1987, on s'était contenté de distinguer entre UD pouvant relever d'un simple avertissement et ceux pour lesquels une IT était jugée nécessaire. De fait, cette distinction s'est maintenue jusqu'à nos jours, l'IT n'étant qu'une des réponses possibles à l'usage de drogue que le parquetier peut décider de retenir, sur des critères de gravité-bégnité de la consommation. La distinction s'est d'abord fondée sur le produit : la circulaire du 17 mai 1978 considère que l'IT n'est pas adaptée aux usagers de haschisch pour lesquels il faut préférer « *une simple mise en garde assortie d'une invitation à rendre visite à un médecin ou à une association spécialisée pouvant apporter une aide psychologique ou éducative* ». Autrement dit, la circulaire recommandait de ne pas proposer d'IT à ces UD, sans pour autant laisser entendre qu'aucune démarche sanitaire n'était indiquée pour eux.

Par la suite, cette distinction s'est opérée à partir du niveau de consommation et de la situation sociale. La circulaire du 12 mai 1987 marque un changement

notable : non seulement elle donne pour la première fois une définition positive du candidat à l'IT, c'est-à-dire quelles sont les caractéristiques qui le rendent apte à en bénéficier, et non plus seulement une définition par la négative, mais de plus elle se fonde sur des critères médicaux liés à l'estimation de la dépendance au produit. Depuis la circulaire de 1987, l'IT est indiquée pour « *l'usager d'habitude qui présente des signes d'intoxication ou qui reconnaît se livrer régulièrement à la consommation de stupéfiants* ». L'avertissement, sorte de mise en garde prononcée soit par le magistrat du parquet soit directement par l'OPJ, doit être préféré pour l'« usager occasionnel » bien inséré. Enfin, la circulaire du 28 avril 1995 ne fait que prescrire le classement immédiat pour l'usager occasionnel. Notons que, contrairement aux circulaires précédentes, l'UD relevant d'un avertissement n'est pas clairement désigné alors que le candidat à l'IT l'est de façon explicite. Désormais, le candidat à l'IT est défini *per se* et l'avertissement n'est plus que son reliquat, ce qui illustre une inversion traduisant un souci d'éclaircir la distribution de l'IT.

Ainsi, depuis la loi du 31 décembre 1970, le silence relatif des textes, voire leur manque de cohérence ou même leurs contradictions quant à la qualification de l'UDI et du candidat à l'IT, laissait aux parquetiers une marge de manœuvre conséquente.

Évolution du traitement des procédures pour usage

Avant 1987, les circulaires sur l'IT ne définissaient pas la façon par laquelle devaient être traitées les procédures d'ILS-usage. Depuis la circulaire du 12 mai 1987, les directives concernant le traitement des procédures pour usage par les SP et le parquet sont rattachées au fonctionnement global de l'IT. Depuis cette date, il est précisé *que tout fait d'usage doit être constaté par procès verbal par les services d'enquête et transmis au parquet et traité, si possible par un magistrat spécialisé*. C'est-à-dire que ce type d'infraction ne peut faire l'objet d'une simple inscription en main courante. Ce point est encore rappelé dans les circulaires du 15 février 1993 et du 28 avril 1995.

La circulaire du 28 avril 1995 marque une nouvelle évolution en imposant des contraintes de temps : la signalisation des ILS par les SP au parquet doit être faite à la suite de l'interpellation, c'est-à-dire en privilégiant le traitement en temps réel et en limitant le délai de convocation au parquet pour la notification de l'IT à 8 jours. Elle laisse entendre par ailleurs qu'il serait préférable, quand cela est possible, de déférer les usagers.

Ainsi depuis 1987, l'évolution des consignes au sujet du traitement des procédures d'usage va dans le sens d'une plus grande précision et d'une

meilleure adaptation des procédures à une distribution plus effective de l'IT. C'est la première circulaire qui souligne l'importance d'une intervention la plus rapide possible du magistrat du parquet dans la procédure, afin de réduire la latitude discrétionnaire des SP dans la qualification des UDI. Allant dans le même sens, la spécialisation d'un parquetier dans les ILS est également fortement encouragée.

Répartition des rôles

Rôle du parquet

Depuis la circulaire de 1971, la décision de l'IT revient au magistrat du parquet seul et ce point n'a jamais varié. La circulaire du 28 avril 1995 précise qu'il est préférable que la mesure, la notification de l'IT, soit prononcée par un magistrat spécialisé du parquet et exclut qu'elle puisse l'être par l'OPJ, rendant par là illégales certaines pratiques résiduelles.

Par ailleurs, dès la circulaire de 1971, il était demandé au parquet de diligenter « *une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'usager* » pour tout candidat à l'IT, avant de décider de prononcer une IT. Proposition régulièrement renouvelée dans les circulaires suivantes. La circulaire de 1995 qui le rappelle également, suggère en outre au parquet d'associer la DDASS à la définition des critères généraux conduisant à prononcer l'IT.

Rôle de la DDASS dans la mise en œuvre de l'IT

Depuis la circulaire du 28 septembre 1971, les trois missions de base attribuées à la DDASS ont assez peu varié : faire en sorte que l'UD à qui une IT a été notifiée bénéficie d'une prise en charge sanitaire ; contrôler le déroulement de l'IT ; informer le parquet du déroulement de l'IT. Les circulaires suivantes vont préciser les modalités de ces trois missions et en ajouter une quatrième.

Sur la première mission, les modalités pratiques ne la prévoyaient que sous la forme « *de la rencontre entre l'UD et un médecin* » sans autre précision jusqu'en 1995. La circulaire de 1995 précise ces modalités en prévoyant trois types de prises en charge possibles : le « suivi thérapeutique » peut être assuré, soit par un médecin habilité par la DDASS, soit par un centre spécialisé en toxicomanie, soit encore au sein même de la DDASS à condition que le nombre d'UD suivis soit limité.

Sur la seconde mission, le suivi de l'IT en vue d'en contrôler la conformité du déroulement, les textes sont restés beaucoup plus discrets. Ce contrôle soulève en effet, entre autres, le problème délicat des relations entre la DDASS et les structures de prise en charge, ainsi que celui du secret médical.

La troisième mission, le retour d'information au parquet, est précisée dans les circulaires du 12 mai 1987, 23 mars 1992 et 15 février 1993. La DDASS doit tenir le parquet au courant du début de l'IT, de sa fin ainsi que d'une éventuelle interruption, du fait que ces événements conditionnent le classement des poursuites. Il est par ailleurs conseillé aux parquets d'entreprendre les poursuites en cas d'interruption. Les précisions sur les modalités pratiques de ce retour d'information sont apportées par la circulaire de 1995 qui demande de façon insistante aux DDASS de transmettre au parquet un relevé d'information mensuel ; il est également précisé que le parquet doit tenir compte des retours faits par la DDASS et poursuivre l'UD en cas de non observance du traitement.

La quatrième mission confiée à la DDASS par la circulaire du 12 mai 1987, confirmée par celle de février 1993, est celle de l'orientation des UD. Cette mission est née du constat d'une offre de traitements ou de prises en charge de plus en plus diversifiée parmi lesquels les DDASS pouvaient choisir. L'intégration dans l'IT de cette diversité des prises en charge ne s'est pas faite du jour au lendemain et sans à-coups. En effet, la transition d'une conception purement médicale à une autre, plus large, prenant en compte les différents types de fragilités ou de causalités liées à l'usage de drogue s'est faite en trois temps.

Dans un premier temps, au cours des années 70, la conception médicale est exclusive : au début limitée au recours à la cure de désintoxication, elle a été progressivement élargie par les circulaires à d'autres modes de prise en charge médicale. Par la suite, dans les années 80, la perspective change. D'une approche purement médicale de l'IT, on passe à une approche concurrente, pluridisciplinaire de la toxicomanie. Mais l'hésitation entre les deux conceptions est visible. En effet, c'est la circulaire du 17 septembre 1984 qui ouvre la voie à une diversification des modes de suivi en rendant possible le recours à une prise en charge mixte par une équipe socio-éducative travaillant en étroite liaison avec le médecin. En revanche, la circulaire du 12 mai 1987 revient, elle, à la conception primitive d'une « orientation vers la structure médicale la plus adaptée ». Enfin, la circulaire du 15 février 1993 revient à une conception diversifiée de la prise en charge qui est véritablement officialisée sous la mention d'un « suivi social, médical et psychologique ». Conception confirmée par la circulaire de 1995.

Un dernier point : les moyens financiers mis à la disposition des DDASS pour assurer leur rôle dans l'IT. La circulaire du ministère des Affaires sociales du 1er octobre 1996 précise les modalités d'attribution des crédits destinés à l'IT (ligne budgétaire de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) : chap 37-13/10). Le budget alloué pour chaque DDASS est déterminé en fonction du volume d'IT traitées au cours des années 1994-95 et de la présence d'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes dans le département. À partir de là, les DDASS qui ont moins de 5 IT reçoivent 5 000 F pour payer quelques vacations à un médecin et celles qui en ont entre 5 et 10 reçoivent 10 000 F. Une autre somme est prévue quand un service spécifique pluridisciplinaire est jugé nécessaire.

En conclusion, l'évolution perceptible dans les textes au cours de ce quart de siècle montre une prise en compte progressive de la complexité de l'usage de drogue et du besoin conséquent d'ouvrir l'IT, vers une approche visant plus d'efficacité. Depuis 1987, les circulaires invitent les autorités judiciaires, sanitaires et sociales à une meilleure coopération en leur suggérant de l'ancrer dans un cadre institutionnel. Ainsi la circulaire du 14 janvier 1993 incite le PR et le directeur de la DDASS à signer une Convention départementale d'objectifs en matière de toxicomanie et rattache l'IT à la politique de la ville. Quelques départements et TGI ont signé de telles conventions. Enfin, la circulaire de 1995 reprend ce souci d'une meilleure articulation entre les missions des différents acteurs en encourageant les deux institutions à signer des « contrats d'objectif » en matière d'IT. Cette volonté de rattachement de l'IT à une politique plus large est également sensible dans le domaine judiciaire puisque la circulaire de 1995 la replace dans le cadre des mesures de la politique de diversification des réponses judiciaires alternatives à la poursuite et au classement « sec » des procédures. D'accessoire, l'IT a donc été élevée, au fur et à mesure des circulaires, au rang de véritable programme au sein de la politique de lutte contre la drogue.

CHAPITRE II

LA CONSTRUCTION DE LA NOTIFICATION DE L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE

La notification par le parquet d'une IT à certains UD interpellés se présente comme une étape déterminante de l'effectivité de l'IT. De ses conditions et modalités de mise en oeuvre dépendra le nombre d'UD qui pourront être pris en charge, et cela de façon irréversible ; par la suite, ce nombre ne pourra en aucun cas être augmenté, et en fait, il s'avèrera toujours réduit. La principale caractéristique de cette décision, est d'être sous la dépendance directe de l'activité répressive des SP. En effet, si le pouvoir de décision attribué au parquet pour accorder l'IT concerne la population des UD interpellés par les SP, cette population est largement déterminée par des facteurs extérieurs au parquet. Ces facteurs sont d'une part le niveau de l'activité répressive s'exerçant sur la population des UD et, d'autre part, l'importance de la sélection qu'opèrent les SP sur les UD, dont seule une partie se retrouvera en contact avec les parquets comme candidats à l'IT. Ces deux facteurs ont un impact quantitatif direct, mais aussi un effet qualitatif à travers les critères sélectifs utilisés. Autrement dit, la décision d'accorder une IT, prérogative formellement attribuée au parquet, est en grande partie pré-déterminée en amont et pour partie co-déterminée à travers l'interaction SP/parquet. Bref, la décision définit la population des candidats à l'IT que la notification réalisée au parquet formalise.

Le contexte local de lutte contre la drogue représente donc le premier et probablement le principal facteur macroscopique de distribution de l'IT. De l'importance accordée à la lutte contre la drogue, des stratégies locales mises en oeuvre par les SP et de leurs effets sur le public des UD, dépendent le nombre et le profil des UD qui seront présentés au parquet comme candidats à l'IT. Ce cadre général répressif dans lequel s'inscrit l'IT peut varier dans ses traductions opérationnelles en fonction des interactions des SP avec les parquets. D'une part, les choix stratégiques de lutte contre la drogue ne sont pas mis en oeuvre sans un accord du parquet, d'autre part

les critères déterminant la qualification des UD sont en général établis également en relation avec le parquet. Mais la mise en oeuvre de la politique par le parquet, adaptation locale de la politique nationale, reste subordonnée à l'application ou non de ces critères par les SP. Dans cette perspective, les procédures établies localement pour encadrer les interactions entre les SP et le parquet représentent un élément essentiel de la maîtrise par le parquet de la distribution de l'IT. Ces trois facteurs - stratégie locale de lutte contre la drogue, interactions SP/parquet conduisant à l'application des critères de qualification des UD interpellés et dispositifs organisationnels encadrant les interactions SP/parquet - déterminent les contours du public des candidats à une IT. S'il n'est pas toujours possible de montrer les effets quantifiés de ces différents facteurs, il est possible d'en montrer l'impact sur la taille et la nature du public à qui sera proposée une IT.

Ce chapitre porte sur la séquence qui va de l'interpellation des UD par les SP à la notification d'une IT à une partie d'entre eux par les parquets. La notification de l'IT ne fait que rendre apparent, sur le plan quantitatif et qualitatif, le produit d'un processus au cours duquel les interactions entre SP et parquets s'organisent autour d'une dynamique sélective compatible avec la stratégie locale de lutte contre la drogue. La connaissance de ce processus et des enjeux correspondants permet de répondre à la question : qui parmi les UD interpellés se verra notifier une IT, à quelles conditions et combien ? Pour en rendre compte le chapitre sera découpé en cinq sections : la 1 traitera de l'impact de la lutte et des stratégies locales de lutte contre la drogue sur la distribution de l'IT ; la 2 portera sur la politique du parquet et les critères de différente nature retenus pour sélectionner les candidats à l'IT ; la 3 exposera les moyens organisationnels mis en place par les parquets pour mieux maîtriser la distribution de l'IT ; la 4 portera sur les modes de transition des UD et sur leurs effets en termes de déperdition entre la décision formelle d'accorder une IT à un UD et sa notification au parquet ; enfin la section 5 exposera les différentes modalités de la transmission de l'UD aux autorités sanitaires et leurs conséquences.

1 - LA LUTTE CONTRE LA DROGUE DANS LA DISTRIBUTION DE L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE

Parmi les multiples facteurs à l'origine de la taille de la population des candidats à l'IT, et donc des variations observées entre les TGI de notre échantillon, la lutte contre la drogue figurée par les stratégies locales mises en oeuvre par les SP est le plus déterminant. Bien qu'extérieur au champ

de notre recherche, ce facteur a pu être abordé à travers les entretiens avec les membres du parquet, concepteurs et acteurs associés aux SP dans la lutte contre la drogue dont la distribution de l'IT est indissociable. Ce sont donc moins les stratégies locales qui seront exposées que la place qu'y occupe l'IT, à partir des relations que ces deux versants d'une même activité entretiennent.

L'IT est un sous-produit de l'activité répressive en matière de drogue puisque sa distribution concerne les seuls UD interpellés. Ces interpellations traduisent les stratégies mises en oeuvre localement qui peuvent varier selon les lieux. Si, en principe, les stratégies policières traduisent la politique du parquet, la réalité opérationnelle laisse aux SP une marge de manoeuvre importante dont les effets sont sensibles sur les plans quantitatifs et qualitatifs, tant des UD interpellés que de la sélection des candidats à l'IT. Par ailleurs la distribution de l'IT varie aussi selon l'intérêt qui lui est accordé ou reconnu par les PR et plus largement les membres des parquets. Leur discours sur l'intérêt de l'IT, s'il ne reflète pas forcément la réalité des pratiques, est donc un élément d'information non négligeable qui sera exposé en préambule à cette section consacrée aux stratégies de lutte contre la drogue comme facteur (indirect et direct) de la distribution de l'IT.

Position des parquets sur l'intérêt de l'IT

Il a été possible d'identifier différentes positions des parquets sur l'intérêt qu'ils accordent à l'IT, conceptions qui sont en relation avec les règles de décision utilisées dans les 25 parquets étudiés. Trois types d'attitudes ont pu être relevés par rapport à la loi de 1970 et aux différentes circulaires relatives à l'IT dont le degré d'imprécision (sur le type d'usager, les produit et les quantités) laissait, jusqu'en 1987, une grande latitude aux parquets pour décider de les accorder. Une première attitude est construite sur une opposition farouche à l'IT que vient confirmer une absence totale d'IT prononcées dans les TGI représentant ce groupe. Il faut rappeler qu'en préalable à la constitution de notre échantillon, nous avons au départ écarté 24 départements, et donc les TGI correspondant (34), soit 23 % du total des 138 présents sur le territoire métropolitain, qui affichaient en 1994 un nombre d'IT nul. La plupart de ces départements (20) affichaient une prévalence d'interpellations d'UD basse, mais quatre élevée (cf. présentation de la méthodologie).

Parmi les 25 TGI retenus dans notre échantillon, 2 parquets (les deux présentant 0 IT) affichent cette opposition résolue à l'IT, et cela alors qu'ils sont confrontés à des prévalences élevées d'UD et d'interpellations d'UD par les SP (Tableau 2.1). Il faut noter que la liaison entre une opposition à

l'IT et zéro IT n'est pas la règle quand elle est abordée en sens inverse : afficher zéro IT est compatible avec un discours qui ne s'oppose pas à l'IT.

À l'opposé, un groupe de 11 TGI figure une seconde attitude, caractérisée par un intérêt pour l'IT, et enfin un troisième groupe, intermédiaire, est composé de parquets réticents (12 TGI) et/ou simplement résignés à se conformer aux directives nationales sur l'IT. Quelques TGI (2) se distinguent par un changement radical d'attitude au cours de l'année 1995, le procureur de l'un affichant une volonté de recourir à l'IT alors qu'il n'en avait notifié aucune en 1994, celui de l'autre s'affirmant déterminé à en développer l'usage. De plus, un parquet a tout simplement commencé à notifier des IT au début 1996. Même si ces attitudes à l'égard de l'IT ne préjugent pas de leur traduction, elles ont leur importance, surtout pour suivre les pratiques des TGI des groupes II et III.

Tableau 2.1 - Position des parquets sur l'IT (n TGI =25)

TGI	Opposés à l'IT	Réticents à l'IT	Intérêt manifesté à l'IT
cat. A	1 - 9	5 - 6 - 3	2 - 4 - 7 - 8 - 10*
cat. B		1 - 2 - 4 - 5	3 - 6
cat. C		2 - 6	1 - 3 - 4 - 5
cat. D		1 - 2 - 3	
Total	2	12	11

* Parquet ayant changé d'attitude en 1996 (nombre d'IT nul et devant figurer dans le groupe I)

Le nombre de TGI qui, soit dénie l'IT, soit chez lesquels domine un sentiment d'incrédulité sur son intérêt, représente donc plus de la moitié de l'échantillon, même si ce pourcentage semble en légère diminution depuis la circulaire de 1995. Mais quelle que soit l'attitude à l'égard de l'IT, les membres des parquets sont divisés sur sa fonction et sur ses objectifs qui se répartissent dans les deux directions propres à l'IT : la judiciaire et la sanitaire. Il est bon d'évoquer ces fonctions, telles qu'elles sont formulées par les membres du parquet, tout en soulignant que si la plupart en privilégient une, certains cherchent à en concilier plusieurs.

La fonction judiciaire, le plus souvent évoquée, est d'apporter une réponse adaptée à des UD pour lesquels la punition semble impropre et le simple avertissement insignifiant. Certains insistent sur l'importance du rappel à la loi par le substitut qui, par son caractère solennel, a, selon eux, un impact non négligeable sur des usagers encore « récupérables ». Enfin, d'autres

voient dans l'IT un échelon de plus dans la panoplie judiciaire capable de poser les termes d'un contrat applicable en cas de récidive. Bref, l'IT est considérée comme un instrument de diversification de la réponse judiciaire qui, en fait, permet surtout d'éviter le classement sec de la procédure, de moins en moins bien perçu et accepté par l'opinion et les pouvoirs publics.

Les fonctions sanitaires, et plus récemment sociales, ainsi que les objectifs espérés de l'IT sur la consommation de drogue sont quant à eux confusément perçus par les membres des parquets. À la question « à quoi sert l'IT fournie à l'usager de drogue ? », la réponse varie : certains considèrent que ce service devrait traiter (guérir de) la dépendance, même s'ils doutent de sa réalité, d'autres qu'elle viserait à réduire les risques d'escalade en termes de quantité et de produit et d'autres enfin, y voient une réponse possible à des problèmes sociaux dont l'addiction serait le symptôme. Dans tous les cas et quel que soit le produit consommé, le fait de mettre en contact l'UD avec des structures sanitaires et/ou sociales, est la principale fonction de l'IT pour ceux qui lui accordent un bénéfice sanitaire

Une fois esquissé ce cadre conceptuel ou « idéologique » qui prédétermine les choix en matière d'IT, la décision concrète de notifier ou non une IT est en premier lieu, pour le parquet, fonction de la fréquence avec laquelle il se trouvera en contact avec des UD, résultat d'un processus sélectif dont l'origine se situe sur le terrain opérationnel de la lutte contre la drogue.

Stratégies locales de lutte contre la drogue

Le premier facteur explicatif du nombre des IT notifiées à l'échelle départementale est la prévalence des UD. Cette prévalence est à la fois inconnue et variable d'un département à l'autre. Sa connaissance ne peut être appréhendée que de façon indirecte, à travers le nombre d'interpellations comptabilisées sous la référence d'ILS-consommation dans chaque département. La prévalence d'UD interpellés ne correspond donc pas à la prévalence réelle de ces derniers dans un département donné, mais à l'activité des SP qui peut varier en rapport avec elle. En effet, d'une part les SP peuvent moduler leur activité répressive en direction des UD, d'autre part ils peuvent qualifier les UD qu'ils interpellent selon des conceptions variées : ces deux choix se jouent sur le terrain de l'action répressive et figurent un des aspects de leur stratégie de lutte contre la drogue. Ainsi, dans certains départements, une activité importante des SP contre les UD peut être constatée (catégorie A) au point de représenter près de 80 % de l'ensemble des ILS, alors que dans d'autres ce pourcentage s'établit autour de 50%. Dans les grandes agglomérations urbaines, là où la consommation

de drogue est à la fois importante et a priori également accessible aux SP (certains TGI des catégories A et B), les écarts sont tout aussi importants, indiquant par là une attention variable pour les UD et des stratégies différentes de lutte contre la drogue. Quoi qu'il en soit, moins les SP s'intéresseront aux UD, plus la population des candidats à l'IT sera restreinte, laissant ainsi hors du champ de l'IT une partie importante de ceux qui sont susceptibles de correspondre à ses indications. Ce premier constat est important car il aboutit à un paradoxe : si l'IT se justifie bien par un bénéfice potentiel pour l'UD, une faible activité des SP en direction des UD est une cause majeure de son faible usage par le parquet, quelle que soit par ailleurs sa politique en la matière. Autrement dit, s'il n'y a pas d'IT sans UD interpellés, le nombre d'IT dépendra des cibles privilégiées par les SP face à la drogue. Cette relation structurelle posée entre activité répressive et IT, il est intéressant de passer en revue différents facteurs qui, à l'intérieur des stratégies locales de lutte contre la drogue, déterminent la taille et les contours de la population des candidats à l'IT.

Les stratégies locales de lutte contre la drogue peuvent accorder une priorité absolue à la répression du trafic et donc un intérêt prioritaire aux affaires (grosses quantités, réseaux, filières), et en corollaire porter une attention limitée aux usagers simples peu ou mal insérés dans ces réseaux. Les seuls UD intéressants pour les SP sont, dans cette perspective, ceux qui pourraient fournir des informations et des témoignages sur ces réseaux. Dans ce cas, leur importance stratégique les rend peu susceptibles de recevoir une IT, ou seulement au terme de l'information menée par le juge d'instruction. Ainsi, les SP en sélectionnant leur cible d'UD contribuent directement à réduire la distribution de l'IT d'autant plus que ces UD jouent un rôle important dans leur stratégie locale de lutte contre la drogue : un UD interpellé au cours d'une affaire et éligible à l'IT est un UD détourné, ou perdu pour l'investigation policière et judiciaire.

L'absence ou la présence de services de police spécialisés dans la lutte contre la drogue détermine également la nature et la taille du public interpellé et donc susceptible de recevoir une IT, sans qu'il soit possible ici de rendre compte de cet impact. Dans les villes où existe une brigade des stupéfiants, l'activité répressive diffère de celles où la lutte contre la drogue est la propriété de l'ensemble de la police nationale. L'une des traductions de cette distinction est que la première utilise le traitement en temps réel des UD interpellés comme une règle, alors que la seconde a en la matière des attitudes pour le moins variables, un décalage temporel entre les faits et l'information du parquet étant souvent observé. On peut également relever que les brigades spécialisées fournissent plus fréquemment au parquet des procédures pour usage simple.

L'importance des interpellations par les services des douanes dans certaines régions frontalières et leur propension à privilégier des transactions douanières à la suite d'une saisie de stupéfiants jouent également. Selon les quantités saisies, les services des douanes sont en mesure soit de court-circuiter le parquet avec son accord (une transaction sur des petites quantités équivalent à un classement validé a posteriori par le parquet), soit d'aviser le parquetier qui pourra décider de convoquer l'UD pour une IT ou d'enclencher des poursuites.

Ainsi, d'une part les SP sont largement autonomes pour désigner les cibles en matière d'ILS, d'autre part les parquets sont totalement impliqués dans les stratégies locales de lutte contre la drogue. Les relations qu'ils entretiennent sont empreintes d'interdépendance, mais peuvent être soumises à des tensions quand il s'agit de qualifier les ILS, et en particulier celles pour usage. Les règles de décision vis-à-vis des UD interpellés peuvent être ainsi plus ou moins à l'initiative des services de police et échapper au contrôle direct et régulier du parquet. De plus, tous les usagers interpellés par les SP n'entreront pas en contact avec le parquet. Deux cas de figure permettent cette défection : soit un « classement » direct de l'infraction par les SP (dans le cas où il n'y a pas eu de garde à vue à proprement parler), soit un avertissement directement émis par l'OPJ par délégation du parquet sur la base des critères établis en fonction des produits et des quantités. L'important est donc que les SP se trouvent de fait dispensés, dans un certain nombre de cas variables selon les lieux, de l'interaction avec le parquet, celui-ci n'intervenant que pour valider leur décision de classement.

2 - SÉLECTION DES USAGERS DE DROGUES ET CRITÈRES DE DÉCISION

La sélection des UD interpellés est le second facteur important de la construction de la population des candidats à l'IT. Elle s'effectue sur la base de critères de différente nature qui concourent à qualifier l'UD de candidat (ou non) à l'IT. Parmi ces familles de critères, l'ILS et ses circonstances d'interpellation des UD tiennent une place décisive, mais non exclusive. Or, le constat de l'ILS fait sur le terrain par les SP leur confère un pouvoir de qualification important, même s'il s'exerce en interaction avec les parquets dont ils dépendent. Les SP qui cherchent à privilégier leurs objectifs opérationnels disposent d'une latitude d'autant plus grande que les imprécisions en matière de qualification de l'ILS sont réelles et que les parquets ne se dotent pas de moyens pour la réduire. Deux situations extrêmes balisent un *continuum* figurant ces interactions au cours desquelles se

décide la candidature des UD à l'IT : d'un côté, le parquet peut se contenter d'enregistrer les qualifications produites par les SP ; de l'autre, il peut leur donner des consignes strictes et surtout se doter de moyens pour contrôler la qualification des ILS-usage.

Au cours de cette séquence qui permet de passer de l'ensemble de la population des UD interpellés à celle de ceux susceptibles de recevoir une IT, le parquet, en relation avec les SP, se trouve en position de mettre en oeuvre sa politique en matière d'IT de façon indirecte, à travers la qualification proposée par les SP et directe en utilisant certains critères. Deux éléments distincts mais interdépendants vont concourir à la construction du public des candidats à l'IT : la politique du parquet à travers les différents critères utilisés pour qualifier l'ILS et l'UD interpellé ; les moyens organisationnels dont ils se dotent pour contrôler les qualifications policières et donc mieux maîtriser la distribution de l'IT. Dans cette section, seront exposés la place de la politique des différents parquets et leur traduction sous forme de critères pour sélectionner les candidats à l'IT, tandis que la section suivante (section 3) sera consacrée aux moyens organisationnels dont ils se dotent pour maîtriser la distribution de l'IT.

Économie générale de la sélection des usagers de drogues

Quelle que soit l'attitude des SP sur le terrain, la qualification des ILS s'appuie sur un certain nombre de critères et de règles de décision qui constituent la politique du parquet en matière de lutte contre la drogue. Si les critères à partir desquels sont sélectionnés les UDI en vue de l'IT sont spécifiques, en fait ils s'intègrent dans la même politique et dans la même procédure : la sélection des UD en vue de l'IT est indissociable de la qualification des ILS. Pour être effective, la politique du PR suppose la mise en place de critères communs et explicites pour qualifier l'infraction ILS et d'en vérifier l'application par les SP. Successivement, seront exposés dans cette section : la place de la politique du parquet dans la distribution de l'IT ; les différentes catégories de critères utilisés par les parquets pour qualifier et sélectionner les UD en vue de l'IT ; la place accordée à l'enquête de personnalité selon les TGI ; l'attitude des parquets face aux UDI impliqués dans des affaires importantes de drogue.

A. Politiques des parquets

On constate tout d'abord qu'en matière d'IT, les parquets accordent une moindre importance à la politique nationale, telle qu'elle est définie dans la loi de 1970 et les différentes circulaires, à laquelle ils substituent leur

politique locale. Certes, les raisons sont multiples pour justifier une certaine souplesse revendiquée au nom d'un pragmatisme et d'une efficacité dont chacun se considère seul juge. L'hétérogénéité de la distribution de l'IT se vérifie dans ce constat d'une autonomie affirmée de la politique locale du parquet de lutte contre la drogue. Second constat : l'application des critères opérant la sélection des UD est en fait réalisée par les SP à travers la qualification des ILS et des modalités dont ils rendent compte au parquet. Ces constats généraux traduisent deux phénomènes : le premier, identifié depuis longtemps, est l'inégalité de traitement pour ceux qui en sont l'objet ; le second est la nature systémique de la distribution de l'IT qui permet de relativiser le poids et l'autonomie de choix des PR sur ce point. Leur interdépendance avec les SP, tant en matière de lutte contre la drogue que d'IT, limite leur capacité à s'écarter de choix bien structurés sur des pratiques ancrées. C'est pourquoi, si un changement de PR peut parfois se traduire par un changement de politique en matière d'IT, il n'équivaut pas pour autant à un changement radical de la distribution de l'IT, sur lequel son pouvoir reste réduit. Autrement dit, si la politique concernant l'IT dépend aussi du PR et de sa volonté, tout changement de politique trouve ses limites dans ses conséquences anticipées sur les relations avec les SP et sur la stratégie de lutte contre la drogue.

L'établissement par les parquets de critères pour sélectionner les UDI en vue de l'IT s'inscrit dans la logique de réduction qui traverse l'ensemble de la chaîne de l'IT qui permet de passer d'un vaste public interpellé pour usage, à un autre, beaucoup plus restreint, qui bénéficiera d'une prise en charge. Cette première opération explicite de tri permet de répartir les UD en trois groupes : ceux qui ne méritent pas l'IT, ceux pour qui elle n'est pas nécessaire et ceux qui pourront en bénéficier. Cette séquence responsable de la dimension quantitative d'IT décidées et notifiées dans le contexte propre à chaque TGI repose sur une triple appréciation dont rendent compte trois groupes de critères : une appréciation de l'ILS-usage par l'application d'un certain nombre de critères permettant de désigner ceux qui pourront bénéficier de l'IT ; une appréciation sur la pertinence du recours à l'IT face aux différents types et degrés d'usages ; enfin, une appréciation sur la personne même de l'UD sur la base des informations disponibles sur son parcours antérieur. Ce sont autant de grilles restrictives permettant de ne retenir, conformément à la conception locale, que les « bons » candidats à l'IT. Autrement dit, il ne suffit pas d'être usager de drogue interpellé pour bénéficier d'une IT, mais il faut à la fois la mériter (l'IT comme récompense) et en avoir besoin (l'IT comme indication). Avant d'exposer ces trois groupes de critères utilisés et leur répartition selon les TGI, il est utile de rappeler la place spécifique accordée aux UD interpellés mineurs.

L'IT est en général réservée aux usagers majeurs mais une minorité de TGI en prononcent également pour les mineurs, comme les y incite la circulaire de 1995 qui a mis un terme à un découpage arbitraire (Tableau 2.2). Les TGI qui n'ont pas la compétence mineurs ne sont pas en mesure, a priori, de leur proposer une IT. Quand le principe de l'IT pour les mineurs est retenu, les critères sélectifs sont en général ceux établis pour les UD majeurs, de même que la procédure suivie en aval. Certains TGI, enfin, ne donnent pas à proprement parler une IT mais un avertissement assorti de l'obligation, formelle, de se rendre dans un centre de soins.

Tableau 2.2 - Injonction thérapeutique pour UD mineurs (n TGI = 23)

TGI	Possible	Impossible	Avertissement assorti d'incitation au soin
cat A	8 - 10	3 - 5 - 6 - 7	2 - 4
cat B	3 - 4	1 - 5 - 6	2
cat C	4 - 5 - 6	1 - 2 * - 3	
cat D		1* - 2 - 3*	
Total	7	13	3

* TGI n'ayant pas la compétence mineurs

B. Critères de qualification de l'ILS-usage en vue de l'IT

Il ne s'agit pas ici de la qualification de l'ensemble des ILS qui aboutit aux trois catégories de la nomenclature officielle, usagers, usagers-revendeurs et trafiquants, mais de celle qui s'applique aux seuls UD. Cette opération permet de passer des 45 178 UD interpellés en 1994 pour « ILS-consommation » aux 7 581 IT notifiées selon les statistiques du ministère de la Justice. Les 37 597 restants n'auront pas d'IT notifiée et certains seront poursuivis et parfois condamnés, d'autres feront l'objet d'un avertissement puis relaxés, d'autres enfin seront tout simplement relaxés à l'issue de la garde à vue. La sélection est donc massive. Pour mieux saisir l'économie générale de la distribution de l'IT au niveau de cette séquence qui va de l'interpellation des UD à la notification d'une IT à certains d'entre eux, il convient donc de connaître les critères permettant de qualifier les UD interpellés et leur diversité selon les TGI.

Ce premier groupe de critères repose sur une grille de nature judiciaire et policière. Son objet consiste à énoncer les conditions restrictives permettant de qualifier, parmi les UD interpellés, ceux qui sont des « usagers purs » ou de « simples usagers ». Les éléments sur lesquels se fonde une telle définition mêlent des critères de quantité, de conditions d'interpellation et souvent de produit. Si la construction de cette nouvelle catégorie d'UD est une règle observée partout, les critères qui en délimitent la taille varient largement d'un TGI à l'autre et même d'un substitut à l'autre au sein d'un même TGI.

Le principe général est de considérer comme « pur » l'utilisateur qui consomme mais pour lequel rien ne permet de soupçonner qu'il se livre à une quelconque activité commerciale. En fait, cette appréciation s'établit sur les quantités de produits détenues par l'UD et sur les circonstances de son interpellation. Dans la pratique, ces critères permettent donc de distinguer les usagers purs des usagers-revendeurs, un seul critère étant en général insuffisant pour déterminer une qualification souvent délicate à établir. Si dans tous les parquets des « seuils » sont évoqués au-delà desquels un usager ne peut plus être considéré comme « pur » même si, faute d'éléments suffisants, il ne peut pour autant être qualifié d'usager-revendeur, leur niveau varie selon les produits et selon les parquets. Certains substituts, parmi les plus restrictifs, estiment que le produit lui-même, en l'occurrence l'héroïne (et tout autre drogue dure), permet de récuser la qualification d'usager pur, quelle que soit la quantité détenue par l'individu interpellé. Contredisant ouvertement l'esprit et les termes de la loi, ils affirment que tout usager de drogues dures ne peut être un simple usager. Ils réservent donc l'IT aux seuls usagers de drogues douces (UDDo), une fois écartée toute présomption mercantile. Pour les parquets où sont prises en compte les recommandations des deux dernières circulaires en matière d'IT, la définition d'un UD interpellé en possession d'héroïne repose uniquement sur des limites quantitatives : elles peuvent varier selon les parquets de 2 à 10 grammes. Pour certains d'entre eux, seuls les usagers de drogues dures (UDDu) pourront bénéficier d'une IT quand ils ne dépassent pas ces seuils, ce qui exclut a priori tous les UDDo. Pour les TGI où l'IT peut être décidée pour les UDDo, les seuils varient de 20 g à 200 g. S'ils varient d'un TGI à l'autre, plus important encore est le constat que ces seuils peuvent être soit non explicites et donc variables au sein d'un même parquet ; soit explicites mais sans être formalisés ; soit enfin explicites et affichés, tant au parquet que dans les SP. (Tableau 2.3 ci-après)

Tableau 2.3 - Seuils quantitatifs comme critères de décision
(n TGI = 23)

TGI	Seuils non explicites	Seuils explicites	Seuils explicites formalisés
cat. A	3 - 5 - 6 - 10	8	2 - 4 - 7**
cat. B	1 - 2 - 4 - 5	3 - 6*	
cat. C	1 - 2 - 3 - 4 - 6	5	
cat. D	1 - 2 - 3		
Total	16	4	3

* ne concerne que les drogues dures, les drogues douces relevant du groupe 1

** TGI où la majorité des ILS sont le fait des services de douanes pour lesquels les seuils sont explicites afin d'établir les limites en dessous desquelles ils sont habilités à proposer des transactions

Il faut préciser que lorsqu'ils sont explicites, les critères peuvent être également plus ou moins restrictifs. Sont considérés comme seuils plutôt restrictifs : IT possible si moins de 3 g d'héroïne et moins de 30/50 g de cannabis (cas de A2 - A4 - A8 - B3) ; sont considérés comme seuils plutôt généraux : IT possible si moins de 5-10 g d'héroïne et moins de 200 g de cannabis (cas de A7 - B6 - C5).

La quantité est un élément discriminant, mais ce critère reste à lui seul insuffisant pour une qualification d'usager « pur ». Les conditions d'interpellation jouent également un rôle déterminant : beaucoup estiment que l'existence d'une transaction rend inacceptable la qualification d'usager « pur », confondant ainsi sous le même chef le vendeur et l'acheteur. À l'opposé, pour d'autres, l'échange ne suffit pas pour refuser au vendeur ni à l'acheteur la qualification d'usager « pur ». De même, lors d'une interpellation par les douanes d'un UD en possession de drogue et lorsque les quantités ne sont pas jugées trop importantes, un substitut clément pourra écarter la qualification de « transport » ou d'« importation » (passible selon le code pénal d'une peine pouvant aller jusqu'à dix ans d'emprisonnement, le « transport » lui pouvant aller jusqu'à trois ans), afin de ne garder que le chef d'usage et être en mesure de retenir l'UD comme candidat à l'IT. Enfin, les substituts peuvent, s'ils le veulent, jouer sur le terme de « détention » de produits stupéfiants pour qualifier un usager et donc refuser d'accorder une IT.

Le lieu de l'interpellation peut aussi faire varier la qualification retenue : par exemple, un UD interpellé en possession de quelques grammes de drogue dans un lieu connu pour l'importance du trafic - établissement scolaire ou

ses abords, caserne -, représente une condition aggravante qui poussera bien souvent le substitut à mettre l'accent sur la détention ou le petit deal. Il existe donc des lieux qui peuvent empêcher, a priori, un UD interpellé au cours d'un échange d'être candidat à l'IT, tandis que dans d'autres lieux la possibilité existe. Bref, tous ces critères dessinent l'usage de l'IT comme la récompense destinée aux seuls UD ne relevant pas, aux yeux des SP et des magistrats, d'une punition.

C. Critères relatifs à l'indication de l'IT

Ce second groupe de critères représente en quelque sorte une grille « sanitaire », dont l'application réduit d'autant, et parfois de façon massive, le nombre d'UD candidats à l'IT. Ce sont des critères à la fois généraux et pouvant s'appliquer au cas par cas. Ils sont en relation avec l'IT elle-même car ils en définissent les indications non pas en termes de délinquance -l'UD mérite-t-il l'IT ? -, mais en termes de justification thérapeutique : l'IT conviendra-t-elle à l'UD, ou lui apportera-t-elle un bénéfice ? Deux critères traduisent cette question. L'un général, permet de juger de l'intérêt de l'IT en fonction de la nature du produit consommé, drogues dures et drogues douces ; l'autre, individuel, permet d'apprécier le degré de dépendance de l'UD. Cette double appréciation aboutit à quatre groupes de TGI correspondant à autant de règles de décision plus ou moins restrictives pour envisager une IT en rapport avec ces deux critères. Il faut souligner que l'appréciation du degré de dépendance au produit est la plupart du temps déterminée par ce qu'en dit l'UD lui-même, alors qu'il est très rare pour les parquets de chercher à en connaître la réalité au moyen d'exams médicaux, prévus par ailleurs par la loi.

Certains font du degré élevé de dépendance en fonction du produit une condition de l'IT, récusant en conséquence tous ceux qui ne paraissent pas, ou ne se disent pas, ouvertement atteints. C'est ainsi que dans les TGI où les UDDo peuvent bénéficier d'une IT, la plupart font de cette dépendance la condition de son attribution. Rappelons que la circulaire de 1987 évoque les « usagers d'habitude », et celle de 1995 les UDDo qui « en font une consommation massive, répétée ou associée à d'autres produits ». Il existe de rares TGI où le degré de dépendance importe peu, même en matière de drogue douce. Il ne s'agit pas ici d'insister sur la nature subjective d'une évaluation de la dépendance des UDDo, mais de montrer les conséquences de l'application de ces deux critères sur le nombre de candidats à l'IT, ainsi que la diversité des règles de décision entre les parquets.

On trouve 4 groupes de TGI de même importance à partir de ces deux critères (Tableau 2.4 ci-après). Le premier (G1 = 4 TGI), réserve l'IT aux

seuls UD consommant des drogues douces et dépendants ; le second (G2 = 7 TGI), la destine aux seuls UD consommant des drogues dures ; le troisième (G3 = 5 TGI), accepte les UD consommant n'importe quel produit illicite, à la condition qu'ils soient dépendants ; le quatrième (G4 = 7 TGI), ne fait ni du produit, ni de la dépendance une condition pour que l'UD soit candidat potentiel à l'IT. De plus, certains TGI (2) ont modifié récemment leur règle de décision à partir de ces critères.

Tableau 2.4 - Règle de décision en fonction du produit et de la consommation (n TGI = 23)

TGI	IT accordée en fait aux dépendants	IT réservée aux UDDu	IT pour UDDu et UDDo dépendants	IT quels que soient le produit et le niveau de consommation
cat. A	5	2* - 4 - 6 - 10	7 - 8	3
cat. B	4	1	5	2 - 3 - 6
cat. C	6		1 - 5	2* - 3 - 4
cat. D	2	1 - 3		
Total	4	7	5	7

* TGI qui ont mis en place de nouvelles règles de décision en 1996 (A2 fait actuellement IT pour UD drogue dure et douce dépendants et C2 uniquement pour drogue dure).

Plusieurs conclusions peuvent être d'ores et déjà tirées de l'application de ces deux critères. Tout d'abord, 7 TGI sur 25 laissent à tous les UD la possibilité d'avoir une IT et donc de recevoir un traitement ou une aide. Ensuite, on peut s'interroger, à partir d'une telle diversité, sur les fondements des options retenues et sur l'absence de toute justification cohérente de nature scientifique ou même médicale : comment justifier que l'IT reste ici possible pour tout UD et ailleurs réservée aux seuls consommateurs de drogues douces et dépendants, etc. ? Enfin, il faut souligner l'impact quantitatif potentiel considérable de ces deux critères, d'autant plus important que le produit justifiant l'exclusion correspond au plus grand nombre d'UD interpellés par les SP : si l'IT est réservée aux seuls UDDu et que les SP interpellent 90 % d'UDDo, l'impact en sera différent si ailleurs ce pourcentage est de 60 %. C'est ainsi que, en grande partie, les TGI du groupe 1 parviennent à réduire à l'extrême leur nombre d'IT. Il faut ajouter que ces critères sont probablement les plus illustratifs de la relation entre distribution de l'IT et stratégie locale de lutte contre la drogue qu'ils figurent d'une part, et qui déterminent la place accordée à l'IT d'autre part.

D. Autres critères judiciaires

À ces deux catégories de critères dont les liens avec la politique locale de lutte contre la drogue sont patents, viennent s'en ajouter d'autres, purement judiciaires qui jouent un rôle dans la décision d'accorder une IT et en limitent d'autant la distribution. Leur nature objective et vérifiable permet au substitut de retrouver le cadre routinier de ses automatismes et de son autonomie. Ainsi, l'existence d'un délit de droit commun connexe à l'usage fait systématiquement sortir l'interpellé de la catégorie « usager pur » pour le faire entrer dans celle de délinquant. Ce qui enlève à ces UD de façon définitive toute chance de recevoir une IT, priorité étant donnée à la poursuite pour le délit de droit commun. Quant à l'existence de délits de droit commun antécédents inscrits au casier judiciaire, ils peuvent jouer aussi, mais de façon paradoxale selon les substituts : soit ils considéreront la consommation de drogue comme la marque de la poursuite d'une activité délinquante pour assurer l'approvisionnement de l'UD et dans ce cas ils lui refuseront une IT soit, au contraire, ils peuvent y voir la marque d'un usager « pur », par le fait qu'il ne semble pas recourir à la revente de drogue pour assurer sa consommation.

Les antécédents en matière d'ILS sont également pris en compte : d'une part, ceux qui ont donné lieu à des poursuites et sont donc inscrits au casier judiciaire, d'autre part, les autres infractions ayant abouti à un classement ou à une précédente IT. Ces dernières informations peuvent être accessibles lorsque le parquet dispose de sa propre base de données qui est toujours limitée dans le temps et dans l'espace de compétence du TGI. Le constat fréquent d'une absence de système d'information électronique représente donc une source de déperdition d'information sur les UD ayant déjà eu un contact avec la justice, sans condamnation dans le même TGI : seuls 14 TGI sur 25 en possèdent un, pas toujours opérationnel. En outre, l'octroi du logiciel du ministère de la Justice dépendant du nombre d'IT prononcées ne fait que renforcer dans leur attitude les TGI qui notifient peu ou pas d'IT. De toute façon, en l'absence d'interconnexion nationale, le logiciel ne peut renseigner que dans le cas d'IT notifiées et suivies dans le TGI d'origine. Pour ce qui est des UD ayant déjà reçu une IT, les règles de décision varient également. Certains refusent d'accorder une seconde IT, d'autres y mettent des conditions de délais, d'autres encore ne considèrent pas l'existence d'IT antérieures comme un critère discriminant (Tableau 2.5 ci-après).

Une fois exposées la diversité et la variabilité des trois grandes familles de critères sélectifs, leur traduction sous forme de règles de décision et les

configurations observées selon les TGI, il reste à exposer une dernière grille de sélection qui, elle, concerne directement l'UD lui-même : l'enquête dite de personnalité.

Tableau 2.5 - Règle d'attribution d'une nouvelle IT pour les UD (n TGI = 23)

TGI	Seconde IT impossible ou conditionnelle	Seconde IT possible en pratique ou seulement en théorie	Attitude mixte : divergences selon substituts et/ou procureurs
cat. A	3 - 4 - 5 - 6 - 10	2 - 8	7
cat. B	4 - 5	3 - 6	1 - 2
cat. C	1 - 2 - 4 - 5	3 - 6	
cat. D	1	2 - 3	
Total	12	8	3

E. L'enquête de personnalité

La connaissance de la personnalité de l'UDI convoqué ou déferé au parquet pour une IT représente une démarche d'une autre nature. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un autre critère, mais d'un dispositif capable d'éclairer la décision du substitut. Jusqu'ici, la construction de la décision reposait sur des critères se rapportant soit aux faits délictueux, soit généraux, donc impersonnels. Là, il s'agit de se faire une opinion, la plus précise possible, de la personne, c'est-à-dire bien au-delà des faits, de situer son délit et sa dépendance dans son environnement familial, professionnel et relationnel. L'objectif d'une telle démarche est de mieux distinguer qui est l'UD en cause et non plus simplement d'apprécier ce qu'il a fait. Pour y parvenir de façon relativement fiable, un simple interrogatoire s'avérant insuffisant, une enquête dite de personnalité (EP) est apparue nécessaire. Depuis la loi de 1970, cette démarche est régulièrement recommandée par les différentes circulaires concernant l'IT. Elle peut être considérée comme un contre-pouvoir à l'approche sélective qui tend à distribuer l'IT aux UD sur les seuls critères policiers et judiciaires. Son objet est de fournir au substitut des informations susceptibles d'éclairer sa décision d'accorder une IT, à l'expresse condition qu'il veuille bien leur accorder un certain crédit. Si l'intention du législateur était louable, dans la pratique trois constats illustrent sa place dans l'IT : son usage était exceptionnel ; l'information collectée

était rarement utilisée ; sa position temporelle dans le processus de décision en réduisait largement la portée.

Tout d'abord les TGI où l'EP est pratiquée sont très peu nombreux et l'information produite encore plus rarement utilisée (tableau 2.6). En effet, sur les 23 TGI concernés 17 n'en réalisent aucune, quelles que soient les explications fournies ou les contraintes exposées par les parquets pour le justifier ; 4 TGI s'y soumettent de façon formelle, mais récusent sa fonction d'aide à la décision ; enfin, seuls 2 TGI font procéder à une EP de façon systématique pour tout candidat à l'IT et essaient d'utiliser le rapport comme un élément de la décision.

Tableau 2.6 - Place accordée à l'enquête de personnalité (n TGI =23)

TGI	Pas d'EP	EP formelle pas utilisée	EP réelle et utilisée pour la décision
cat. A	3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 10		2
cat. B	2 - 4 - 5 - 6	1 - 3*	
cat. C	1 - 2 - 4 - 6	5	3
cat. D	1 - 3	2	
Total	17	4	2

* seulement depuis 1996

Ensuite, dans les rares TGI où l'EP est réalisée, son apport reste très limité sinon nul. La plupart du temps, elle est effectuée au moment où l'UD se retrouve au TGI, suite à une convocation pour se faire notifier l'IT. Le service spécialisé qui la conduit dispose de peu de temps (une ou deux heures) pour produire un compte rendu que le substitut pourra consulter. D'une part, ces enquêtes ne concernent que les UD pour lesquels l'IT a déjà été décidée et pour lesquels la notification au parquet ne fait qu'ajouter un cadre solennel et un exposé à l'UD des termes du contrat ; d'autre part, les seules informations utilisables à ce moment sont de nature, soit à récuser quelques UD supplémentaires, soit à éclairer non pas le parquet, mais la DDASS dans l'orientation future de l'UD. Pour être utile au parquet, l'EP devrait se situer au moment de la prise de décision, en interaction avec les SP. Ce n'est jamais le cas. Sa position dans le processus en réduit largement la portée, du moins si sa prescription a été conçue pour équilibrer le poids des critères policiers et judiciaires et donc en vue d'élargir le nombre des bénéficiaires de l'IT. Par ailleurs, on a pu constater que les médecins des DDASS ne lui

accordent guère de crédit, ou à tout le moins la négligent, lui préférant leurs propres critères pour orienter les UD dans les différentes structures de prise en charge.

Enfin, paradoxalement, la connaissance de conditions sociales défavorables objectivement visibles par le substitut sont plutôt de nature, toutes conditions égales par ailleurs, à refuser l'IT à certains UD candidats potentiels. C'est le cas notamment des UD sans domicile, au prétexte qu'il sera difficile de les suivre lors de la mise en oeuvre de l'IT. De même, dans certains TGI, il est considéré que l'IT ne convient pas aux UD par ailleurs prostitué(e)s, le statut socio-professionnel étant jugé incompatible avec l'IT. Nous n'avons trouvé que très rarement des substituts utilisant l'IT en réponse à des conditions sociales défavorables, même si ce fait est justifié par une absence fréquente en aval de prise en charge sociale.

Une telle désaffection généralisée pour l'EP ne peut être le fruit du hasard et demande quelques commentaires. Le cas d'un TGI (B1) permet d'en fournir une interprétation, d'autant qu'il est le seul de notre échantillon à avoir modifié son attitude : d'un recours à l'EP pour tous les UD convoqués jusqu'en 1995, le parquet ne l'utilise plus aujourd'hui que de façon exceptionnelle. La principale raison de cette récusation généralisée est à rechercher dans l'objectif de l'EP : ouvrir la décision de l'IT à d'autres considérations et à d'autres acteurs que policiers et judiciaires. À ce titre, l'EP représente un problème pour les substituts. Elle l'est et le reste malgré les circulaires qui, régulièrement, en rappellent la nécessité. La constance vaut d'être remarquée face à l'unanimité du refus d'y procéder ou à sa neutralisation qui ne peuvent être simplement interprétés comme les marques d'une « mauvaise volonté » des substituts.

En fait, la mise en oeuvre de l'EP est perçue comme l'introduction d'une source d'incertitude à l'intérieur du système justement organisé pour que l'IT ne puisse en créer entre les acteurs sur lesquels elle repose. Accorder une importance décisionnelle aux résultats de l'EP reviendrait à introduire de nouvelles règles issues de critères extérieurs aux acteurs à la lutte contre la drogue. Critères étrangers aux faits constatés par les policiers et pris en compte par les parquets. On comprend aisément que, située en bout de chaîne et fondée sur des logiques d'une autre nature, une telle enquête créerait une incertitude majeure dans un univers où la conformité des décisions aux règles implicites établies entre les deux partenaires est la condition de son fonctionnement. Autrement dit, la décision d'accorder une IT à un UD en raison d'éléments de sa personnalité, alors que les critères policiers et judiciaires conduisent soit à la poursuite soit à la relaxe, pourrait avoir un impact déstabilisateur sur les relations de confiance devant

régner entre la police et la justice. On le voit, la prise en compte de l'EP dans la décision aurait des conséquences bien au-delà de la seule IT, risque difficile à prendre.

F. Usagers de drogues impliqués dans des « affaires »

Une autre source possible de sélection des candidats à l'IT est représentée par leur interpellation au sein de réseaux ou d'affaires de drogue. Dans la pratique, être ou non impliqué dans une affaire représente pour un UD un critère supplémentaire d'éligibilité à l'IT. En règle générale, celle-ci donne lieu, après décision du parquet, à l'ouverture d'une information menée par le juge d'instruction. Selon les relations établies entre le parquet et les juges d'instruction chargés de ces affaires dépendra la possibilité de récupérer plus ou moins rapidement les UD qui s'avèrent n'être que de simples usagers et donc des candidats potentiels à l'IT.

Ce n'est qu'à partir de la circulaire de 1995 que cette voie particulière permettant d'étendre le bénéfice de l'IT à des UD a été expressément explicitée. Auparavant, en l'absence de directives, les parquets se déterminaient en fonction de leurs enjeux locaux. Pour les substituts qui envisagent de recourir à l'IT, l'enjeu est de récupérer ce type d'UD, afin de leur proposer de bénéficier de l'IT le plus rapidement possible, sans que cela gêne le déroulement de l'information. Cependant le « repêchage » de ces UDI, déjà inclus dans le dossier du juge d'instruction, dépend avant tout de la qualité des relations, au sein du TGI, entre les parquetiers et les magistrats instructeurs, mais aussi avec les SP. Dans les TGI cloisonnés, ces relations sont de fait très rares et seules des affinités personnelles entre tel substitut et tel juge d'instruction permettent une communication effective sur ces dossiers. De façon générale, quelles que soient la nature et la qualité des relations qu'entretiennent le parquet et l'instruction, l'implication sur ce sujet est ressentie et décrite comme un effort supplémentaire dans un contexte de surcharge de travail. Par ailleurs, cette récupération n'est bien entendu possible que dans le cas où le parquet accorde une importance majeure à l'IT, conviction sans laquelle il lui serait difficile d'en faire admettre le bien fondé à ses partenaires, policiers et juge d'instruction.

Trois modes de fonctionnement face à cette opportunité offerte de récupérer des usagers pour leur accorder une IT ont pu être identifiés (Tableau 2.7 ci-après). Le premier concerne 8 TGI où n'existe aucun accord entre le parquet et l'instruction au sujet des UD impliqués dans une affaire : le résultat de l'information aboutit donc soit à une mise en examen de l'UD, soit à sa disparition une fois son témoignage recueilli. Avec pour conséquence commune une impossibilité de leur proposer rapidement une IT. Quelle

que soit l'issue, une fois close l'information, le juge d'instruction pourra proposer au parquetier de notifier une IT aux UD qui n'ont pas été mis en examen, soit il pourra faire cette proposition au cours de l'information. Dans le second groupe (3 TGI), un arrangement existe entre eux permettant au parquet de récupérer l'UD une fois l'information close : plus celle-ci durera (en moyenne une année) plus le délai entre l'interpellation et une éventuelle IT sera long. Le troisième groupe compte 12 TGI dans lesquels un accord implicite permet au parquet de récupérer l'UD au début ou au cours de l'information, selon trois cas de figure : 1) très tôt, au terme de la garde à vue ; dans ce cas, le parquet demande aux SP d'établir dès la garde à vue deux procédures distinctes, l'une pour les UD et l'autre pour les trafiquants, mais cela suppose que les policiers ne relâchent pas les UD avant de les avoir munis d'une convocation pour se rendre au parquet en vue de l'IT, ce qui est loin d'être la règle ; 2) un peu plus tard, après que le juge d'instruction ait pu recueillir les témoignages des UDI dont le procès verbal sera transmis au parquet ; 3) pendant le déroulement de l'information, lorsque de nouvelles interpellations d'UD ont lieu dans le cadre de l'affaire en cours et dont la transmission au parquet dépendra également des accords passés.

Tableau 2.7 - Traitement des UD interpellés dans le cadre d'une affaire (n TGI =23)

TGI	Aucun accord pour récupérer les UD en vue d'une IT	Accord pour récupérer les UD à la fin de l'information	Accord pour récupérer les UD, en fin de GAV ou au cours de l'information
cat. A	5 - 6 - 8		2 - 3 - 4 - 7 - 10
cat. B	4 - 5		1 - 2 - 3 - 6
cat. C		1 - 2 - 5	3 - 4 - 6
cat. D	1 - 2 - 3		
Total	8	3	12

Il ressort du tableau ci-dessus que dans près de la moitié des TGI (8 + 3 = 11) la priorité est systématiquement donnée au déroulement de l'information, aucune distinction n'étant faite au départ dans la procédure entre UD et trafiquants qui permettrait un détournement des premiers dans la procédure IT.

3 - PROCÉDURES ET SÉLECTION DES USAGERS DE DROGUES

Si les différents critères permettant de sélectionner les candidats à l'IT sont communs aux SP et aux parquets locaux, en pratique la qualification des UD interpellés est réalisée par les SP, ou au moins proposée par eux au parquet. Cette qualification, dont la complexité et les enjeux ont été soulignés, peut être l'objet d'une vérification, voire d'un contrôle par le parquet. Pour cela, ce dernier doit se doter de procédures et de dispositifs organisationnels conséquents. Ceux-ci lui permettent d'encadrer ses interactions avec les SP en leur laissant la plus faible latitude possible dans la sélection des UDI, et donc de maîtriser le mieux possible la distribution de l'IT. Quand elle est présente, cette volonté du parquet n'implique pas pour autant de « mauvaises » relations avec les SP, mais illustre une conception de l'IT comme décision relevant de sa responsabilité exclusive. Elle postule que seul le parquet disposerait des compétences et de la distance nécessaires pour décider qui, parmi les UD interpellés, relèvera d'une IT, sera relaxé ou encore poursuivi. Une telle conception de l'IT tient compte également de la marge d'appréciation des critères objectifs dans la qualification de l'UD et de la tendance des SP à en jouer. En même temps, cette volonté n'exclut pas l'utilisation par les SP de critères qui opèrent une première qualification des UD que le parquet aura à valider, tout en identifiant les candidats à l'IT. Rappelons que les dernières circulaires sur l'IT demandent aux SP d'informer au plus vite le parquet pour toute ILS afin de la qualifier conjointement et donc de ne pas faire une simple inscription en main courante.

Il apparaît donc que la volonté du parquet de mettre en oeuvre sa politique d'IT passe par une réduction de la latitude des SP dans la préparation de la décision d'accorder une IT. L'enjeu est pour le parquet de limiter au mieux la déperdition de candidats à l'IT que favorise une sélection des UD laissée aux SP, pour lesquels l'IT apparaît souvent soit inutile, soit contraire à leurs objectifs répressifs. Certains PR cherchent à y parvenir en donnant des directives fermes et par écrit aux SP, comme c'est le cas dans deux parquets (A10 mais seulement depuis 1996 et C4). Mais le moyen le plus efficace dont dispose le parquet pour participer à la qualification de l'UD et contrôler la sélection par les SP est d'instaurer une procédure systématisant le plus rapidement possible l'échange d'informations avec l'officier de police judiciaire (OPJ).

La volonté marquée par le parquet de contrôler la présélection policière des candidats à l'IT varie largement selon les TGI étudiés. Elle peut aller d'une demande systématique d'un compte rendu téléphonique pour tout interpellé

ILS, au fait d'accorder aux SP une latitude extrême traduisant un désintérêt total, sinon une opposition foncière vis-à-vis de l'IT. Pour limiter tant que faire se peut le pouvoir des SP, par nature peu enclins à favoriser l'IT, les parquets sont amenés à se doter de moyens organisationnels adaptés. Pour l'essentiel, ces moyens, dont l'objectif premier est de vérifier la qualification des UDI et en conséquence de réduire la déperdition d'UD relevant d'une IT, sont les suivants.

1) *La mise en place d'un traitement en temps réel (TTR) de toutes les ILS*, condition essentielle au dialogue entre l'OPJ et le parquetier, alors qu'une procédure uniquement courrier, souvent tardive, ne l'autorise plus. Le fait que les usagers susceptibles de recevoir une IT ne sont pas systématiquement mis en garde à vue, à la différence de ceux ayant commis d'autres ILS, dispense les SP de contacter systématiquement le parquet. Rendre obligatoire et opérationnel l'appel téléphonique pour tout ILS-usage repose ainsi sur la volonté du parquet et sur ses relations avec les SP. En l'absence d'un TTR, l'appréciation du parquetier se fera sur les seuls éléments du procès verbal, décalé dans le temps, rendant illusoire toute modification de la qualification policière. Dans ce cas, le parquet se trouve en situation de subir la décision faute d'être en mesure d'entrer dans les détails capables d'éclairer la question de l'éligibilité de l'UD à l'IT.

2) *La présence d'un ou de plusieurs substituts spécialisés chargés des ILS*. C'est à ces derniers que devront systématiquement s'adresser par téléphone les policiers pour rendre compte d'un interpellé pour ILS, y compris pour ILS-usage. Selon les cas, il peut s'agir d'une cellule de permanence spécialisée ou bien d'un seul substitut spécialisé qui assure cette permanence les jours ouvrables. Ce point de passage obligé a une double fonction : d'une part, il renforce la compétence des substituts en matière d'ILS en les mettant en mesure d'apprécier, voire de contredire, les qualifications des SP ; d'autre part, il permet de neutraliser la possibilité, souvent constatée, qu'ont certains policiers de choisir leur interlocuteur au parquet en fonction de la connaissance qu'ils ont de son attitude à l'égard des usagers (ferme, tempérée ou laxiste).

3) *La réduction du délai qui sépare l'interpellation de l'UD de sa rencontre avec un substitut du parquet et la procédure retenue pour que celle-ci soit effective*. La délivrance à l'UD d'une convocation précise et rapide à se rendre au parquet avant son départ des locaux de la police a pour conséquence de créer un lien de continuité réduisant les risques de déperdition. Plus le délai entre l'interpellation et la convocation est court (moins de huit jours) plus il semble que les UD convoqués se rendront

effectivement au parquet. Dans la section suivante consacrée à la transition de l'UD des SP, son impact en termes de déperdition sera détaillé.

La mise en place de ces règles et dispositifs ne préjuge pas pour autant de leur application effective. Pour ce qui est de leur caractère systématique, il n'a pas été possible d'en juger ; en revanche, leur absence reconnue et souvent revendiquée s'affirme comme un indicateur du faible intérêt du parquet à chercher à maîtriser la distribution de l'IT. À cette absence, peut souvent s'ajouter une délégation aux SP leur attribuant la plupart des pouvoirs de qualification et donc de sélection. Ce double constat nous amène à évaluer l'effectivité de la distribution de l'IT, encore potentielle à ce stade, à partir de la présence ou de l'absence de l'une ou de plusieurs de ces procédures. Ce critère permet de faire une distinction tranchée entre les TGI où les qualifications proposées par les SP (usager simple, usager détenteur, revendeur, dealer, échangeur, etc.) ne s'accompagnent d'aucune procédure de contrôle par les parquets, avec ceux qui en utilisent une ou plusieurs. Ces derniers ont mis en place soit une spécialisation ILS au parquet, soit un TTR, soit les deux, la célérité du traitement étant le facteur-clé que seul le TTR est en mesure de traduire. Cette distinction permet d'établir quatre groupes de TGI, chacun illustrant un choix stratégique qui illustre l'intérêt du parquet à jouer un rôle plus ou moins actif dans la sélection des UD au cours de cette séquence (Tableau 2.8).

Tableau 2.8 - Procédures mises en place par les parquets pour vérifier la qualification de l'UD (n TGI = 25)

TGI	Ni TTR ni subs. spéc. : UD poursuivi et/ou pouvoir laissé aux SP.	Substitut spécialisé mais procédure plus souvent courrier	TTR mais non spécialisation ILS	TTR et spécialisation ILS
cat. A	1 - 5 - 7 - 9	3 - 4*	2 - 6	8 - 10*
cat. B	4***	(1**) - 5	2	1** - 3 - 6
cat. C		1 - 5 - 6	3	2 - 4
cat. D	3	2	1	
Total	6	7	5	7

* Changement en 1996 : passage dans la catégorie TTR spécialisé ILS.

** Cas particulier, la procédure variant en fonction des SP : quand UD interpellé par Police Nationale relève du groupe 2, mais quand réalisée par la brigade des stupéfiants relève du groupe 4.

*** Cas particulier, TTR mis en place en 1996, mais ce sont les SP qui notifient l'IT après échange avec le parquet qui leur a délégué le pouvoir de transmettre ces UD directement à la DDASS.

Dans le premier groupe, où aucune des deux procédures n'est opérationnelle, on trouve 6 TGI qui accordent un très faible intérêt à l'IT, sinon aucun (6 en 1994, 5 en 1996), ou s'opposent à son principe même (refus de la politique nationale) : soit ils poursuivent systématiquement les UDI, soit ils laissent aux SP le pouvoir réel de qualification des UD. Dans le second groupe (7 TGI), la procédure suivie n'est qu'une variante tempérée de la précédente, dans la mesure où malgré la présence d'un substitut ou d'une permanence spécialisée, la procédure courrier est la plus fréquente, laissant de fait une grande latitude aux SP dans la qualification des UD. Les TGI de ces deux groupes disposent donc de moyens réduits pour vérifier les qualifications des UD et pour identifier des candidats à l'IT.

Le troisième et le quatrième groupes rassemblent des TGI qui accordent une plus grande attention à la maîtrise de la qualification des UDI. Le troisième regroupe 5 TGI dotés d'un TTR mais qui ne disposent pas d'une permanence spécialisée ILS. Le quatrième groupe, représenté par 7 TGI, est le seul où toutes les ILS (dont les ILS-consommation) donnent lieu à un TTR sous la forme d'un contact téléphonique systématique avec un substitut spécialisé, la procédure courrier restant exceptionnelle. Il faut noter que ce paysage est en cours d'évolution, surtout depuis la circulaire de 1995, certains procureurs ayant mis le TTR en place en 1996 et les moyens nécessaires pour exercer leur contrôle en vue de développer l'IT.

4 - MODES ET EFFETS DU TRANSIT DES USAGERS DE DROGUES DES SERVICES DE POLICE AUX PARQUETS

Une fois la décision prise de proposer à certains des UD interpellés une IT, une convocation leur est remise (par les SP) les invitant à se rendre au TGI où elle leur sera notifiée par le substitut. Ainsi, décision qui envisage l'IT et notification qui la formalise, représentent deux temps bien distincts situés dans des lieux différents. Or, ce découplage a des conséquences dans la mesure où le nombre des UD auxquels une IT sera notifiée s'avère souvent inférieur au nombre d'UD pour lesquels l'IT a été décidée, sauf en cas de déferrement systématique des UDI au parquet, procédure rarement utilisée. Le transit des UD des SP vers le parquet apparaît ainsi comme une sérieuse source de déperdition, même si elle n'est pas la conséquence directe d'une sélection active de l'un des deux protagonistes.

Si cette déperdition peut être qualifiée de structurelle, ce qui rend sa totale neutralisation illusoire, elle s'avère plus ou moins importante selon les TGI. Face à cette hémorragie bien connue des parquets, les attitudes varient.

Certains la subissent comme une fatalité et ne font rien pour en limiter l'importance, d'autres cherchent à en réduire l'impact négatif à l'aide de moyens plus ou moins coercitifs : convocation à se rendre au parquet donnée immédiatement à l'UDI dans les locaux de la police sur ordre du parquetier quand a été mis en place un TTR ; citation à l'audience donnée en même temps que la convocation au parquet pour se faire notifier l'IT, afin que l'UD soit conscient que son absence au parquet déclenchera automatiquement sa citation à l'audience et évitera, de plus, d'avoir à le juger par défaut ; deuxième convocation en cas d'absence au premier rendez-vous au parquet ; envoi d'une convocation à se présenter au TGI sans en préciser la raison, afin d'exercer une pression sur l'UD ; réalisation de l'enquête de personnalité en préalable à la convocation au parquet.

Déjà évoqué, le délai entre le départ de l'UD des locaux des SP et sa convocation au parquet représente un critère essentiel pour juger de la volonté de réduire la déperdition entre ces deux séquences. S'y ajoute l'existence ou l'absence de moyens de pression sur l'UD pour prévenir ces défections. Selon les moyens qu'ils utilisent, on distingue trois groupes de TGI : 5 TGI pratiquent une expédition décalée, laissant passer un long délai (2 et 3 mois) entre l'interpellation et la convocation des UD ; dans 10 TGI la procédure est également décalée, mais avec un délai plus court (20 à 30 jours) ; dans 8 TGI enfin, c'est l'OPJ qui fournit la convocation à l'UD en temps réel ou qui le fait défermer au parquet (Tableau 2.9).

Tableau 2.9 - Modalités de transit des UD des SP vers le parquet en vue de la notification de l'IT (n TGI = 23)

TGI	Convoc. décalée par parquet dans délais longs + ou - 3 mois	Convoc. décalée par parquet dans délais courts < 1 mois	Convoc. en temps réel par l'OPJ, délais courts <8j. ou déferrement (rare)
cat. A	3 - 4	5 - 6 - 7	2 - 10 ** - 8*
cat. B		4 - 5	1 - 2 - 3 - 6 (UDDu seuls)
cat. C	5	1* - 2 - 3* - 4 - 6	1
cat. D	2 - 3		
Total	5	10	8

* Moyens de pression supplémentaires

** Depuis 1996

Quels sont les effets quantifiés en termes de déperdition de cette étape critique où l'UD se retrouve le plus souvent « libre » et engagé, plus ou moins fermement, à se rendre au TGI pour se faire notifier l'IT ? Pour les établir avec précision, il était nécessaire de disposer de statistiques annuelles par TGI précisant le nombre d'UD convoqués pour une IT, c'est-à-dire d'IT décidées ou envisagées en interaction avec les SP, et le nombre d'IT notifiées au cours du face à face entre l'UD et le substitut. Or, seuls certains TGI comptabilisent les deux nombres, d'autres n'affichent que l'un des deux et d'autres aucun, montrant ainsi le peu d'intérêt qu'ils portent à cette déperdition.

Or il est important de connaître avec précision les effets de la transition des UD entre les SP et le parquet, pour deux raisons : premièrement, seuls les UD pour lesquels une IT a été notifiée au parquet seront susceptibles d'entrer dans le dispositif sanitaire, les autres pouvant être considérés comme « perdus de vue », rejoignant la population des UD interpellés refusés pour l'IT ; deuxièmement, cette précision permet d'éclairer une ambiguïté statistique : les chiffres officiels, publiés par le ministère de la Justice, correspondent-ils au nombre d'IT envisagées ou à celui des IT notifiées ? Le Tableau 2.10 donne les chiffres fournis pour les deux années, 1994 et 1995, ce qui permet de rendre compte des différentes définitions de l'IT et de faire apparaître une tendance. Pour chaque année, les résultats sont présentés sur trois colonnes : dans la première figure le nombre des IT décidées-envisagées (ITD) quand ce chiffre est disponible (3 TGI en 1994, 8 en 1995 ne le fournissent pas) ; dans la seconde, le nombre d'IT effectivement notifiées (ITN) au parquet (2 TGI en 1994 et 3 en 1995 ne le connaissent pas) ; dans la troisième, celui des IT officiellement déclarées (ITO) au (et par le) ministère de la Justice. Enfin, dans une quatrième colonne sont présentés les écarts calculés entre le nombre des ITN et celui des ITO.

La comparaison des chiffres des trois colonnes fait en effet apparaître des écarts, plus ou moins importants selon les TGI. En premier lieu, parmi les 23 TGI qui ont déclaré des IT en 1994 et en 1995, il existe un écart pour certains d'entre eux entre le nombre d'IT décidées et celui des IT notifiées. Cet écart représente l'effet de déperdition entre la séquence de décision et celle de notification. Quatre constats en ressortent :

1) seuls 14 TGI en 1994 (13 en 1995) fournissent les deux chiffres (ITD et ITN). Il s'agit, le plus souvent, de TGI de taille importante, ceux un nombre relativement élevé d'IT est décidé, les autres (11 TGI), soit ne les relèvent pas (ou seulement celui des ITN), soit déclarent 0 IT en 1994 ;

2) ces 14 TGI qui fournissent les deux chiffres (13/1995) se répartissent en un groupe sans effet de déperdition entre les deux séquences (6 TGI/1994, 5/1995) et un groupe avec une déperdition (8 TGI/1994, 8/1995) ;

3) la déperdition entre les deux séquences est beaucoup plus significative (en chiffres absolus) dans les gros TGI qui ont une importante activité en IT, tant en 1994 qu'en 1995 ; c'est dans les TGI du groupe B que cette déperdition est la plus fréquente (5/6 en 1994, 3/6 en 1995, les 3 autres TGI ne fournissant plus l'un ou les deux chiffres).

4) la comparaison entre le nombre total des ITD et celui des ITN (quand l'un des deux chiffres n'était pas disponible, nous avons pris l'option optimiste, en considérant qu'ils étaient identiques) montre que le nombre d'UD pour lesquels une IT décidée n'a pas été notifiée s'élève à 1 402 en 1994 (4 472 - 3 070, soit 31 % de déperdition) et à 909 en 1995 (3 689 - 2 780, soit 24,6 % en 1995).

En second lieu, la comparaison entre le nombre d'ITN et celui d'ITO fait apparaître un écart (chiffré dans la quatrième colonne) a priori inexplicable pour certains TGI. Nous avons cherché à savoir si, pour les TGI présentant un écart, le nombre d'IT déclarées par le ministère de la Justice (ITO) correspondait à celui des ITN ou à celui des ITD. Plusieurs cas de figure peuvent être constatés :

- certains TGI affichent leurs ITO en conformité avec les ITN, c'est-à-dire réellement distribuées : 12 TGI en 1994 dont 7 qui ont zéro IT et 1 une seule, ce nombre tombant à 8 TGI en 1995 dont 4 avec zéro IT et 1 avec 2 IT ;

- les autres TGI, soit laissent planer un doute, faute de pouvoir présenter leur nombre d'ITN (2/1994, 3/1995), soit présentent un nombre d'ITO supérieur à celui des ITN (6/1994, 11/1995), soit paradoxalement inférieur (3/1994, 3/1995). Le plus souvent le constat d'un écart positif (surestimation des statistiques officielles) s'explique par le fait que le nombre d'ITO correspond à celui des ITD, seulement envisagées ou décidées (et non pas des ITN), ou lui est très voisin.

Globalement, sur l'ensemble des TGI de notre échantillon, les surestimations l'emportent en fréquence, en pourcentage et en nombre absolu. De plus, les TGI dont les sur-déclarations sont les plus importantes en chiffres absolus sont les TGI des grandes agglomérations urbaines, ceux qui appartiennent au groupe B avec un ratio d'IT élevé. Par ailleurs, quand on additionne l'activité des 25 TGI, on constate qu'ils déclarent en tout 3 846 IT en 1994 (3 579 en 1995) ce qui représente 50,7 % (43 %/1995) du total des IT déclarées en France métropolitaine. La surestimation totale du nombre d'IT est dans notre échantillon de 775 en 1994 (+ 20%) et de 802 en 1995 (+ 22,4 %). Ces pourcentages ne tiennent pas compte des TGI pour lesquels on ne dispose que du nombre d'IT déclarées (A7-B4 en 1994, B4-B5-C6 en 1995) et qui ne peuvent qu'alourdir la surestimation.

Tableau 2.10 - IT décidées, notifiées et déclarées en 1994 et 1995 (n TGI = 25)

TGI	1994				1995			
	IT décidées	IT. notifiées	IT déclarées	Ecart* (+/-)	IT décidées	IT notifiées	IT déclarées	Ecart* (+/-)
A1	opposé à l'IT	0	0	0	opposé à l'IT	0	0	0
A2	60	33	33	0	74	37	34	-3
A3	0	0	0	0	49	49	55	+6
A4	49	49	49	0	63	63	98	+35
A5	2	2	1	-1	2	2	2	0
A6	0	0	0	0	nd	17	17	0
A7	nd	nd	4	?	10	8	9	0
A8	392	254	377	+123	317	181	304	+123
A9	opposé à l'IT	0	0	0	opposé à l'IT	0	0	0
A10	0	0	0	0	0	0	0	0
B1	980	640	640	0	600	473	473	0
B2	520	461	520	+49	nd	381	400	+19
B3	365	320	365	+45	548	370	548	+178
B4	nd	nd	198	?	nd	nd	181	?
B5	468	234	218	-16	nd	nd	280	?
B6	1110	561	1110	+549	926	506	926	+420
C1	62	62	62	0	46	46	53	+7
C2	32	32	32	0	0	0	0	0
C3	26	26	25	-1	45	45	27	-18
C4	nd	46	46	0	nd	26	47	+21
C5	123	117	130	+13	100	92	105	+13
C6	33	33	33	0	nd	nd	14	?
D1	0	0	0	0	3	2	3	+1
D2	0	0	0	0	nd	5	3	+2
D3	2	2	3	+1	nd	2	0	-2
Total	4472	3070	3846	+776	3689	2780	3579	+802

nd : non disponibles

* Différence entre le nombre d'ITO (déclarées officiellement) et d'ITN (notifiées)

Notre échantillon représente donc en termes d'activité une partie importante de la distribution de l'IT sur le territoire métropolitain : à ce titre, et compte tenu de l'attention portée à équilibrer la sélection des TGI, ce constat renforce la représentativité. En conclusion, deux constats sont significatifs : d'une part, la déperdition au cours de la transition des SP au parquet, figurée par l'écart entre le nombre des ITD et celui des ITN, varie selon les TGI de notre échantillon entre 30 et 40 % ; d'autre part, le nombre total d'ITO, déclarées, n'est pas exact et il est supérieur à la réalité des IT réellement notifiées: ce nombre devrait être réduit de plus de 20 %.

Une fois l'IT notifiée à l'UD, la phase judiciaire du processus n'est pas pour autant terminée, le parquet ayant à organiser la transition de l'UD vers les autorités sanitaires. Cette transition est une étape importante, car elle concrétise le passage de l'UD de son statut de délinquant à celui d'individu à aider, voire à soigner. Ses modalités d'organisation et ses effets demandent à être exposés.

5 - ORGANISATION DU TRANSIT DES USAGERS DES DROGUES VERS LES AUTORITÉS SANITAIRES

Cette séquence de transition de l'UD vers les autorités sanitaires qui suit la notification de l'IT implique le parquet et les représentants de la DDASS. Certains choix sont placés sous l'emprise du parquet, d'autres sous celle de la DDASS, d'autres encore dépendent de leur accord. Ainsi, certains parquets fournissent à l'UD ayant eu une IT notifiée (UD/IT) une convocation à se rendre à la DDASS, d'autres ne lui donnent qu'un numéro de téléphone qu'il aura à charge d'appeler dans un délai plus ou moins long. Dans d'autres cas encore, cette discontinuité est effacée par la présence dans l'enceinte du TGI d'un représentant de la DDASS. Les modalités organisationnelles de la transition reflètent donc des choix, passifs ou actifs, à travers l'existence ou l'absence d'accords passés entre ces deux acteurs, choix qui auront des conséquences. Là aussi les situations varient selon les modalités adoptées et seront évaluées en référence à leur capacité à réduire la déperdition entre le nombre d'UD ayant eu une IT notifiée et le nombre de ceux qui seront reçus par un professionnel de la DDASS. Les principales modalités portent sur les délais, la distance entre les deux lieux et la part de responsabilité laissée à l'UD/IT pour faire les démarches nécessaires. En même temps, les différentes configurations locales reflètent la nature des relations entre le parquet et la DDASS.

Modalités opérationnelles de la transition

On peut répartir les TGI étudiés en trois catégories, selon des conceptions différentes de la transition. Les uns privilégient la proximité et la rapidité, concrétisée par la présence dans le TGI d'un représentant de la DDASS ; d'autres préfèrent une séparation physique bien distincte des deux autorités et donc jugent inutile, voire néfaste la présence de la DDASS dans le TGI ; d'autres enfin, envoient directement leurs UD/IT vers la structure de prise en charge, le plus souvent détentrice du monopole de la prise en charge. Nous avons classé en trois groupes les 23 TGI selon les modalités pratiques correspondant à ces différentes conceptions de la transition (Tableau 2.11).

Dans le premier groupe on trouve les TGI où l'UD/IT rencontre le représentant de la DDASS dans les locaux même du TGI immédiatement après avoir reçu son IT. Ce dispositif est le seul qui, a priori et dans les faits, permette de retrouver le même nombre d'UD/IT reçus à la DDASS que d'IT notifiées par le parquet. Les TGI qui en relèvent (4) sont de loin les moins nombreux. Cette rareté est le résultat d'une opposition à ce type de dispositif, affichée et souvent partagée par les membres des parquets et par les responsables des DDASS correspondantes. Les justifications en sont multiples et reposent, le plus souvent, sur des fondements étrangers à l'effet de déperdition. Nombreux sont ceux qui arguent que la proximité provoque une confusion des fonctions préjudiciable à l'UD, déjà en perte de repères. Du côté des DDASS, ceux qui s'y opposent avancent que cette présence serait un obstacle au strict respect du secret médical et à l'exercice en toute indépendance de leur travail.

Tableau 2.11 - Lieu de réception par le représentant de la DDASS de l'UD/IT (n TGI =23)

TGI	Dans local au TGI	A la DDASS ou antenne	Contact direct avec la SPC
cat. A	8	2 - 3 - 4 - 5 - 7	6 *- 10
cat. B	1	3 - 4 - 5 - 6	2
cat. C	5	1 - 4 - 6	2 - 3
cat. D	2		1 - 3
Total	4	12	7

* Après appel de la DDASS

Dans les deux autres groupes, une déperdition plus ou moins importante est constatée. Le second regroupe 12 TGI où la transition de l'UD/IT consiste à organiser sa rencontre avec l'autorité sanitaire dans les locaux de la DDASS qui peuvent se trouver soit dans la même ville que le TGI, soit dans une autre. Dans ce dernier cas, la DDASS a parfois ouvert une antenne dans la ville où siège le TGI, afin de réduire le risque de déperdition. Dans les deux cas l'UD/IT quittera le TGI avec les coordonnées de la DDASS qu'il devra contacter pour prendre rendez-vous dans un délai prescrit. La justification souvent évoquée d'un tel choix est de faire porter à l'UD la responsabilité de la prise de rendez-vous et donc de tester son engagement à participer à sa prise en charge qui, selon certains, n'aura quelque chance de succès que s'il fait preuve d'une certaine détermination. En règle générale, l'UD/IT a huit jours pour prendre contact avec la DDASS.

Le troisième groupe est celui où le parquet oriente directement l'UD/IT vers une structure de prise en charge (SPC) : 7 TGI y ont recours. La raison principale fournie pour justifier le court-circuit de la DDASS et l'absence d'orientation qu'elle implique est l'existence d'une unique SPC qui détient le monopole du traitement. Il semblerait qu'une telle situation corresponde à un ancrage ancien de la SPC que la DDASS n'a pas su ou voulu remettre en cause ; dans un cas, la cause évoquée est le manque d'effectifs, le poste de médecin inspecteur étant vacant ou occupé seulement par intérim. Mais quelle qu'en soit la raison, le résultat est identique : d'une part, l'UD est dirigé vers la SPC sans que la DDASS n'exerce sa fonction, et d'autre part, tous les UD/IT aboutiront dans la même SPC quel que soit leur profil.

Les trois configurations décrites pour opérer la transition illustrent également le niveau et la qualité des relations entre le parquet et les DDASS. La présence d'un représentant de la DDASS dans le TGI est l'indicateur de relations plutôt bonnes avec le parquet. La présence de la DDASS dans le TGI matérialise également un minimum de consensus sur l'intérêt du recours à l'IT et aussi sur les règles de décision adoptées. En effet, dans ce contexte de proximité spatiale et temporelle, il est plus difficile pour la DDASS de récuser certains UD/IT, comme il est préférable pour le parquet de ne pas se voir immédiatement contredit dans ses décisions ; certes, la proximité n'est pas un gage de consensus sur les indications de l'IT, mais elle réduit sérieusement les possibilités de voir s'installer des options opposées en favorisant un minimum d'échanges et de concertation. Ce qui est loin d'être le cas dans les autres configurations, comme nous le verrons plus loin. Cette présence est donc une reconnaissance par le parquet de la continuité de la chaîne et de la place du partenaire sanitaire, donc d'une relative interdépendance pour assurer une meilleure cohérence. De plus, cette

présence se traduit par un niveau relativement conséquent d'IT notifiées et une certaine régularité. En est-elle la cause ou la conséquence ? Il semblerait qu'elle soit les deux à la fois comme le confirmerait le fait qu'on ne trouve pas de TGI qui présente un faible nombre d'IT en présence de la DDASS, même si certains en font autant malgré son absence. Enfin, cette proximité représente un gage d'un meilleur suivi, ou le rend plus improbable une absence totale d'information sur le devenir des IT envoyées au parquet par la DDASS (à l'exception de B1).

Déperdition au cours de la transition du parquet à la DDASS

Quand on compare sur une année (soit en 1994, soit en 1995) les chiffres produits par les TGI en matière d'IT notifiées avec ceux des DDASS rendant compte du nombre d'UD reçus pour mettre en oeuvre l'IT, des écarts sensibles apparaissent (Tableau 2.12).

On peut constater que les 4 TGI du groupe dont la DDASS reçoit les UD/IT dans l'enceinte du TGI ne présentent aucune déperdition au cours de cette seconde transition, même si l'un d'eux (D2) notifie peu d'IT (tableau 2.11). Ceux des deux autres groupes en perdent plus ou moins, ce pourcentage pouvant aller jusqu'à 45 %. Il faut souligner que si les pourcentages de déperdition constatés dans les deuxième et troisième groupes varient de 0 à 45 %, ils ne recouvrent pas toujours la même réalité. En effet, sur un total de 19 TGI correspondant à ces deux groupes (12 + 7), 7 TGI parmi ceux qui ont notifié des IT indiquent un pourcentage de déperdition égal à 0 en 1994 (6 en 1995) : or, d'une part, deux TGI qui déclarent deux IT (3 en 1995) ne sont pas significatifs, d'autre part pour l'un d'entre eux (deux en 1995), cette non-déperdition affichée est factice. La confusion s'explique par une absence de statistiques établies par les parquets, ceux-ci se contentant d'afficher le nombre d'UD/IT reçus et comptabilisés par leur DDASS comme celui correspondant au nombre d'IT qu'ils auraient notifiées. Ce qui est inexact, le nombre des IT notifiées étant très probablement supérieur.

En conséquence, pour ces quatre TGI, il n'a pas été possible d'établir le pourcentage réel de déperdition, mais il est probable qu'il pourra varier dans des proportions semblables à celui de la moyenne de ces deux groupes. Pour les 4 derniers qui ont une déperdition réellement nulle tout en notifiant un certain nombre d'IT, les explications sont les suivantes : grande proximité de la DDASS (un cas) ou mise en place (par le parquet, mais en accord avec les autorités sanitaires) d'un suivi étroit de l'observance par l'UD à se rendre au rendez-vous fixé avec la DDASS et de relances. Dans ces 3 cas, la séparation physique

Tableau 2.12 - IT notifiées et UDIIT reçus par les DDASS ou SPC (n TGI = 25)

TGI	1994		1995	
	Nb. IT notifiées au parquet	Nb. UD/IT reçues à la DDASS (% déperdit.)	Nb. IT notifiées au parquet	Nb. UD/IT reçus à la DDASS (% déperdit.)
A1	opposé à l'IT	-	opposé à l'IT	-
A2	33	33	37	37
A3	0	0	49	43 (6)
A4	49	27 (45)	63	49 (22)
A5	2	2	2	2
A6	0	0	17	17
A7	4	6 ?	8	10 ?
A8	254	254	181	181
A9	opposé à l'IT	-	opposé à l'IT	-
A10	0	0	(0-18 en 1996)	(0-18 en 1996)
B1	640	640	473	473
B2	461	309 (33)	381	335 (12)
B3	320	307 (4)	370	366 (1)
B4	198*	186 (6)	0181*	181
B5	234	142 (40)	280*	156 (45)
B6	561	561	506	424 (16)
C1	62	62	46	46
C2	32	24 (25)	0	0
C3	26	24 (7)	(45)	nd
C4	46	46	26	26
C5	117	117	92	92
C6	33	33	(14)	nd
D1	0	0	2	2
D2	0	0	5	5
D3	2	2	2	2
Total	3074	2775	2721**	2447

Les chiffres en italiques ne sont pas des données brutes mais ont été calculés à partir de pourcentages et sont donc des estimations.

Les chiffres entre parenthèses d'IT notifiées en 1995 n'ont pas été comptabilisés dans le total, du fait de l'absence de données DDASS/SPC (soit 45 + 14 = 59 IT)

** Nombre d'IT notifiées non fourni par le parquet, c'est celui des IT déclarées qui est repris.*

*** Le total d'ITN 1995 ne porte que sur 23 TGI afin de pouvoir disposer de résultats comparables sur les deux années.*

et temporelle avec la DDASS est compensée par un dispositif de contrôle et de suivi, tout en soulignant qu'il s'agit de petits TGI : moins de 60 IT par an.

Enfin, la formalisation de la transition au moyen d'un quelconque document émis par le parquet en direction de la DDASS peut également être un facteur de réduction de la déperdition, même s'il n'est pas possible d'en mesurer l'impact. Si l'éventualité d'une formalisation ne concerne que les deux derniers groupes, une majorité de parquets concernés signale à la DDASS de façon formelle et quasi-systématique l'envoi d'une personne en IT (14 TGI sur 19). Seuls quelques TGI (C2, C6, D1, D3) des groupes 2 et 3 ont un mode de signalisation plus qu'aléatoire, voire inexistant (A7).

Sur l'ensemble des TGI on constate un taux de déperdition entre le parquet et la DDASS ou la SPC de 10 %, en 1994, et semblable en 1995 (probablement un peu plus élevé du fait de l'absence du nombre d'IT notifiées par B5).

En résumé, en 1994, sur les 23 TGI qui étaient censés envoyer des UD/IT à leur DDASS/SPC, 14 sont concernés par l'éventualité d'une déperdition lors de la transition (17 en 1995), 4 ont une antenne DDASS dans le TGI, et 5 n'ont notifié aucune IT (2 en 1995). Sur ces 14 TGI, 7 affichent une déperdition en 1994 (6/17 en 1995) et seul l'un des 7 restants peut être considéré comme exempt de déperdition. Le phénomène, même s'il est limité dans certains TGI, est donc quasi-général lorsqu'il n'existe pas d'unité de lieu et de temps. Enfin, la catégorie la plus concernée par ce phénomène est la B, avec 4 TGI sur 6 en 1994 et en 1995, où sont concentrés les TGI notifiant le plus grand nombre d'IT.

CHAPITRE III

LA MISE EN OEUVRE DE L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE

La mise en oeuvre de l'IT comme traitement ou prise en charge commence réellement au cours de la rencontre entre l'UD qui s'est vu notifier une IT (UD/IT) avec un membre de l'autorité sanitaire, la DDASS. Cette séquence et cet acteur permettent d'opérer la jonction entre l'acteur judiciaire et l'acteur médical (ou psycho-social) qui, le plus souvent, assurera le traitement. Si son rôle est défini par les textes, en fait, l'autorité sanitaire peut étendre ou réduire son champ de compétence et assurer selon les cas différentes fonctions.

Il faut rappeler que le rôle de l'acteur sanitaire a été défini de façon plus ou moins précise et évolutive par les différentes circulaires. L'évolution constatée en vingt cinq années tend à l'extension des missions de la DDASS. Au départ, la circulaire de 1971 lui avait attribué un triple rôle : interface avec le corps médical ; contrôle du déroulement de l'IT ; information du parquet sur ce déroulement. La circulaire de 1987 a ajouté une fonction d'orientation et celle de pré-diagnostic qui consistent à envoyer, selon leur profil, les UD/IT vers des SPC qui leur soient adaptées au mieux. En 1995, les fonctions attribuées par les circulaires aux DDASS en matière d'IT sont celles d'interface, d'orientation et de suivi. De plus, la circulaire de 1995 laisse la possibilité aux DDASS de prendre en charge au sein même de l'institution sanitaire certains usagers, cela sans plus de précisions. Aucune recommandation ne précise la nature et le nombre du personnel qui aura à assurer ces différentes fonctions.

La description de la mise en oeuvre de l'IT par les DDASS s'attachera donc à montrer comment, par qui, et avec quel niveau de mobilisation sont assurées ces fonctions dans les pratiques quotidiennes, si certaines sont privilégiées et d'autres occultées, voire si de nouvelles sont générées, et avec quelles conséquences.

FONCTIONS ASSURÉES PAR LES DDASS

Aux 25 TGI étudiés ne correspondent que 21 DDASS, certaines mettant en oeuvre les IT de plusieurs TGI situés dans un même département. De plus, au sein de notre échantillon, 2 TGI ne font aucune IT en 1994, 1995 et 1996, ce qui justifie l'absence de deux DDASS supplémentaires. Aussi, à ce stade du processus, notre échantillon ne comptera que n DDASS = 19 par lesquelles transitent les UD ayant eu une IT notifiée (UD/IT) correspondant aux 23 TGI suivis qui notifient des IT. Le cas particulier d'une DDASS dédoublée porte ce nombre à 20 ; celle-ci, formellement responsable de deux TGI présents dans son département (A3 et A4), a ouvert une antenne dans la ville du second qui s'avère, à l'examen, disposer d'une autonomie et d'une pratique suffisamment différentes pour la distinguer de la DDASS d'origine. Bref, il y a 19 autorités sanitaires administratives et 20 acteurs sanitaires responsables de la mise en oeuvre de l'IT : nous considérerons donc 20 DDASS. Cette distorsion entre le nombre de TGI ($n = 23$) et le nombre de DDASS ($n = 20$) pourrait s'avérer une source de confusion au regard de notre objectif qui est de suivre le processus de l'IT depuis le parquet jusqu'à sa fin. C'est pourquoi, dans chaque tableau figurant une activité ou une fonction propre aux DDASS, correspondront en fait les TGI. Les TGI représentent notre « sujet traceur », celui qui est suivi tout au long du processus dont sont issus les UD/IT et sur lesquels s'exercent les différentes fonctions. Le total des DDASS étudiées et celui des TGI qui en relèvent sera ainsi toujours différent ; le premier figure le nombre d'autorités sanitaires à l'origine de l'action, le second celui des cibles concernées. Enfin les TGI d'un même département relevant d'une même DDASS seront identifiés par une numérotation en italique : C2, C3 et D1 dépendent d'une même DDASS ainsi que C5 et D2.

Les responsables de l'IT au sein des DDASS ont de leurs rôles une conception sensiblement commune, même si certains en négligent tel ou tel aspect dans la pratique et que d'autres se contentent de n'assurer que leurs fonctions administratives. En dehors du groupe où la DDASS ne joue aucun rôle, ou simplement celui de simple boîte à lettres (groupe 3 du Tableau 3.11) et qui comprend près d'un tiers de l'échantillon (7 TGI), la plupart reconnaissent en premier leur fonction d'interface. Cette fonction peut être par ailleurs plus ou moins active et plus ou moins étendue. En direction du parquet, elle permet d'assurer l'information sur le déroulement de l'IT et de déboucher sur de nouvelles décisions en cas de manquement au bon déroulement de l'IT. Le contenu et la régularité de la fonction d'interface permet de structurer les relations avec les parquets qui peuvent être soit denses, soit très ténues, voire inexistantes. En direction des

SPC, cette fonction d'interface varie également, mais son contenu et ses enjeux sont différents.

La fonction d'interface représente un socle commun à l'ensemble des DDASS à partir duquel elles vont exercer un nombre plus ou moins important de fonctions : d'orientation, de traitement, de suivi et d'intégration de l'ensemble de la mise en oeuvre. S'y ajoute une fonction particulière, à nos yeux importante, celle de sélection des UD ayant reçu une IT, fonction étrangère aux textes légaux régissant l'IT. Nous allons les détailler et montrer comment, pour chacune d'elles, se répartissent les 20 DDASS.

Fonction d'orientation

La fonction d'orientation vers les SPC ne peut être exercée qu'à la double condition que se déroule un entretien-diagnostic avec l'UD/IT et qu'existent plusieurs SPC adaptées et accessibles. Si l'une des deux conditions vient à manquer, la fonction d'orientation est réduite à une simple formalité administrative sans impact réel.

Quatre configurations en matière d'orientation par les DDASS ont été constatées (Tableau 3.1). La première correspond à une absence totale d'orientation, les DDASS étant de fait court-circuitées et/ou cantonnées dans un rôle de boîte à lettres : ces DDASS (5) correspondent aux 7 TGI identifiés plus haut où les UD/IT sont directement envoyés soit par le parquet, soit par les SP à la SPC. Ce premier groupe représente donc près du tiers des DDASS. Le second groupe concerne 2 DDASS qui n'exercent pas cette fonction, même si elles reçoivent les UD/IT dans leurs locaux, faute de choix, une seule SPC détenant le monopole de la prise en charge. Les troisième et quatrième groupes de DDASS font réellement une orientation, la différence ne tenant qu'au nombre de SPC disponibles et utilisées. Le nombre des SPC vers lesquelles peuvent être orientés les UD/IT varie entre 2 et 7 selon les DDASS. Elles ont été réparties en deux groupes : l'un disposant de deux à trois possibilités, l'autre de quatre ou plus.

S'il n'est pas possible de prédire la qualité de la prise en charge réalisée par ces structures, leur diversité, et donc les possibilités de choix, apparaît en mesure de mieux répondre aux différents diagnostics des UD/IT établis par les DDASS. La diversité des SCP utilisées traduit la reconnaissance de l'hétérogénéité des UD et le besoin de services différents pour essayer de répondre à une dépendance variable dans son expression comme dans ses causes. En cela, les DDASS qui disposent de multiples SPC et les utilisent s'inscrivent dans l'évolution de la loi de 1970 qui a élargi à

d'autres acteurs que médicaux (psychologues, travailleurs sociaux) la responsabilité du « traitement ». On peut constater que le nombre de DDASS qui ont les moyens de réaliser une véritable orientation des UD/IT et le font reste limité : 6 (correspondant à sept TGI), tandis que 7 autres le font de façon réduite.

Tableau 3.1 - Fonction d'orientation des DDASS (n DDASS =20 ; n TGI = 23)

DDASS	Pas d'orientation	Orientation	Deux à trois	Quatre à sept
TGI				
cat. A	10 - 6	7	3 - 4 - 5	2 - 8
cat. B	2		1 - 5	3 - 4 - 6
cat. C	2 - 3	4	1 - 6	5
cat. D	1 - 3			2
Total	7	2	7	7

Les chiffres en italiques indiquent les TGI relevant d'une même DDASS

Fonction de traitement

Cette fonction n'était pas prévue dans les missions des DDASS jusqu'à la dernière circulaire de 1995. Celle-ci l'évoque comme une possibilité que certaines DDASS aient anticipé, mais elle demeure un choix laissé à leur discrétion ; elle suppose de disposer d'un personnel spécialisé (médecin), possédant certaines compétences en la matière et de surcroît motivé. Un tiers environ des DDASS étudiées mettent en oeuvre directement le traitement, ou du moins s'en attribuent la charge pour certains UD/IT au terme de l'entretien-diagnostic. Certains UD/IT, pour lesquels une prise en charge lourde ne leur paraît pas justifiée, en majorité des usagers de cannabis, sont directement traités par les médecins ou psychologues de la DDASS. Il va de soi que seules les DDASS vers lesquelles sont envoyés des UD/IT pour cannabis disposent d'une telle latitude. Il s'agit donc d'une petite minorité. En effet, sur les 16 TGI qui décident de prononcer des IT pour les usagers de drogue douce (cf. Tableau 2.4), 8 DDASS utilisent la possibilité de trier à l'intérieur de ce public ceux qui seront traités directement par son personnel spécialisé. De façon exceptionnelle 3 DDASS prennent en charge également le traitement de certains usagers de drogues dures (Tableau 3.2 ci-contre).

Tableau 3.2 - Fonction de traitement (n DDASS =20 ; n TGI = 23)

DDASS	Pas de traitement	Traitement possible	Traitement possible
TGI			
cat. A	3 - 4 - 6* - 7 - 10*	5	2 - 8
cat. B	1- 2* - 4 - 6	3	5
cat. C	2* - 3* - 4 - 6	5 - 1	
cat. D	1* - 3*	2	
Total	15	5	3

* TGI dont les UD/IT sont directement envoyés à la (aux) SPC

Fonction de suivi

Toutes les circulaires insistent sur cette fonction qui correspond à plusieurs objectifs : 1) permettre aux DDASS de connaître le déroulement du traitement, c'est-à-dire surtout l'observance par l'UD/IT du protocole de prise en charge de la SPC ; 2) mettre en oeuvre les moyens nécessaires pour relancer l'UD/IT défaillant au cours du traitement ; 3) transmettre certaines informations nécessaires au parquet pour éclairer sa décision, soit de classer le dossier au terme du traitement, soit de relancer les poursuites à l'encontre d'un UD/IT qui ne s'y serait pas conformé. Le contenu de ce suivi varie beaucoup en fonction des DDASS, de la conception qu'elles ont de leur rôle et des relations qu'elles entretiennent avec les membres du parquet et les professionnels en charge des traitements. De plus, cette fonction nécessite des outils adaptés, une organisation conséquente et des procédures formalisées.

Les 20 DDASS étudiées se répartissent en quatre groupes en fonction de leur implication et de la place accordée au suivi des UD/IT au cours du traitement (Tableau 3.3). Font partie du premier groupe, les DDASS qui n'assurent aucun suivi ; dans ce cas, les SPC sont censées transmettre directement l'information au parquet, mais il arrive qu'elles ne le fassent pas. Ce groupe concerne près du tiers des DDASS (6) correspondant à 6 TGI, et on y retrouve presque toutes celles qui n'assurent pas l'orientation des UD/IT. Les trois autres groupes concernent les DDASS qui remplissent cette fonction de suivi, la différence tenant à sa qualité et à son utilisation. Un groupe de 5 DDASS n'effectue qu'un suivi formel des UD/IT, en se limitant à communiquer une information de type binaire (oui/non) au parquet sur le

début formel de l'IT et/ou sur la fin de la prise en charge. Aucune information ne circule en amont et en aval sur le déroulement même du traitement, certaines de ces DDASS se contentant même de n'indiquer au parquet que le début de l'IT implicitement admis comme critère unique de sa réalisation effective. Dans les deux derniers groupes, ont été rassemblées les DDASS qui sont informées et s'informent du déroulement réel de la prise en charge et surtout des éventuelles interruptions constatées par les responsables du traitement. Elles ne diffèrent entre elles que par l'usage qu'elles font de cette information qui peut servir, selon le groupe, soit à relancer l'utilisateur défaillant (fonction sanitaire), soit à le faire tout en informant le parquet quand elles le jugent nécessaire (fonction judiciaire). On peut donc dire que des deux groupes qui font un suivi réel, le premier utilise la menace judiciaire formelle dans une perspective sanitaire (4 DDASS/4 TGI), ce dont le parquet semble se satisfaire ; le deuxième (7 DDASS/8 TGI) fait un suivi à partir d'une logique mixte sanitaire et judiciaire.

Tableau 3.3 - Fonction de suivi assurée par les DDASS (n DDASS = 20 ; n TGI = 23)

DDASS	Pas de suivi	Suivi formel orienté judiciaire	Suivi réel orienté sanitaire	Suivi réel orienté sanitaire et judiciaire
TGI				
cat. A	10	8	3 - 4	2 - 5 - 6 - 7
cat. B	2 - 5*	1 - 6		3 - 4
cat. C	2 - 3	6	1 - 4	5
cat. D	1	3		2
Total	6	5	4	8

* Début de suivi mis en place en 1996

Fonction d'intégration

Cette fonction n'est définie par aucune des circulaires relatives à l'IT. Pourtant, certaines DDASS s'attachent à l'assurer, ce choix étant directement corrélé à la façon dont sont remplies les fonctions précédentes. Par fonction d'intégration il est entendu que la DDASS s'affirme comme l'acteur central sur lequel repose la mise en oeuvre effective et aboutie de la prise en charge et donc de l'IT. Pour assurer cette fonction, de nombreuses conditions doivent

être réunies autour d'une conception positive de l'IT et d'une organisation conséquente permettant à la DDASS de s'installer au centre du réseau sur lequel repose l'IT. La DDASS devient alors le véritable régulateur de la mise en oeuvre de l'IT par sa capacité à compenser les multiples insuffisances des différents acteurs situés en amont et en aval de son champ d'action. Bien entendu, cette fonction reste sans effet sur le nombre d'UD/IT qui transiteront par la DDASS, sauf dans de très rares cas où la qualité de ses relations avec le parquet lui permet d'agir en faveur d'une ouverture plus large ou d'une meilleure sélection des UD. Cette fonction d'intégration permet en outre de rendre visible aux acteurs situés en début et en bout de chaîne les effets de leurs choix, et donc de décroquer un univers fragmenté par l'hétérogénéité des participants et de leurs objectifs. Bref, développer la fonction d'intégration nécessite d'organiser une dynamique de coopération impliquant une circulation de l'information. Mais rares sont les DDASS qui se sont emparées de cette fonction en se dotant des moyens nécessaires pour l'assurer.

De façon concrète, l'intégration par la DDASS de la mise en oeuvre de l'IT se traduit par un certain nombre d'attitudes et de modalités d'action appliquées de façon régulière. Tout d'abord une conviction dans l'intérêt de l'IT est la condition préalable ; il apparaît que celle-ci repose en grande partie sur la qualité de la personne qui en a la charge et sur une certaine continuité de sa présence. Ensuite, la DDASS devra disposer des informations nécessaires concernant le déroulement de l'IT et en assurer la circulation en amont et en aval. En amont, l'indicateur qui permet de juger de cette capacité d'intégration est l'existence et la fréquence des réunions avec le parquet ; il traduit une reconnaissance mutuelle de leur interdépendance et du besoin d'ajuster leurs pratiques en fonction des informations recueillies sur la mise en oeuvre de l'IT. Aussi faut-il attacher de l'importance au fait qu'il soit soudainement mis un terme à ce type de réunions ou au contraire qu'elles soient instaurées dans une perspective de renouvellement des pratiques de l'IT. En aval, vis-à-vis des SPC, la fonction d'intégration est plus difficile à assurer, du fait de leur éparpillement et souvent de leur faible intérêt pour l'IT, en particulier avec les médecins libéraux. Enfin, vis-à-vis des UD/IT, cette fonction d'intégration est pour l'essentiel exercée à l'issue du traitement sous la forme d'une consultation systématique dans le but d'évaluer l'impact du traitement et parfois au cours de l'IT, quand l'UD l'interrompt. Enfin, un autre indicateur permet de juger de la fonction d'intégration par la DDASS de l'IT : l'existence d'un outil informatique opérationnel permettant la collecte et le traitement de l'ensemble des informations et le suivi en temps réel des usagers en cours de traitement.

Il est très rare que l'ensemble de ces indicateurs ou moyens qui figurent la fonction d'intégration se trouvent réunis au sein d'une même DDASS. Nous avons choisi de répartir l'ensemble des DDASS en quatre groupes situés sur une échelle figurant la fonction d'intégration (Tableau 3.4). Ces groupes ont été établis sur la base des différents critères précisés, tout en attribuant à certains un poids plus important. Le premier et le dernier groupe sont les plus simples à définir puisqu'ils correspondent, le premier (6 DDASS correspondant à 8 TGI) à une absence totale d'intégration (pratiquement aucun des critères n'est présent) et le dernier (1 DDASS), au degré le plus élevé avec le maximum de critères.

Tableau 3.4 - Fonction d'intégration (n DDASS = 20 ; n TGI = 23)

DDASS	Aucune intégration	Intégration minimum	Intégration importante	Intégration élevée
TGI				
cat. A	6** - 10	5 -	2 - 3 - 4* - 7* - 8	
cat. B	1 - 2	5 - 6	4	3
cat. C	2 - 3	4 - 6	1* - 5	
cat. D	1 - 3		2	
Total	8	5	9	1

* Changement en 1995-1996, auparavant dans groupe 2.

** Pas d'intégration, mais fonction de suivi assurée.

Les deuxième et troisième groupes n'assurent qu'en partie cette fonction, le second de façon minimaliste (5 DDASS), le troisième de façon plus complète, mais avec certaines lacunes (8 DDASS). Les critères qui permettent de dire que dans le second groupe l'intégration est réduite au minimum sont les suivants : un suivi limité et variable, une continuité et une motivation du personnel ayant la charge de l'IT relative et une communication avec le parquet réduite à son aspect formel. Bref, une traduction minimaliste des directives réglementaires sur l'IT émises jusqu'en 1996. Le troisième groupe où l'intégration peut être qualifiée d'importante, réunit les critères présents dans le précédent, mais avec une conviction et une qualité renforcées, auxquels s'ajoutent certains des critères suivants : par exemple, une communication avec le parquet qui permet à la DDASS d'avoir une influence sur ses règles de décision et ses modes de fonctionnement, des relations avec les SPC plus qu'administratives, l'existence d'une consultation avec l'UD/IT à la DDASS en cas d'interruption du traitement et en fin d'IT, l'utilisation effective de l'outil informatique, le

suivi régulier de la prise en charge. Le quatrième groupe, réduit à une seule DDASS, est considéré comme disposant d'un niveau d'intégration élevé, du fait qu'il cumule l'ensemble des critères précédemment évoqués.

Les conclusions qui se dégagent à l'analyse de la fonction d'intégration assurée par les DDASS sont de trois ordres : 1) une majorité n'assure pas de fonction d'intégration réelle : 11 DDASS auxquelles correspondent 13 TGI (8 + 5) même si certaines satisfont au minimum requis par les circulaires ; 2) une seule exception dans notre échantillon figure la possibilité d'une intégration poussée conforme à une effectivité maximum au niveau de la mise en oeuvre de l'IT, rareté dont nous discuterons plus loin la signification et les facteurs déterminants ; 3) la frontière entre les groupes 2 et 3, bien que réelle, peut apparaître parfois imprécise et surtout sujette à modifications, pour peu qu'émergent de nouvelles conditions sous-tendues par une volonté nouvelle au sein de la DDASS.

Fonction de sélection des UD ayant une IT notifiée

Tous les UD qui ont eu une IT notifiée par les parquets ne feront pas pour autant l'objet d'une prise en charge. En effet, même si aucune circulaire n'en prévoit l'éventualité, nous avons pu constater que certains UD/IT se trouvaient récusés lors de leur premier contact avec l'autorité sanitaire ou avec l'acteur en faisant office. En d'autres termes, ces derniers jugent que l'IT n'est pas indiquée dans le cas de ces UD. D'une façon générale, ces usagers sont des consommateurs de drogue douce, aucun UDDu/IT n'étant récusé par les professionnels des DDASS.

Sur les 20 DDASS qui, conformément aux textes, devraient prendre le relais des parquets une fois l'IT notifiée, 8 sélectionnent leur public d'UD/IT et donc en réduisent le nombre, alors que 12 ne le font pas, auxquelles correspondent respectivement 9 et 14 TGI. Rappelons que parmi ces 12 DDASS non sélectives, la moitié (6) correspond à des TGI où l'IT n'est notifiée qu'aux UDDu, ce facteur expliquant l'absence de sélection par ces DDASS et donc d'exclusion. De plus, 2 DDASS (correspondant à 4 TGI) parmi ces 12 sont absentes du processus, les UD/IT étant directement envoyés aux SPC, ce qui en fait réduit à 4 le nombre de DDASS pour lesquelles une absence d'exclusion correspond à un choix délibéré. La répartition aboutit à trois groupes (Tableau 3.5) : le groupe 1, de 8 DDASS, (correspondant à 6 + 4 = 10 TGI) où l'absence d'exclusion est structurellement déterminée ; le groupe 2, de 4 DDASS (4 TGI), où l'absence d'exclusion est volontaire ; le groupe 3, de 8 DDASS où l'exclusion est effective (correspondant à 9 TGI).

Tableau 3.5 - Fonction de sélection des DDASS (n DDASS = 20 ; n TGI = 23)

DDASS	Absence structurelle d'exclusion		Absence volontaire d'exclusion	Exclusion pratiquée
	UDDu seuls	DDASS absente		
TGI				
cat. A	2 - 4 - 6 - 10		3 - 5* - 7	8
cat. B	1	2	3	4 - 5 - 6
cat. C		2 - 3		1 - 4 - 5 - 6
cat. D	3	1		2
Total	10		4	9

* Très faible nombre d'UDI/IT reçus à la DDASS

C'est donc dans le seul groupe 3 que le passage à la DDASS des UD/IT a pour effet qu'un certain nombre d'entre eux seront récusés et n'auront donc pas de traitement, tandis qu'une minorité de DDASS (3) n'opèrent délibérément aucune sélection. Il apparaît ainsi qu'une forte tendance à l'exclusion du public des UDDo soit la règle : soit ils sont exclus de l'IT en amont par les SP et les parquets, soit ils le seront au moment de l'orientation par la DDASS. En effet, sur le total des 23 TGI qui notifient des IT, les UD de 19 d'entre eux seront l'objet d'une exclusion sur le critère du produit, c'est-à-dire récusables car ne consommant que des drogues douces, ou du moins interpellés par les SP sur ce constat : 10 en amont et de façon systématique, 9 au niveau de la DDASS.

Quelle est l'importance de cette exclusion qui concerne donc uniquement les UDDo/IT et quelle proportion de l'ensemble des UD/IT reçus par les 8 DDASS sélectives représente-t-elle? De façon générale, l'importance de l'exclusion varie en fonction du nombre d'UDDo/IT transmis à la DDASS et il apparaît que plus ce nombre est élevé, plus cette exclusion sera massive (sauf une exception, B3, où le rapport est inversé : nombre absolu d'UD transmis à la DDASS élevé et absence d'exclusion). Sur l'ensemble du public ayant reçu une IT au parquet, le pourcentage d'UD qui n'iront pas dans une SPC à la suite de leur entretien avec l'autorité sanitaire varie de quelques pour cent à 70 %, montrant par là que la sélection peut être un simple affinement ou une véritable remise en cause des règles de décision utilisées par les parquets (Tableau 3.6). Les 8 DDASS vers lesquelles sont envoyés des UD/IT de drogue douce (groupe 3) et qui en récusent certains se répartissent en trois groupes : un groupe de 3 DDASS (auxquelles correspondent quatre TGI) récusent entre 10 et 40 % du total des UD/IT qui

leur sont transmis par les parquets (UD de drogues douces et dures), un second qui compte 2 DDASS (deux TGI) entre 40 et 60 % et un troisième de trois DDASS (3 TGI) entre 60 et 70 %.

Tableau 3.6 - Impact de la sélection par les DDASS sur l'ensemble des UDI/IT (drogues douces et dures) reçus (n DDASS = 8 ; n TGI = 9)

DDASS	Exclusion de 10 à 40 % des UD/IT reçus	Exclusion de 40 à 60 % des UD/IT reçus	Exclusion de 60 à 70 % des UD/IT reçus
TGI			
cat. A	8		
cat. B		5	4 - 6
cat. C	5 - 6	4	1*
cat. D	2		
Total	4	2	3

* D'après les chiffres de 1996.

La plupart des DDASS sélectives excluent certains UD/IT après un entretien dont le but est de se faire une conviction sur l'inutilité ou sur l'intérêt de l'IT. Le produit est donc à la fois un critère important mais insuffisant, celui-ci pouvant être relativisé par l'existence de caractéristiques particulières de l'UD : son niveau de consommation, son degré de dépendance et ses conditions socio-économiques. Il est intéressant de noter que dans ce cas, il ne s'agit pas d'une décision a priori, mais déterminée par la juxtaposition d'une autre grille d'évaluation de l'UD. En conséquence, plus cette nouvelle grille aura été ignorée au niveau du parquet, plus l'exclusion sera importante. La plupart des DDASS sélectives considèrent qu'un faible niveau de dépendance rend inutile l'IT, tout comme de bonnes conditions d'insertion socio-économiques. Mais elles ne disposent, en la matière, que d'informations frustrées, soit par l'absence d'enquête de personnalité, soit par la déconsidération qu'elles portent à cet outil. Quant aux UD/IT jugés inaptes à recevoir une prise en charge quelconque, ils sont tout simplement renvoyés au terme de cet entretien-diagnostic, quelques DDASS imposant parfois une seconde rencontre avec l'UD pour décider de la « fin de l'IT ».

L'importance du phénomène sélectif et les justifications qui l'accompagnent éclairent la difficulté à répondre sur un plan sanitaire, à toutes les situations réunies sous le seul critère d'usage de drogues illicites. A l'évidence, la sélection traduit deux tendances : d'une part, la difficulté à regrouper toutes les ILS, qu'il s'agisse d'usage de drogue douce ou de drogue dure, occasionnel ou régulier, dans le même protocole de traitement sanitaire, d'autre part qu'il existe à l'heure actuelle un déficit en SPC adaptées à la

« pathologie » des UDDo si ceux-ci relevaient d'un traitement ou d'une prise en charge. Par contraste, les DDASS qui reçoivent des UDDo/IT sur lesquels elles opèrent une exclusion réduite, montrent que, même en l'absence de SPC capables de prendre en charge ce type d'usagers (dans ce cas le traitement est souvent réalisé par les professionnels de la DDASS), l'IT est jugée utile à la condition d'en changer le contenu et les objectifs.

Exclusion des UD de drogues douces dans le public reçu par les DDASS

La fonction de sélection ne concerne que les UD ayant eu une IT pour usage de drogue douce et concerne les huit DDASS correspondant à 9 TGI. A la différence du taux d'exclusion qui a été précédemment calculé sur le nombre total des UDDo et UDDu reçus par les DDASS (cf. Tableau 2. 6), ici, le pourcentage d'exclusion est calculé uniquement sur le public d'UD drogues douces : il peut varier de 10 à 100 %.

Sur les 8 DDASS qui font de la sélection sur le public des UDDo, 3 atteignent 100 %, c'est-à-dire récusent de façon systématique les UDDo/IT notifiés par le parquet. Ces 3 DDASS correspondent à 3 TGI qui ont une activité importante en matière d'ILS et d'IT notifiés (ratio et chiffre absolu d'IT élevé ou relativement élevé) : B5, B6 et A8. Dans les 5 autres DDASS (correspondant aux TGI B4, C1, C4, C5, C6, D2), ce pourcentage varie de 10 à 70 %, indiquant par là l'existence de critères sélectifs et d'un entretien-diagnostic pour décider si l'UD aura ou non son IT. Trois facteurs convergent pour expliquer la variabilité du taux d'exclusion. Le premier correspond à une plus ou moins grande activité en matière d'IT notifiées et donc au nombre d'UD/IT reçus à la DDASS : dans la plupart des cas, celles qui en reçoivent relativement peu montrent une propension moindre à exclure, corollaire du constat précédent. Le second facteur est représenté par l'existence ou l'absence d'une coordination suffisante entre les parquets et les DDASS permettant de s'entendre (de façon implicite ou explicite) sur des critères communs de sélection des UDDo. Enfin, le dernier facteur capable d'éclairer la variation du pourcentage d'exclusion est l'existence ou l'absence de SPC en mesure de recevoir ce type d'usagers comme l'indique le tableau 2.1 sur la fonction d'orientation des DDASS. En effet, dans ces 5 DDASS qui font un entretien-diagnostic (qui correspondent aux 5 TGI cités) avec un pourcentage d'exclusion réduit (entre 10 à 70 % des UDDo) 3 disposent de 4 à 7 possibilités de prise en charge (B4, C5 et D2), deux de 2 à 3 SPC (C1, C6) et une seule (C4) ne fait qu'une orientation formelle définie plus haut par l'existence d'un quasi monopole en matière de SPC.

2 - DDASS EN ACTION

Les fonctions exercées par les DDASS de façon différenciée demandent des développements pour essayer de distinguer les variables qui en déterminent la présence ou l'absence. Cette section concerne le déroulement de la consultation de l'UD/IT à la DDASS : elle porte sur la nature du personnel qui la réalise, le contenu de la consultation et les informations recueillies, l'attention accordée au sida et la durée fixée de la prise en charge.

Personnel en charge de l'IT : nature et niveau de mobilisation

Tout d'abord, nous avons cherché à savoir qui, au sein de la DDASS, se trouve en mesure d'exercer tout ou partie des différentes fonctions : nombre, origine professionnelle et statut administratif. Dans cette section, sont décrites les DDASS disposant d'un personnel chargé de la mise en oeuvre de l'IT, soit les 20 DDASS correspondant aux 23 TGI où des IT sont notifiées. Une seule DDASS (correspondant à 3 TGI, C2-C3-D1) n'a aucun professionnel en charge de l'IT, celle-ci étant totalement absente du processus de l'IT. Sur les 19 DDASS restantes, le personnel en charge de l'IT varie largement en nombre, en compétence et en statut. Nous avons réparti les DDASS en 4 groupes qui croissent en complexité, ou mieux, en allant d'une quasi absence de professionnels spécifiques à une présence significative (Tableau 3.7).

Tableau 3.7 - Personnel en charge de l'IT à la DDASS (n DDASS = 19 ; n TGI = 20)

DDASS	Secrétaire seule	Médecin seul ou avec une secrétaire	Plusieurs médecins	Équipe pluri-professionnelle
TGI				
cat. A	6 - 10	3 - 4 - 5	7	2 - 8
cat. B	2	4	1 - 3	5 - 6
cat. C		1 - 5 - 6		4
cat. D	3	2		
Total	4	8	3	5

Le premier groupe (4 DDASS/4 TGI) n'aligne qu'une secrétaire chargée de fonctions strictement administratives ; ce groupe correspond sans grande surprise au groupe précédemment identifié des DDASS court-circuitées, n'assurant aucune fonction propre à l'IT. Dans le second groupe (7 DDASS/ 8 TGI), un médecin généraliste répond seul à l'ensemble des IT, assisté parfois d'une secrétaire assurant les fonctions administratives. Ce médecin est le plus souvent vacataire, disposant d'une permanence hebdomadaire de quelques heures pour recevoir les UD/IT. Dans ce groupe, une seule DDASS (correspondant à deux TGI C5-D2) emploie à mi-temps un médecin généraliste contractuel chargé de l'IT pour les 2 TGI du département qui en compte 4.

Le troisième groupe est caractérisé par la présence de plusieurs médecins assistés d'une secrétaire assurant la permanence administrative. Ce groupe, limité à 3 DDASS (3 TGI), recouvre en fait des réalités relativement différentes. Pour deux d'entre elles, la multiplicité des médecins, généralistes ou spécialistes, toujours vacataires, correspond au besoin d'accueillir un flux conséquent d'UD/IT. La troisième DDASS de ce groupe, où le flux est nettement moins important, a recruté un second médecin pour faire face à une augmentation récente des UD/IT. Il semblerait que le recours à plusieurs médecins assurant chacun quelques heures de vacation soit le produit de contraintes administratives et professionnelles, les vacations étant plus aisées à obtenir que des postes et les médecins peu enclins à consacrer beaucoup de temps à cette activité. Les conséquences en sont plutôt négatives sur la mise en oeuvre effective de l'IT, en raison de l'hétérogénéité des critères utilisés par chacun d'eux, par la faible capacité de suivi qui en découle et par un degré réduit d'intégration de la mise en oeuvre de l'IT (sauf pour B3 où la nécessité de recourir à deux médecins vient de ce qu'une partie des UD/IT sont directement pris en charge à la DDASS).

Enfin, le quatrième groupe, qui comprend 5 DDASS/TGI, est le seul à disposer d'une équipe pluriprofessionnelle (pouvant associer un psychologue, un éducateur et/ou une assistante sociale) assistée d'une secrétaire. Dans un seul cas, l'équipe pluriprofessionnelle ne comptait pas de médecin. Il faut rappeler que la circulaire de 1984 indiquait la possibilité de recourir à une prise en charge de type socio-éducatif et encourageait donc à une approche pluridisciplinaire de la toxicomanie. C'est le seul des 4 groupes de DDASS où le personnel présent correspond aux ambitions affichées de l'IT.

En termes de statut, il ressort que 70 % des professionnels en charge de l'IT des DDASS étudiées ont un statut de vacataire et que ce pourcentage atteint près de 95 % quand il ne concerne que les seuls professionnels

réalisant l'IT, c'est-à-dire en excluant le personnel administratif. Beaucoup considèrent ce statut précaire comme un élément contraire à un bon fonctionnement de l'IT, que seul un intérêt personnel marqué en faveur de l'approche médico-sociale de la toxicomanie permet de compenser.

En termes de formation, les médecins des DDASS sont des généralistes à 65 %, dont plus de la moitié assurant des vacations dans d'autres structures ; des spécialistes pour 20 % d'entre eux, avec une majorité de psychiatres ou psychanalystes et, dans un seul cas, un praticien hospitalier. Les autres médecins sont des médecins inspecteurs de santé publique qui reçoivent les UD/IT quand ils sont peu nombreux, exerçant en général dans des DDASS de petits départements.

Les usagers de drogues reçus en consultation à la DDASS

Cette section porte sur la nature du public reçu, à travers la connaissance qu'en ont les DDASS en termes d'information recueillie et sur le contenu de la consultation, préalable à l'orientation et/ou au traitement de l'UD/IT.

A la question : quelles informations sont recueillies par les DDASS sur les UD/IT qu'elles reçoivent, la réponse se résume à trois constats. Premièrement, l'intérêt accordé à cette information varie d'une absence quasi totale à un véritable système d'information contenant les principaux paramètres concernant les UD/IT reçus et leur devenir. Deuxièmement, la qualité et la fiabilité de ces informations sont en relation avec l'utilisation qui en est faite par la suite indiquant que, plus cette connaissance est considérée comme importante et utile, plus son recueil en sera développé. Troisièmement, dans l'ensemble, les statistiques disponibles en matière d'UD/IT ont tendance à pécher par un manque de précision. Les DDASS ne sont pas tenues de fournir au ministère de la Santé d'autres éléments que les données quantitatives justifiant les crédits alloués en fonction du nombre d'UD reçus pour une IT. Toutes les informations supplémentaires sur les UD eux-mêmes et sur le contenu de la prise en charge sont ainsi le fait du bon vouloir de certains professionnels de certaines DDASS.

Sur les 20 DDASS de notre échantillon, dont dépendent les 23 TGI qui notifient des IT, au moins 8 ne disposent que de statistiques sommaires, voire inexistantes et les informations n'ont pu être établies, dans certains cas, qu'en réponse à notre demande. L'absence ou l'insuffisance des données fournies par certaines DDASS sont liées à une absence soit d'outil informatique, soit de personnel compétent, soit encore de motivation. Bien sûr, quand la DDASS est absente et les UD/IT directement envoyés à la

SPC, cette défaillance devient la règle ou se limite à une compilation statistique minimum faite par une secrétaire. On ne peut que s'interroger sur les causes d'une telle lacune, les conséquences en matière de suivi de l'IT étant d'ores et déjà bien identifiées.

En ce qui concerne les 12 DDASS restantes, l'information disponible, sans être complète, est au moins suffisante pour constituer un outil élémentaire permettant de mieux connaître le public reçu et son devenir. Cette information repose pour l'essentiel sur l'établissement systématique d'une « fiche épidémiologique » pour chaque UD/IT contenant à la fois ses données personnelles et médicales que viennent compléter quelques informations sur le suivi de l'IT, le tout étant saisi sur informatique. Ce recueil systématique de données n'est pas le privilège des DDASS de gros départements, mais semble bien plus le résultat d'une volonté et de l'intérêt à disposer de données fiables. Sur les 15 DDASS de notre échantillon par lesquelles transitent les UD/IT, 11 disposent pour chaque UD/IT d'une fiche descriptive centrée sur l'usage de drogue. En fait, seules 9 DDASS s'en servent vraiment comme un outil de suivi des personnes en IT et à des fins statistiques. Au total, seule la moitié des DDASS (A2, A5, A7, A8, B3, B4, B5, B6, et C1 à partir de 1996) disposent donc d'un tel outil et l'utilisent en vue d'une meilleure connaissance du recours à l'IT.

Les statistiques décrivant le public d'UD/IT de notre échantillon ne font que confirmer celles déjà publiées à l'échelon national. Le profil type de l'UD/IT reçu par les DDASS ou directement envoyé par le parquet aux SPC est un homme dans 87 % des cas, le plus souvent célibataire, âgé en moyenne de 24 ans (compris entre : 18 ans et 34 ans) et dans un cas sur deux sans activité professionnelle ou dans une situation précaire (contrat précaire, stage de formation, RMI, étudiant). L'âge varie en fonction du produit consommé : l'âge moyen des UD/IT consommant de l'héroïne se situe autour de 30 ans, celui de l'usager de cannabis autour de 23 ans.

La proportion de personnes pour lesquelles l'IT représente le premier contact avec une structure sanitaire est, pour les 12 DDASS qui disposent de cette information, en moyenne de 67 % des UD/IT reçus. Ce pourcentage cache d'importantes disparités selon les DDASS. En effet, 5 DDASS (6 TGI A2 - B4 - B 6 C2 et C3 et B2) se situent bien au dessus de cette moyenne et ce premier contact concerne 80 à 90 % des UD/IT. Ce pourcentage élevé correspond à des DDASS situées dans des grands départements en général fortement urbanisés et qui reçoivent souvent un nombre important d'UDDo, pour la plupart relativement jeunes.

Notons cependant que, lorsque les DDASS disposent de cette information, elles ne précisent pas si ce pourcentage correspond au nombre d'UD/IT pour qui il s'agit d'un premier contact avec une DDASS ou avec une SPC. Cette distinction a son importance, dans la mesure où selon qu'il s'agit d'un contact avec la DDASS ou d'un contact avec une structure sanitaire, ce pourcentage peut varier fortement. En effet, plus une DDASS refuse d'UDDo ayant eu une IT notifiée, plus il faudra réviser à la baisse ce pourcentage, ces derniers continuant à rester en dehors du système de soins, alors qu'ils sont comptabilisés dans ceux qui ont eu un contact avec une structure sanitaire.

Attention accordée à l'infection à VIH-Sida

C'est au cours de la consultation réalisée par le professionnel de santé de la DDASS que la question du VIH-Sida pourra être évoquée. Cela suppose que ce dernier effectue un interrogatoire détaillé débordant largement le thème de l'usage de drogue. Cet intérêt pour le Sida comporte plusieurs volets qui peuvent se traduire par des questions précises ; l'une sur l'éventualité d'une séropositivité, l'autre sur la connaissance du statut sérologique de l'UD et enfin à propos des risques en liaison avec ses pratiques addictives. Rares sont les DDASS qui recueillent de façon formalisée les réponses à ces questions. Le plus souvent, les médecins interrogés se contentent, soit d'évoquer cette possibilité, soit plus souvent encore de répondre à nos questions de façon positive. À l'évidence ce sujet n'est pas, pour la plupart d'entre eux, une priorité. Deux chiffres permettent de se faire une idée plus précise de l'importance accordée au VIH-Sida au cours de la consultation. D'une part, sur les 15 DDASS de notre échantillon qui reçoivent les UD/IT, 12 disent recommander à l'UD/IT de faire un test s'il ne l'a déjà fait. D'autre part, seules 2 DDASS connaissent le pourcentage d'UD/IT séropositifs reçus en 1995 et ont pu nous les fournir : A8 : 20 % et B6 : 46 %. Il s'agit dans les deux cas de gros départements fortement urbanisés. Il semblerait donc, d'une part que rares sont ceux qui cherchent systématiquement à en savoir plus et a fortiori à informer ou à orienter dans cette perspective et, d'autre part, que l'information sur ce thème n'est pas une priorité pour la plupart. Beaucoup justifient ce manque d'intérêt par leur certitude que cette question sera abordée par les professionnels de santé des SPC.

Un dernier constat s'impose : aucune relation ni allusion n'a été faite par les responsables des DDASS rencontrés sur la prévalence locale du sida et sur celle des toxicomanes. Le cloisonnement ou l'absence d'intérêt sur ces données semblent dominer.

Durée de l'IT

Quelle est la durée de l'IT, est-elle préalablement déterminée et à quel acteur revient la responsabilité de la fixer ?

En règle générale, la durée de l'IT n'est pas décidée au cours de l'entretien-diagnostic réalisé par le professionnel de la DDASS. Soit elle est la même pour tous les UD/IT pris en charge et fixée par la DDASS seule ou à la suite d'un accord avec le parquet, soit elle l'est par la SPC comme le recommande la circulaire de 1995. Dans le premier cas elle est fixe, dans le second elle est adaptée à chaque UD/IT et varie à l'intérieur d'une fourchette. Il faut rappeler que la durée du traitement n'est fixée par aucune des circulaires relatives à l'IT.

Sur les 15 DDASS qui reçoivent physiquement des UD/IT, la durée est imposée par 8 d'entre elles, les 7 autres laissant aux SPC le soin d'en décider. Elle est également fixée par la SPC dans le cas où les UD/IT leur sont directement envoyés par le parquet. En moyenne, la durée d'une IT est de 6 mois. Elle varie d'un minimum de deux/trois mois à un maximum de deux ans, que la décision ait été prise par la DDASS ou par la SPC. Dans la majorité des cas, une durée de six mois est présentée comme étant compatible avec une conception de l'IT comme « le début de quelque chose ». Dans cette perspective, l'IT a pour objectif d'introduire l'UD/IT dans un processus au long cours allant, espère-t-on, au-delà de l'IT. En fait, seule une minorité d'UD/IT prolonge l'IT par une démarche de soins volontaire c'est là un premier indicateur de l'efficacité de l'IT, quand son objectif se limite à l'induire.

Quand la liberté est laissée à la SPC de fixer la durée de l'IT en fonction du profil et des besoins de l'UD/IT, ce choix correspond à une moindre volonté d'intégration par la DDASS en termes de suivi et de contenu de l'IT. La distribution de la fonction d'intégration selon les DDASS (cf. Tableau 3.4) montre que celles qui présentent une intégration importante ou élevée sont également celles qui fixent elles-mêmes, une fois pour toutes, la durée de l'IT (B1 étant la seule DDASS où une absence d'intégration coexiste avec une durée fixée à son initiative). A cet égard, la durée de l'IT fixée par la DDASS s'apparente à une norme et à un instrument de contrôle des DDASS sur le déroulement de la prise en charge par les SPC.

Il existe trois cas de figure concernant la décision de la durée de l'IT (Tableau 3.8) : un premier groupe ne compte qu'une seule DDASS/TGI où la durée de l'IT est aléatoire et imprécise, probablement établie par la SPC ; un deuxième groupe comprend 8 DDASS /9 TGI où la durée est établie par la DDASS et est en général fixe ; enfin le troisième groupe, 11 DDASS/13 TGI,

est celui où la durée de l'IT est décidée par les SPC : la plupart du temps elle varie au cas par cas dans une fourchette allant de 2 à 12 mois .

Tableau 3.8 - Établissement de la durée de l'IT (n DDASS = 20 ; n TGI = 23)

TGI	Durée aléatoire	Durée établie par DDASS et fixe	Durée établie par SPC selon cas
cat A		2 - 3 - 8	4 - 5 - 6 - 7 - 10
cat B	5	1 - 3 - 6	2 - 4
cat C		1 - 5	2 - 3 - 4 - 6
cat D		2	1 - 3
Total	1	9	13

STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE RELEVANT DES UD/IT

Il s'agit ici de détailler les différents types de SPC où sont pris en charge les UD/IT, les critères sur lesquels se fondent le choix des DDASS quand celui-ci existe et les relations entre ces deux acteurs de la mise en oeuvre de l'IT. Rappelons (cf. tableau 3.1) qu'il existe quatre possibilités en matière d'orientation, correspondant à quatre groupes : un groupe où aucune orientation n'est assurée, du fait de l'absence de DDASS ; un groupe où elle est formelle car limitée à une seule SPC ; un troisième où existent 2 à 3 possibilités de prise en charge ; un quatrième groupe enfin où ce nombre est égal ou supérieur à 4. Il faut souligner, par ailleurs, que les DDASS sont le plus souvent incapables de fournir le pourcentage des UD/IT qui vont dans chacune des SPC. Néanmoins, il est intéressant de décrire le type de SPC correspondant à chacun des 4 groupes et les critères évoqués par les responsables de DDASS pour y envoyer leurs UD/IT, quand le choix existe.

Types de SPC utilisées par les DDASS

En reprenant les groupes de DDASS selon la fonction d'orientation, les constats sont les suivants : concernant le premier groupe où aucune orientation n'est réalisée (7 TGI) les SPC vers lesquelles sont directement envoyés les UD/IT sont essentiellement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) (5 DDASS/5 TGI) le plus souvent d'ailleurs en situation de monopole (sauf dans un cas où deux CSST sont utilisés). Les UD/IT des deux DDASS/TGI restantes sont envoyés systématiquement, les uns vers un psychiatre libéral, les autres vers un praticien hospitalier.

Pour le second groupe où tous les UD/IT sont envoyés vers une seule SPC (orientation formelle), celle-ci est, dans les deux cas, un CSST. Pour les deux autres groupes où les DDASS opèrent une orientation réelle et qui se distinguent par le nombre de SPC utilisées, toutes ont recours à au moins un ou plusieurs CSST et à des médecins généralistes ou psychiatres. Les autres SPC sont par ordre de fréquence : les centres médico-psychologique, (CMP), (6 DDASS/6 TGI), des services d'hôpitaux psychiatriques (3 DDASS/3 TGI), des structures à vocation sociale (4 TGI), des unités de prise en charge d'alcooliques (1 DDASS/2 TGI), des centres de prise en charge des toxicomanes en milieu hospitalier (1 TGI).

Critères du choix des SPC

Il va de soi que les critères de choix des SPC ne concernent que les deux derniers groupes (13 DDASS/ 14 TGI), les deux premières (7 DDASS/9 TGI) n'utilisant de fait aucun critère.

La diversité des SPC disponibles est une condition nécessaire pour que la DDASS soit en mesure d'adapter la prise en charge au profil de l'UD/IT, mais en pratique elle n'est pas suffisante. Certes, quand un diagnostic de l'état de dépendance lié au produit est établi celui-ci représente un critère important d'orientation. Ainsi, quand une cure de désintoxication apparaît nécessaire à l'UD, celui-ci sera généralement envoyé dans une structure lourde de type hospitalier. Quand, à l'opposé, l'usage semble n'être qu'une conséquence d'un état psychologique et social défaillant, les UD/IT seront plutôt envoyés vers des structures multi-professionnelles comme les CSST ou vers une assistante sociale de secteur, etc. Mais en règle générale, l'orientation vers une SPC à partir du diagnostic précisant l'état de dépendance de l'UD/IT et son origine apparaît comme l'un des critères utilisés, le plus souvent même comme un critère secondaire. En effet, d'autres critères jouent un rôle déterminant : le premier est l'existence d'un médecin traitant signalé par l'UD/IT vers lequel celui-ci sera systématiquement orienté, sauf si ce premier s'y refuse ; le second est le critère géographique qui privilégie la proximité du domicile de l'UD/IT. Cette forte tendance des responsables sanitaires à décider du choix de la SPC sur des critères extérieurs à l'état de l'UD/IT ne va pas sans poser quelques problèmes, du fait que cette priorité aboutit à neutraliser la fonction d'orientation, fondée, elle, sur le diagnostic médico-psycho-social. Elle est dans tous les cas révélatrice d'une conception limitée de la fonction de l'IT, réduite ici au rétablissement du contact avec un médecin, sans remise en cause de sa pertinence et de son contenu. Bref, il apparaît que la propension à fonder le choix de la SPC sur de tels critères équivaut à manquer une occasion

(rare) de s'interroger sur la pertinence d'un choix réalisé antérieurement par l'UD lui-même et sur des critères subjectifs.

Relations entre les DDASS et les SPC

Il s'agit ici de qualifier les relations entre les DDASS et les SPC qui portent d'une part sur l'organisation du passage des UD/IT vers les SPC et, d'autre part, sur la fréquence et le contenu des échanges concernant le déroulement de l'IT. Savoir ce qui se passe au cours de la prise en charge des UD/IT fait partie de la fonction de suivi de la DDASS et relève surtout de sa volonté à assurer la fonction d'intégration. Certes, une SPC peut ne fournir aucune information à la DDASS, quand bien même celle-ci en serait demandeur. Mais pour que cette situation perdure, il faudrait soit que la DDASS s'en satisfasse, soit qu'elle ne dispose d'aucune alternative pour modifier un tel état, ce qui est rarement le cas. Ainsi l'échange d'informations sur le déroulement de l'IT apparaît en premier lieu un produit de la détermination de la DDASS à les obtenir. Pour qualifier ces relations, tour à tour seront exposées l'organisation de la transition des UD/IT vers les SPC, l'information fournie par les SPC aux DDASS et l'utilisation qui est faite de cette information.

Organisation de la transition vers les SPC

L'organisation de la transition des UD/IT vers les SPC est une séquence importante dans la mesure où elle peut être une source de déperdition, certains UD/IT n'aboutissant pas aux structures censées les prendre en charge. Selon les modes de transmission utilisés et leur degré de formalisation, cette déperdition est plus ou moins importante même si ses effets en termes quantitatifs sont difficiles à établir de façon précise. Ils peuvent l'être en partie, de façon indirecte à la lumière des résultats sur la fin de l'IT qui seront, eux, détaillés plus loin.

Les DDASS se répartissent en fonction de deux grands modes de transmission des UD/IT vers les SPC : certaines laissent une totale indépendance à l'UD/IT censé se réapproprier par là la démarche de soin ; d'autres, dans un souci de mieux contrôler cette transition informent en même temps la SPC de l'envoi de l'UD/IT.

En termes de formalisation, sur les 15 DDASS qui reçoivent physiquement des UD/IT, seules 6 (A2, A7, A8, B4, B6, C1) prennent le soin de prévenir en temps réel, par téléphone ou par fax, la SPC de l'envoi d'un UD/IT. Les autres DDASS laissent à l'UD/IT le soin de prendre contact avec la SPC, en lui demandant de renvoyer à la DDASS le certificat de prise en charge. Certaines d'entre elles préviennent en plus par courrier la SPC de l'envoi

d'un UD/IT. Dans tous les cas, ce dernier devra prendre contact avec la SPC dans un délai de huit à quinze jours, mais il apparaît, dans les faits, que ce délai soit plutôt d'un mois.

Informations fournies aux DDASS par les SPC

Les informations fournies par les SPC aux DDASS sur le déroulement de l'IT sont déterminées par la nature de leurs relations et varient en fonction du type de SPC. La fréquence, le contenu, et la qualité de ces informations conditionnent la qualité du suivi des UD/IT par les DDASS et l'utilisation qu'elles peuvent faire de cette information.

Plusieurs facteurs semblent déterminer la circulation d'information entre les DDASS et les différentes SPC. En premier lieu, il faut rappeler l'importance de la fonction d'intégration pour obtenir des SPC des informations jugées nécessaires au suivi des UD/IT. Nous ne disposons à ce sujet que de données qualitatives permettant d'esquisser la diversité des comportements des SPC en la matière et selon la nature de leurs relations. Les relations avec les structures conventionnées, type CSST, sont ambiguës, marquées d'une part par un souci d'indépendance de ces dernières et leur hostilité foncière et historique à l'IT et, d'autre part, par leur dépendance administrative. Si la tendance est à fournir un minimum d'information, la DDASS est en position d'en exiger davantage si elle en a la volonté et y trouve un intérêt.

En ce qui concerne les médecins libéraux, les DDASS ne peuvent compter que sur leur bon vouloir et sur leur disposition à rendre régulièrement compte du déroulement de l'IT. Seuls un bon choix et de bonnes relations sont en mesure de les amener à coopérer. Les SPC pour lesquelles le retour d'information semble poser le plus de problèmes sont les organismes de soins à vocation plus large que le seul traitement des toxicomanes. Il s'agit des CMP et des services hospitaliers souvent peu enclins à renvoyer l'information aux DDASS. En termes de contenu et de fréquence des informations fournies aux DDASS, il est possible de distinguer 5 groupes sur l'ensemble des 20 DDASS de notre échantillon (Tableau 3.9).

Le premier groupe est celui où est constatée une absence totale d'information entre les deux acteurs (4 DDASS avec 6 TGI), soit du fait que la DDASS est absente ou court-circuitée, soit parce que l'information est donnée directement par l'UD/IT à la DDASS, les SPC se refusant à un contact direct avec celle-ci. Un deuxième groupe (2 DDASS/2 TGI) illustre le cas où le retour d'information aux DDASS est réduit à un minimum : la notification du début de prise en charge de l'UD. Dans le troisième groupe (5 DDASS/5

TGI) vient s'ajouter une notification de fin de l'IT et parfois le signalement de l'interruption de l'IT. Les quatrième et cinquième groupes rassemblent les 9 DDASS/10 TGI où l'information fournie par les SPC est régulière, sous forme de fiches standardisées assurant un véritable suivi, le dernier groupe (2 DDASS/2 TGI) se distinguant par des informations supplémentaires sur le contenu même du traitement

Tableau 3.9 - Informations fournies par les SPC aux DDASS (n DDASS = 20 ; n TGI = 23)

DDASS	DDASS absente Pas d'informat.	Information sur début de prise en charge	Information sur début et fin de de la prise en charge	Information régulière mais formelle	Information régulière et sur traitement
TGI					
cat. A	10		8	3 - 4 - 5 - 6 - 7	2
cat. B	2 - 1*	5 - 6	3	4	
cat. C	2 - 3		4 - 6	5	1
cat. D	1		3	2	
Total	6	2	5	8	2

* UD/IT chargé de l'information

Utilisation de l'information par les DDASS

La principale information fournie sur le déroulement de la prise en charge au cours de l'IT par les SPC concerne son éventuelle interruption par l'UD/IT. Sur les 14 DDASS qui disposent d'une information suffisante de la part des SPC (groupes 3, 4 et 5 du tableau 3.9), 7 (A7 - B3- B4 - C1 - C2 - C5, A2 et A4) relancent elles-mêmes l'UD/IT quand elles sont averties de sa défaillance. Parmi les DDASS qui relancent leurs UD/IT, seules 2 (A2 - A4) convoquent l'UD/IT afin de connaître les raisons de l'interruption et si nécessaire proposent une nouvelle orientation, les autres se contentant d'un ou de plusieurs courriers. L'information représente donc une dimension importante du suivi par les DDASS et de leur capacité à réagir en temps réel face à des défaillances de l'UD/IT dont l'observance du traitement apparaît comme l'un des maillons faibles du dispositif. De plus, la mise en place et la maintenance d'un outil permanent d'information est révélateur de la volonté de certaines DDASS d'opérer un suivi minutieux, bénéfique en priorité à l'UD/IT.

4 - FIN DE L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE : DÉFINITIONS, RÈGLES ET CONSÉQUENCES

La fin de l'IT ne fait l'objet d'aucune définition précise, les circulaires laissant une grande latitude pour en juger et n'imposant aucun critère sur le fond ni sur la forme. Néanmoins, la décision de considérer l'IT terminée est une étape importante dans la mesure où, en général, elle signifie que l'UD/IT a suivi le traitement prescrit et qu'un tel constat permet au parquet de classer le dossier. Cette information lui est donc particulièrement destinée car là est sa principale fonction.

La notification de la fin de l'IT suit un chemin inverse de celui de la mise en oeuvre : dans un premier temps la SPC informe (ou non) la DDASS de la fin de l'IT, dans un second temps, la DDASS informe (ou non) le parquet à ce sujet. La réalité que recouvre cette notification dépend essentiellement des SPC et pour partie des DDASS, mais reste extérieure aux parquets qui se contentent de l'enregistrer.

La fin de l'IT : une réalité diversifiée

Il s'agit ici de figurer les différentes définitions de fin de l'IT établies par les DDASS en interaction avec les SPC. Trois acceptions possibles de ce que la fin de l'IT recouvre ont pu être observées. La première peut correspondre à une guérison, c'est-à-dire au succès du traitement suivi au cours de la prise en charge, la seconde à un déroulement conforme de celle-ci en termes d'observance par l'UD/IT et enfin la troisième, à une formalité déclenchée de façon quasi-automatique. Ces trois acceptions sont celles qu'utilisent et qu'évoquent les responsables des DDASS qui ont la charge de notifier la fin de l'IT en vue de la transmettre au parquet.

La guérison n'est qu'exceptionnellement évoquée comme fondement de la notification de la fin de l'IT, faute d'outils d'évaluation et d'un doute sérieux et généralisé quant à sa réalité. Dans notre échantillon, il ressort que les différents acteurs ne croient pas à une sortie effective (et durable) de la dépendance pour les UDDu alors que, dans quelques cas, ils la considèrent possible pour les UDDo. Le climat général est au fatalisme et l'éventualité d'une guérison pour les usagers de drogue dure est repoussée dans un avenir hypothétique et lointain. Si bien que, dans l'esprit de nos interlocuteurs, la « fin de l'IT », n'est presque jamais synonyme de « réussite du traitement au cours de l'IT ». Sur l'ensemble de notre échantillon, seule une DDASS (A2) se fixe pour objectif la possibilité de faire cesser la consommation d'héroïne et se dote de moyens pour en contrôler l'effectivité au cours du

traitement. Dans ce cas, la durée de l'IT est fixée à un an et l'UD/IT est contrôlé par le médecin de la DDASS à intervalles réguliers, que le traitement soit dispensé exclusivement sur place ou dans une SPC externe.

À cette exception près, la fin de l'IT correspond pour l'ensemble de ceux qui la formalisent à un constat du bon déroulement du processus de prise en charge, conformément à ce qui était prévu par la SPC et/ou par la DDASS. Certaines DDASS se contentent d'une notification par la SPC de cette conformité ; d'autres en contrôlent l'effectivité, soit formellement auprès de la SPC, soit directement auprès de l'UD/IT.

Afin de rendre compte des formes à travers lesquelles la fin de l'IT est notifiée en vue d'informer le parquet, nous avons réparti les DDASS et les TGI correspondants en fonction des informations que cette notification véhicule.

Le Tableau 3.10 présente trois groupes de DDASS correspondant aux différentes réalités que recouvre la notification de la fin de l'IT : un groupe de 5 DDASS /5 TGI pour lesquels la fin de l'IT ne paraît correspondre à aucune réalité (absence de DDASS, information sur le déroulement de l'IT réduite à son début) ; un groupe de 8 DDASS/10 TGI où la SPC informe la DDASS du déroulement conforme de l'IT sans plus de détails ; pour le dernier groupe de 7 DDASS/8 TGI, cette information vient s'ajouter une quelconque modalité de vérification par la DDASS, soit formelle (1 DDASS/1 TGI), soit sous forme d'une visite de contrôle sur l'UD/IT convoqué à cet effet (6 DDASS/7 TGI).

Tableau 3.10 - Information sur la fin de l'injonction thérapeutique (n DDASS = 20 ; n TGI = 23)

DDASS	Pas d'information	Information sur déroulement conforme de l'IT	Information sur déroulement conforme de l'IT validé par la DDASS
TGI			
cat. A		5 - 6 - 8 - 10	2 - 3 - 4 - 7
cat. B	1* - 2 - 5 - 6	4	(1*) - 3
cat. C		2 - 3 - 4 - 6	1 - 5
cat. D	3	1	2
Total	5	10	8

* Modulation selon les cas : en général pas d'information, mais relève du groupe 3 pour les « cas lourds ».

Retour d'information au parquet

Le retour d'information par la DDASS au parquet sur la fin de l'IT présente plusieurs aspects. D'une part, la fin de l'IT correspond à deux types d'information possibles : soit l'UD/IT a de façon implicite ou explicite suivi le traitement prévu, soit le parquet est informé de sa défection malgré toutes les relances de la DDASS. D'autre part le parquet peut être ou non informé par la DDASS, ou dans certains cas par la SPC, de la fin de l'IT. Enfin, le retour d'information peut avoir des conséquences en termes de suites données par le parquet en cas de défection de l'UD/IT. Quand elle a lieu, la notification de la fin de l'IT au parquet aboutit à un classement par celui-ci et le dispense de toute vérification sur le contenu de l'IT, comme sur la réalité de son déroulement. Les seules réactions possibles du parquet concernent les notifications signalant l'interruption de l'IT à propos desquelles il pourra choisir l'une des trois possibilités suivantes : pas de poursuites et classement, poursuites déterminées au cas par cas ou poursuites systématiques. Aucune statistique n'ayant été fournie en la matière, nous avons été contraints d'établir cette ventilation uniquement en fonction des réponses des membres du parquet.

Les 23 parquets de notre échantillon se répartissent de la façon suivante en fonction de l'utilisation qu'ils font de l'information signalant une défection de l'UD/IT (Tableau 3.11). Un premier groupe de 4 TGI n'est tout simplement pas mis au courant d'une éventuelle défection comme également de la fin de la prise en charge : l'absence d'information y est donc permanente, ces TGI classant la procédure soit immédiatement après avoir notifié l'IT à l'UD (B5, D3), soit dès qu'ils ont été avertis du début de la prise en charge (B2- B6). Un deuxième groupe comprend 1 TGI qui, bien qu'informé d'une défection à l'IT, ne poursuivra pas. Le troisième groupe compte 4 TGI qui, informés d'une interruption, poursuivront seulement au cas par cas. Enfin, le dernier groupe (14 TGI) représente l'attitude la plus courante : les parquets, informés par les DDASS ou les SPC d'une défection, poursuivront systématiquement. L'absence de statistiques sur le nombre de poursuites engagées par les parquets à la suite de défection, en fonction d'une part du nombre d'IT interrompues, et d'autre part en fonction du nombre d'IT décidées, limite largement la portée des déclarations.

D'une façon générale, l'intérêt du parquet en matière de bonne fin de l'IT ou d'interruption de l'IT représente un indicateur de son intérêt pour l'IT. La connaissance par les parquets du pourcentage d'IT menées à leur terme conformément au processus prévu représente une information importante sur l'effectivité du dispositif et plus particulièrement sur les effets des

Tableau 3.11 - Information du parquet par la DDASS/SPC d'une défection et conséquence pénale (n TGI : 23)

TGI	Pas d'informarion	Information reçue sans poursuite	Information et poursuite au cas par cas	Information et poursuite systématique
cat. A			2 - 7 - 10	3 - 4 - 5 - 6 - 8
cat. B	2 - 5 - 6			1 - 3 - 4
cat. C		6	3	1 - 2 - 4 - 5
cat. D	3			1 - 2
Total	4	1	4	14

NB. Les parquets relevant d'une même DDASS (C2-C3-D1) n'affichent pas la même règle en la matière, C3 se distinguant des 2 autres.

décisions des parquets en matière d'IT. Il s'avère que seuls 6 parquets sur les 23 de notre échantillon connaissent de façon assez précise le nombre d'UD/IT ayant suivi leur IT jusqu'à son terme (A3 - A7 - A10 - B3 - C1 - C5) auxquels s'ajoute D3 qui n'a que 2 IT par an. Il faut noter par ailleurs que sur ces 6 parquets, 2 (B3 et C5) établissent des statistiques sur leurs UD/IT interpellés une nouvelle fois après la fin de leur IT.

Il se dégage un certain nombre de conclusions à propos de l'usage et de l'intérêt accordé à la fin de l'IT. La première, et la plus importante, est son caractère formel quelles que soient les procédures de notification utilisées par les DDASS. En effet, notifier à un moment donné la fin de l'IT n'apporte aucune information sur son déroulement, encore moins sur son contenu ou sur ses effets. En conséquence, rien ne permet de remettre en cause la fin de l'IT puisque la notification se suffit à elle-même. Quelle que soit la volonté de la DDASS de jouer le rôle d'intégrateur et la bonne volonté des SPC à l'informer, le résultat sera le même car n'ouvrant sur aucune perspective. La fin de l'IT signifie simplement la fin du contrat passé entre le parquet, la DDASS, la SPC et l'UD où chacun semble avoir rempli ses obligations, la mise en oeuvre de l'IT figurant ainsi une boîte noire. Cette conclusion recoupe notre constat antérieur : une grande majorité des DDASS (15 TGI : 5 +10) n'accordent que peu d'intérêt à la réalité du déroulement de la prise en charge de l'UD/IT par les SPC (cf. Tableau 3.10). La seconde conclusion est qu'en l'absence de données précises du devenir des UD/IT, les parquets ne sont pas en mesure de porter un regard évaluatif sur leurs pratiques et donc sur leurs décisions. Enfin, dernière conclusion, on peut s'interroger

sur une attitude généralisée des parquets favorable aux poursuites en cas de défection, alors qu'ils ne disposent pas des informations nécessaires sur le déroulement même de l'IT ni de moyens pour réduire ces éventuelles déflections.

Observance du protocole par l'UD/IT

A la question : « *quelle est la proportion d'UD reçus dans vos services et orientés vers les SPC qui ont achevé leur IT et qu'entendez-vous par là ?* », les responsables des DDASS font souvent état de pourcentages, sans toujours être en mesure d'exhiber leurs données. De plus, ces pourcentages représentent des réalités sensiblement différentes selon leurs exigences dans la définition de l'observance de l'IT. Pour certains, celui-ci correspond à un nombre de consultations préalablement définies, pour d'autres, il témoigne du « respect du contrat », pour d'autres encore il traduit un progrès réel de l'UD au cours de l'IT.

Sur un plan quantitatif (moyenne établie sur les années 1994 et 1995), les pourcentages relatifs au nombre d'UD/IT ayant achevé leur IT « de façon conforme » montre un taux de défection important au cours de cette étape. Sur les 20 DDASS, 3 sont dans l'incapacité de répondre à cette question, soit faute de se livrer à une approche rétrospective, soit du fait de leur absence dans le processus, et 1 n'a reçu aucune IT. Les 16 DDASS qui connaissent ou estiment ce pourcentage se répartissent en trois groupes (Tableau 3.12). Un premier groupe de 4 DDASS/4 TGI où le taux d'observance de l'IT est bas, compris entre 20 et 45 % des UD/IT reçus à la DDASS et orientés vers une SPC ; un second groupe où ce taux est moyen, supérieur à 45 % (8 DDASS/ 9 TGI) ; un troisième où ce taux est élevé, entre 60 et 70 % (4 DDASS/6 TGI).

Tableau 3.12 - Taux de déroulement conforme de l'IT (n DDASS = 16 ; n TGI = 19)

DDASS	Taux bas (entre 20 et 45 %)	Taux moyen (supérieur à 45 %)	Taux élevé (entre 60 et 70 %)
TGI			
cat A	7 - 10	2 - 4 - 5 - 6	8
cat B	1	3 - 5	4
cat C	6	5	2 - 3 - 4
cat D		2 - 3	1
Total	4	9	6

Le tableau suivant (3.13) fait apparaître pour les 25 TGI le nombre d'UD/IT reçus à la DDASS, ou à la structure qui en fait office et le nombre, réel ou estimé, des UD ayant terminé leur IT selon les différentes acceptions. Les estimations ont été faites sur la base, soit des pourcentages fournis par leurs responsables (9 TGI), soit, dans le cas où même le pourcentage était inconnu, sur la moyenne constatée dans la catégorie à laquelle appartient le TGI (3 TGI) ; dans ce dernier cas, pour les 2 TGI qui appartiennent à la catégorie B, la moyenne d'UD ayant terminé leur IT est de 39 %, et pour celui de la catégorie C elle est de 59 %. On obtient ainsi les nombres estimés d'IT terminés suivants : pour B2 = 120 ; pour B6 = 218 ; pour C1 = 36.

En comparant le nombre d'UD ayant terminé leur IT avec celui des UD reçus par les DDASS ou SPC on constate un écart sur l'ensemble des TGI qui notifient des IT. La différence correspond à plusieurs phénomènes : 1) aux UD/IT reçus à la DDASS récusés (le plus souvent les UDDo) et dont nous ne ne connaissons pas le nombre (sauf une estimation en termes de pourcentage) ; 2) aux UD/IT qui ne se sont pas présentés à la SPC ; 3) aux UD/IT qui n'ont pas terminé leur prise en charge et donc leur IT (les défaillants). Au total pour les 23 TGI, 1 266 UD auraient « terminé » leur IT sur les 2 775 UD reçus par les DDASS, soit 45 %.

Synthèse des étapes de déperdition des UD au cours de l'IT

En matière d'IT terminées, 892 représentent le total de 22 TGI et 1 266 inclut les 3 TGI (B2, B6, C1) dont les chiffres indisponibles ont été estimés.

Le Tableau 3.14 récapitule les traductions quantifiées de la déperdition des UD interpellés au cours des séquences successives. Il fournit une vision synoptique du phénomène, de sa généralité et de son ampleur.

Les 4 premières colonnes du tableau reprennent, pour l'année 1994, les 4 étapes du processus qui traduisent chacune une réalité différente de l'IT et l'effet quantifié de déperdition en passant de l'une à l'autre. La cinquième colonne rappelle les statistiques officielles en matière d'IT par TGI. La sixième affiche les pourcentages d'IT terminées par rapport aux IT décidées et aux IT notifiées, quand ce nombre est différent.

Tableau 3.13 - Nombre d'UDI/IT reçus par les DDASS/SPC ayant terminé leur IT (1994)

TGI	UD/IT reçus à la DDASS	IT « terminées »	Données partielles disponibles (1995 ou 1996)
A1	opposé à l'IT	-	
A2	33	21	
A3	0	0	43 reçues et 26 terminées
A4	27	14	
A5	2	2	
A6	0	0	17 reçues et 9 terminées
A7	6	5	10 reçues et 2 terminées
A8	254	201	
A9	opposé à l'IT	-	
A10	0	0	18 reçues et 8 terminées
B1	640	192	
B2	309	120*	
B3	307	205	
B4	186	63	
B5	142	42	
B6	561	218*	
C1	62	36*	45 reçues et 7 terminées
C2	24	19	
C3	24	19	
C4	46	24	
C5	117	76	
C6	33	8	
D1	0	0	
D2	0	0	5 reçues et 2 terminées
D3	2	1	2 reçues et 1 terminée
Total	2775	892 (1266)**	

Les chiffres en italiques sont des estimations tirées de pourcentages annoncés par les DDASS ou SPC
 *Nombre d'UD ayant terminé l'IT estimé à partir du pourcentage moyen de la catégorie à laquelle ils appartiennent.

** Le total de 892 ne tient pas compte des 3 TGI dont les chiffres ont été estimés (B2, B6, C1), (1266) les incluant.

Tableau 3.14 - Déperditions constatées au cours des étapes du processus de l'IT (1994)

TGI	Nombre d'IT décidées	Nombre d'IT notifiées	Nombre d'UD/IT reçus à la DDASS	Nombre d'UD ayant terminé	Nombre d'IT déclarées (rappel)	% IT terminées /IT décidées (/IT notifiées quand ±)
A1	opposé à l'IT	-	-	-	-	-
A2	60	33	33	21	33	35(63)
A3	0	0	0	0	0	ns
A4	49	49	27	14	49	28
A5	2	2	2	2	1	ns
A6	0	0	0	0	0	ns
A7	nd	4	6	5	4	ns
A8	392	254	254	201	377	51(80)
A9	opposé à l'IT	-	-	-	-	-
A10	0	0	0	0	0	ns
B1	980	640	640	192	640	20(30)
B2	520	461	309	120*	520	23(26)
B3	365	320	307	205	365	56(64)
B4	nd	198	186	63	198	32
B5	468	234	142	42	218	9(30)
B6	1110	561	561	218*	1110	19(39)
C1	62	62	62	36*	62	40
C2	32	32	24	19	32	60
C3	26	26	24	19	25	73
C4	nd	46	46	24	46	52
C5	123	117	117	76	130	(62-65)
C6	33	33	33	8	33	24
D1	0	0	0	0	0	ns
D2	0	0	0	0	0	ns
D3	2	2	2	1	3	ns
Total	4472	3070	2775	892 (1266)	3846	33 (41)

ns : non significatif.

*Nombre d'UD ayant terminé l'IT établi à partir d'une estimation en utilisant le pourcentage moyen constaté dans la catégorie à laquelle ils appartiennent.

NB : les chiffres en italiques ont été calculés à partir de pourcentages.

En matière d'IT terminées, 892 représentent le total de 22 TGI et 1 266 inclut les 3 TGI (B2, B6, C1) dont les chiffres indisponibles ont été estimés.

Conclusions

En 1994, parmi les UD interpellés pour lesquels une IT a été *décidée* par les parquets des 25 TGI, c'est-à-dire à la suite d'une sélection fondée sur des critères établis par la police et la justice, seuls près de 28 % (1 266 sur 4 472) ont bénéficié d'une prise en charge conforme aux objectifs légaux. Au cours du processus de l'IT, 72 % des candidats sélectionnés ont été « perdus de vue » et n'ont donc pas eu de prise en charge sanitaire ou sociale. En regard du nombre d'IT *notifiées*, le pourcentage d'IT effectives est proche de 41 % (1 266 sur 3 070). Si enfin l'on prend en compte le nombre d'IT *déclarées*, il n'y aurait que 33 % des UD retenus pour une IT qui aurait eu une prise en charge effective (1266 sur 3 848).

Si notre échantillon est bien représentatif, un tiers seulement des IT déclarées seraient effectives, ce qui ramènerait de 7 581 à 2 527 le nombre des UD ayant bénéficié en 1994 en France d'une prise en charge à la suite de leur interpellation par les SP. Ce chiffre est à mettre en relation avec le nombre d'UD interpellés cette même année (ILS consommation) : 45 178.

Enfin, lorsque l'on examine les chiffres disponibles en 1995, tout laisse à penser qu'en dehors de rares TGI qui ont modifié leur attitude et l'organisation de leur dispositif, les résultats individuels et globaux restent stables, c'est-à-dire sans amélioration sensible.

CHAPITRE IV

SYNTHÈSE ANALYTIQUE ET DISCUSSION

Les résultats exposés de la recherche ont permis de fournir un panorama le plus fidèle possible des facteurs déterminant la distribution de l'IT et de mettre en évidence le processus continu de déperdition des UD candidats à une prise en charge sanitaire. La cause du phénomène n'est pas unique, de même qu'il ne peut être imputé à un seul acteur, sauf dans le cas d'un PR résolument opposé à l'IT. Dans notre échantillon, une telle attitude est rare quand elle s'exerce dans un contexte de forte prévalence d'interpellation d'UD (2 TGI). Pour autant, un nombre insignifiant d'IT peuvent être notifiées, voire aucune, sans que le PR concerné affiche une opposition résolue à l'IT. De plus, proposer une synthèse s'avère délicat, du fait que les attitudes de certains TGI face à l'IT évoluent dans le temps ; le changement est sensible à la suite de la publication de la dernière circulaire sur l'IT, en 1995, elle-même consécutive au débat sur l'éventualité d'une modification de la loi de 1970 (commission Henrion). Les pouvoirs publics ont décidé de maintenir l'interdit de l'usage de toutes les drogues, tout en essayant de relancer l'IT au moyen de la circulaire de 1995. Il est donc intéressant d'en constater l'impact : quels TGI ont modifié depuis 1995 leur attitude ou augmenté leur distribution d'IT, comment et dans quelles proportions ?

L'objet de ce chapitre est de proposer une synthèse analysant les résultats et de discuter d'un certain nombre de points considérés comme déterminants dans le fonctionnement du dispositif. Il a été montré que l'IT est un processus au cours duquel de multiples acteurs interviennent en opérant des choix dont certains sont sous leur dépendance directe, d'autres en interaction avec un ou plusieurs acteurs situés en amont ou en aval de la séquence dont ils ont la charge. De plus, l'ensemble du processus de l'IT s'inscrit dans une double logique : l'une de sélection progressive et active du nombre des UD susceptibles de bénéficier d'une IT par le biais de critères successifs ; l'autre de déperdition, plus ou moins importante selon les TGI, qui accompagne les différentes transitions d'une institution à l'autre, et que l'on peut qualifier de passive. Les deux phénomènes sont structurels, propres

à la nature et à la conception du dispositif. Ils sont responsables de l'impact quantitatif hétérogène dont la distance avec le nombre des IT déclarées par les TGI a été soulignée. Dans cette perspective, l'analyse des faits constatés et décrits va s'attacher à faire apparaître l'effectivité de l'IT comme la capacité (ou la volonté) à s'opposer à ce double phénomène responsable de la raréfaction des UD pris en charge dans le cadre de l'IT. Le but de l'IT n'est pas sa distribution qui n'est qu'un moyen, mais d'atteindre l'objectif qui est de faire accéder l'UD à une prise en charge correspondant à son état : niveau de dépendance et nature de sa fragilité. S'ajoute donc à l'impact quantitatif, un impact qualitatif de l'intervention des acteurs concernés par la mise en oeuvre de l'IT : fournir une prise en charge adaptée et s'assurer de sa réalité.

La synthèse analytique des résultats va s'attacher à éclairer ces deux dimensions de la distribution de l'IT par trois approches successives. Une première, macroscopique et globale, exposera les grandes tendances en la matière, tant au sein de nos quatre catégories que sur l'ensemble de l'échantillon. Il permettra d'avancer quelques relations entre certaines variables et/ou orientations des TGI et des DDASS face à l'IT, et certains effets. Une seconde approche s'attachera à identifier les facteurs responsables du nombre d'UD recevant une prise en charge à travers l'IT, en distinguant ceux qui correspondent à la décision-notification de l'IT et ceux qui sont relatifs à sa mise en oeuvre-prise en charge : ce sont les facteurs de l'effectivité de l'IT, ou qui permettent de minimiser les réductions du nombre d'UD recevant une prise en charge. Enfin une troisième approche sera proposée à travers le changement d'attitude de certains TGI, auparavant peu ou pas favorables à l'IT et qui ont récemment décidé d'utiliser ce dispositif. Cet aspect, aussi marginal soit-il, peut s'avérer d'un grand intérêt en apportant des informations sur ce qui change, sur la nature et les causes de cette évolution, sur ses effets et sur ses limites. Bref, les TGI qui changent, surtout ceux qui se mettent à notifier des IT alors qu'ils ne le faisaient pas ou peu auparavant, représentent une amorce de modèle .

Ces trois aspects, tendances, facteurs favorisant ou réduisant l'effectivité de l'IT et changement d'attitude face à l'IT, constitueront les trois sections de la partie analytique des résultats. Une nouvelle typologie qualitative des TGI et des DDASS sera proposée en conclusion. Suivra une discussion sur les objectifs et le fonctionnement de l'IT. Certaines questions, à nos yeux déterminantes, seront ainsi posées : sur la définition légale et ambivalente de l'UD comme délinquant-malade ; sur la pertinence de la distinction drogue douce/dure pour envisager l'IT ; sur la fonction de l'IT, à cheval entre le judiciaire et le sanitaire ; sur les conditions d'une distribution effective de

l'IT. Nous terminerons par une discussion prospective sur le devenir de l'IT et sur les voies possibles de son amélioration.

1 - SYNTHÈSE ANALYTIQUE

Tendances macroscopiques de la distribution de l'injonction thérapeutique

Les grandes tendances qui se dégagent en matière de distribution de l'IT peuvent être rattachées à trois niveaux, correspondant à autant d'acteurs : le niveau de l'interpellation des UD par les SP, celui de la décision des parquets d'accorder l'IT et celui de sa mise en oeuvre par et autour des DDASS. Ces niveaux produisent chacun des exclusions d'UD pouvant bénéficier d'une IT. Le premier niveau est responsable de la taille et du profil de la population dont sont issus les candidats potentiels à l'IT ; le second niveau, est responsable de la sélection active de ces candidats ; le troisième niveau, qui peut être également sélectif, a de plus de rendre effective la prise en charge de ces UD sélectionnés pour l'IT. Cela ne signifie pas pour autant que l'impact des autres acteurs participant au processus soient insignifiant, mais qu'il est considéré que les choix effectués par les SP, les parquets et les DDASS sont déterminant : pour le nombre et le profil des UD pris en charge, ainsi que pour l'effectivité de l'IT.

Impact sur l'IT de l'interpellation des UD

L'objectif n'est pas ici de revenir sur l'importance des stratégies locales de lutte contre la drogue dont l'impact quantitatif sur la distribution de l'IT a été souligné. Il est de vérifier si l'impact de cette variable répartit les TGI de façon cohérente avec nos résultats. Il s'agit, à partir de notre tableau où figurent les critères ayant présidé à la sélection des 25 TGI et à leur catégorisation, de voir dans quelle mesure notre hypothèse de départ était fondée. Selon notre hypothèse, le taux d'interpellation des UD par les SP sur un territoire donné traduit une tendance stratégique : moins ce taux est élevé, plus il indique que la stratégie locale des SP privilégie la répression du trafic et la recherche des affaires se doublant d'un relatif désintérêt pour les simples UD. Avec deux conséquences : une tendance à réduire le nombre de candidats à l'IT ; une tendance à se désintéresser de l'IT, sentiment le plus souvent partagé avec le parquet. L'étude du rapport entre le nombre d'UD interpellés (UDI) et celui du total d'ILS dans un département (ratio UDI/ILS ; la moyenne nationale étant de 63,8 % en 1994 et de 69,3 % en 1995) devrait permettre de vérifier l'hypothèse en tant que

tendance. Pour cela, nous allons reprendre les 25 TGI, tels qu'ils ont été répartis en 3 catégories, et confronter ce ratio avec nos résultats portant sur l'attitude des TGI en matière de notification d'IT.

1) Sur les 10 TGI appartenant à la catégorie A, celle où la prévalence d'UD est élevée (supérieure à 1 ‰), 4 affichent un taux d'interpellation d'UD par rapport à l'ensemble des ILS (ratio UDI/ILS) inférieur ou voisin à 50 % : ce sont A1, A5, A7 et A10. Les 6 autres affichent un taux supérieur à 60 % et souvent beaucoup plus. Dans ces 4 TGI où la lutte contre la drogue est peu orientée vers les UD, il est possible de penser que le nombre d'UD candidats à l'IT y sera sensiblement réduit. Mais, la distribution de l'IT y est-elle pour autant réduite ?

Deux de ces 4 TGI, A1 et A10, ne notifient aucune IT (cf. Tableau 1. 10), le premier par opposition de principe, le second dans les faits (en 1994 et 1995). Les 2 autres, A5 et A7, n'en notifient pratiquement pas, A7 montrant cependant une légère progression en 1995 (il passe de 4 IT notifiées à 8). On ne peut donc que confirmer la cohérence entre un faible recours à l'IT et des stratégies de lutte contre la drogue orientées contre le trafic et plus « laxistes » avec les UD (que ces derniers soient une cible secondaire des SP ou qu'ils soient interpellés et relâchés sans en aviser le parquet). C'est dans la catégorie A, celle où le contraste est le plus significatif entre la prévalence élevée d'UD et la faible distribution d'IT, que l'impact réducteur de l'activité des SP sur l'IT est particulièrement illustré. Confirmant ce constat, l'unique TGI affichant un ratio d'IT bien plus élevé que ceux de sa catégorie (A8 avec 16,5 %), se situe dans un département où le ratio d'UDI/ILS est nettement supérieur à la moyenne nationale (85,4 % en 1994).

2) Dans la catégorie B, celle où la prévalence d'UD est également élevée (supérieure à 1 ‰) mais où les TGI notifient un nombre important d'IT, 2 TGI affichent un ratio UDI/ILS largement inférieur aux 5 autres (égal ou inférieur à la moyenne nationale) : B1 et B4 où les UD représentent entre 61 et 65 %, alors que dans les 4 autres TGI ils sont supérieurs à 80 % ($80\% < R < 86\%$).

Dans les départements de ces 2 TGI il est possible de penser que les stratégies de lutte contre la drogue sont sensiblement les mêmes que dans les 4 TGI de la catégorie A, plus orientés vers le trafic et la revente que sur les UD. Ils n'en diffèrent que par leur ratio élevé d'IT (supérieur à 20 % des UDI). Mais lorsque l'on compare les ratios d'IT au sein de la catégorie B, B1 montre un ratio d'IT parmi les plus bas de sa catégorie et surtout un nombre absolu d'IT notifiées en diminution de 176, soit - 27,5 % entre 1994 et 1995, et ce malgré une augmentation de 20 % du nombre d'UD interpellés sur son territoire de compétence. Quant à B4, avec un ratio d'UDI/ILS de 65 %, considéré comme moyen, il semble notifier un nombre

d'IT élevé, mais la qualité de ses statistiques est plus que sommaire, aucune distinction n'étant faite entre IT décidées, notifiées et déclarées, ce qui laisse planer des doutes sur la réalité du nombre d'UD ayant bénéficié d'une IT au cours de l'année.

3) Les catégories C et D sont caractérisées par des prévalences basses d'UD interpellés, associées à un ratio d'IT élevé pour les 6 TGI de la C, et bas ou nul pour les 3 TGI de la D. Or, sur le total des 9 TGI, 8 ont des ratios UDI/ILS bas ($44\% < R < 54\%$), comparables ou inférieurs aux TGI identifiés dans les catégories A et B comme les plus bas de leur catégorie. Seul un TGI, C4, dépasse 60 %.

Une telle concentration pourrait traduire un désintérêt relatif des SP pour les UD qui peut s'accompagner d'une attitude du parquet plus ou moins favorable à l'IT (un ratio d'IT soit bas soit élevé). Le paradoxe apparent est que la catégorie C regroupe des TGI qui présentent des ratios d'IT élevés ($25\% < \text{Ratio IT} < 47\%$) par rapport à la moyenne nationale.

Ce paradoxe pourrait s'expliquer par le fait que le nombre restreint d'UD interpellés, en réduisant le dénominateur, a pour effet mécanique d'augmenter le ratio d'IT. Les chiffres absolus d'IT notifiées plaident pour cette interprétation : à l'exception de C5, ils sont très bas, compris entre 25 et 50 IT/an et, pour la plupart des TGI, en réduction d'une année sur l'autre. Sans surprise, les 3 TGI de la catégorie D dont 2 sont localisés dans des départements également présents dans la catégorie C, ne représentent qu'une version extrême de cette tendance commune d'un faible recours à l'IT dans un contexte où les autres ILS sont relativement nombreuses (près de 50 % du total).

Ainsi, il apparaît que si un ratio bas d'IT indique une faible activité du parquet en la matière, un taux élevé ne peut à lui seul signifier l'inverse, surtout quand il s'accompagne d'un ratio UDI/ILS plus bas que celui des autres TGI de sa catégorie et de la moyenne nationale.

On est en droit d'inférer qu'une stratégie de lutte contre la drogue négligeant les UD est un facteur aggravant du faible recours à l'IT. Toutes choses égales par ailleurs, les TGI implantés dans des contextes marqués par un ratio UDI/ILS bas disposent d'un potentiel d'UD candidats à l'IT inférieur à ceux où ce ratio est élevé. Ce constat ne rend pas l'IT impossible, de rares TGI pouvant en octroyer un nombre relativement important, mais la plupart des TGI qui en notifient un grand nombre sont situés dans des départements où le ratio UDI/ILS est relativement élevé. L'unique TGI de l'ensemble des 25 où coexistent un ratio UDI/ILS moyen (62,4 %) et un nombre d'IT nul est A9 : là, le procureur est opposé au principe même de l'IT, ce qui permet leur interpellation dans une perspective répressive, les UDI étant le plus souvent poursuivis quand ils sont présentés au parquet.

Conclusion

Il est possible de répartir les 25 TGI de l'échantillon en 2 groupes, en fonction de l'impact, réducteur ou favorisant sur l'IT, de la stratégie de lutte contre la drogue (SLCD), variable dont il faut souligner le caractère structurel, insensible à toute modification de l'IT elle-même.

■ TGI où la SLCD est en tendance défavorable à l'IT et réduisant sa distribution :

Cat. A : A1, A5, A7, A9, A10 (A1 et A10 ajoutant une opposition à l'IT du PR donc une coalition forte avec SP)

Cat. B : B1 et B4 (réticent, notifiant une IT qu'aux seuls UDDo dépendants)

Cat. C : C1, C2, C3, C5, C6

Cat. C : D1, D2, D3

Total = 15 TGI

■ TGI où la SLCD est en tendance plutôt ouverte à l'IT, et augmentant les possibilités de distribution, mais pouvant s'accompagner ou non d'une réticence des parquets.

Cat. A : A2, A3, A4, A6 et A8 (le moins réticent)

Cat. B : B2, B3, B5, B6

Cat. C : C4

Total = 10 TGI

Tendances constatées dans la décision

Lorsqu'on interprète l'ensemble des résultats de l'enquête, quantitatifs, qualitatifs et en termes de changement, un certain nombre de tendances se dégagent concernant la décision des parquets de proposer une IT aux UD.

Quatre profils d'attitude des parquets en matière de distribution de l'IT se dégagent.

■ Les TGI fermés à l'IT (opposés ou très réticents) qui appartiennent tous aux catégories A et D.

■ Les TGI peu concernés qui, tout en distribuant des IT, présentent une organisation plutôt laxiste se traduisant par une forte déperdition des UD/IT : ils sont concentrés dans la catégorie B (sauf le cas particulier de B3).

■ Les TGI stables ou évoluant lentement vers une meilleure distribution appartiennent aux catégories A et C.

■ Les TGI volontaires, ceux qui se dotent des moyens nécessaires pour assurer une bonne effectivité de l'IT, sont peu nombreux et appartiennent aux catégories A (A8), ou B (B3) ; s'y ajoutent les TGI dont l'attitude a changé depuis 1995 (A10 et A2 en partie), même si cette modification demande à être vérifiée dans les années à venir.

- Un nombre faible ou nul d'IT notifiées correspond le plus souvent à une attitude fermée du parquet à son égard. Ce constat permet d'écarter une interprétation alternative : ces TGI ne recevraient qu'un faible nombre de candidats à l'IT. Un seul cas relèverait de cette interprétation, A7, pour lequel on constate que la volonté du parquet est largement réduite par l'activité des SP, peu favorables à fournir des candidats à l'IT.

- Tous les TGI qui notifient de nombreuses IT (en nombre absolu et relatif) sont des TGI de taille importante, situés dans des métropoles urbaines où la répression contre la drogue est très active (catégorie B). En fait, le facteur « taille » cache d'autres facteurs explicatifs de ce constat. Ainsi, la taille importante du TGI et la prévalence élevée d'ILS entraînent, le plus souvent, la mise en place de procédures permettant de traiter des flux abondants d'UD : TTR et permanence ou substitut spécialisé. De plus, la plupart de ces TGI de grande taille ne font pas du produit consommé un critère de sélection des candidats à l'IT ; seul B1 réservant l'IT exclusivement aux UDDu. Ce point est confirmé par l'attitude de l'unique TGI de la catégorie A de taille importante (A8, avec 14 chambres) qui présente les mêmes caractéristiques que ceux de la catégorie B.

- L'ouverture de l'IT aux UDDo est également constatée dans les TGI de la catégorie C (5 sur les 6), alors que tous les TGI de la catégorie D (ratio bas d'IT) sélectionnent les UD sur ce critère et que la catégorie A mélange des TGI présentant les deux types d'attitude. Cette ouverture aux UDDo pourrait expliquer le constat dans les TGI de la catégorie C d'un ratio élevé d'IT dans un contexte local marqué à la fois par une prévalence d'UD interpellés et par un ratio d'UDI/ILS bas. Elle supposerait la coexistence d'une stratégie locale de lutte contre la drogue peu soucieuse d'interpeller des UD ou les utilisant dans la résolution d'une affaire avec une ouverture de l'IT aux UDDo, responsable d'une distribution relativement élevée d'IT.

- La catégorie A est celle qui montre les plus grands contrastes - opposition à l'IT vs volontarisme - mais elle est aussi la plus évolutive. C'est, avec la B, la catégorie la plus confrontée à l'usage de drogue et ce fait explique probablement qu'elle concentre le plus grand nombre de TGI qui affichent un changement au cours de l'année 1995. Ce changement est la plupart du temps consécutif à l'arrivée d'un nouveau PR favorable à l'IT et une expérience pour la traduire. Cette catégorie est celle où le changement est à la fois possible et facilité par la petite taille des TGI (1 à 2 chambres).

Les TGI des trois autres catégories (B, C, D) sont stables dans le temps, et seuls ceux de la B (sauf B3) montrent une tendance à la réduction du nombre d'IT notifiées, cela malgré une augmentation sensible du nombre d'UD interpellés (+ 21 % en 1995 sur le territoire métropolitain).

Enfin, si parmi les critères utilisés pour décider de l'IT, la prévalence loco-régionale connue du sida-VIH dans la population des toxicomanes ne paraît être d'aucun poids, il a été constaté certaines relations, puisque les 2 TGI où l'on connaît le pourcentage d'UD/IT séropositifs se trouvent dans des régions à haute prévalence de cas de sida déclarés pour toxicomanie. Néanmoins, l'échelle régionale apparaît trop lointaine pour rendre le problème du sida perceptible et dans tous les cas, le passage des UD à la DDASS trop court pour induire sa prise en compte.

Tendances constatées dans la mise en oeuvre

L'absence de la DDASS dans la mise en oeuvre de l'IT a pu être constatée pour 6 d'entre elles en relation avec 7 TGI. Elles sont réparties dans les 4 catégories, les UD ayant eu une IT notifiée étant directement orientés vers la ou les SPC.

L'absence de DDASS est corrélée à un quasi-monopole d'une SPC et donc à une absence d'orientation en fonction du profil de l'UD.

L'absence de DDASS ne signifie pas pour autant une mise en oeuvre négligée de la prise en charge. Seuls 2 des 7 TGI cumulent les deux phénomènes négatifs, les 5 autres montrant une mise en oeuvre que l'on peut qualifier de conforme aux circulaires malgré une absence d'orientation. Un faible nombre de DDASS (3 : B1, B5, C6) négligent la mise en oeuvre.

Globalement, le nombre de TGI dont les UD sont pris en charge via une DDASS assurant une bonne mise en oeuvre représente la moitié de notre échantillon (12 correspondant à 11 DDASS) ; l'autre moitié est associée soit à l'absence de DDASS, soit à une mise en oeuvre négligée, soit dans de rares cas (2) à une mise en oeuvre conforme par la SPC en relation directe avec le parquet.

Parmi ces 11 DDASS, 9 font partie de celles qui présentent une intégration importante ou élevée de l'ensemble du processus de prise en charge.

Les DDASS présentes qui jouent un rôle d'intégrateur de la mise en oeuvre correspondent plus souvent aux TGI de la catégorie A (5 sur 10), plus rarement à ceux des catégories B (2 sur 6), C (2 sur 6) et D (1 sur 3, mais avec un très faible nombre d'IT et une DDASS commune avec l'un des TGI de C).

Le nombre élevé d'UD/IT reçus par la DDASS semble défavoriser la qualité de la mise en oeuvre. Non seulement 2 des 6 DDASS de la catégorie B (ratio d'IT élevé) sont absentes et 2 autres présentent une faible intégration, mais de plus les 2 dernières, qui sont intégratrices, sont parmi celles qui reçoivent un nombre relativement plus faible d'UD/IT (B3, 307 et B4, 186). Enfin et surtout, c'est dans cette catégorie B que sont constatés les taux les plus bas d'IT menées à leur terme : compris entre 26 % et 39 % pour 5 DDASS ; seule la DDASS de B3 fait figure d'exception en atteignant 64 %.

Tendances en matière de déperdition des UD

La déperdition des UD représente l'écart entre le nombre d'UD interpellés pour lesquels le parquet a décidé une IT (convoqués au TGI) et le nombre de ceux qui auront suivi leur IT jusqu'à son terme. Les tendances peuvent être exprimées de façon globale, à l'échelle du TGI, et séquentielle en référence aux deux acteurs successifs, le parquet et la DDASS. Les sources de déperdition sont liées aux différents transits des UD d'une institution à l'autre.

- Globalement, la déperdition est beaucoup plus forte dans les gros TGI qui décident un nombre absolu important d'IT : ceux de la catégorie B. En corollaire, elle est moindre dans les TGI où le nombre absolu d'IT est limité, voire faible : ceux des catégories A et C.

- Le pourcentage d'UD/IT terminant leur IT conformément à la procédure établie varie entre 24 % et 80 % (il n'est pas tenu compte des TGI où le nombre d'IT décidées est inférieur à une dizaine par an). Ce pourcentage est encore moins élevé si on le réfère au nombre d'IT décidées.

- Les deux principales sources de déperdition massive se situent au cours de la période séparant la décision qui opère la sélection des candidats à l'IT selon les critères locaux de la notification au parquet, ainsi qu'au cours du processus allant de la réception des UD/IT à la DDASS à la fin de l'IT.

Par catégorie, c'est la B qui affiche les plus forts taux de déperdition dans les deux cas, seul 1 TGI (B3) échappant à la règle commune, avec - 12 % lors de la première période de transition et - 33 % au cours de la prise en charge.

La catégorie qui parvient à limiter au mieux la déperdition et de façon la plus homogène est la C : 4 TGI sur 6 ont une déperdition globale comprise entre 27 % et 40 %, 1 TGI affiche 60 % et 1 le taux élevé de 76 %, imputable à la seule prise en charge.

La déperdition est à la fois générale et plus limitée lors du transit des UD du TGI à la DDASS. Une déperdition nulle est constatée quand la DDASS est présente dans le TGI et reçoit les UD/IT sans délai. Les quelques cas de TGI qui ne disposent pas de cette configuration tout en n'ayant aucune déperdition montrent que l'objectif peut être atteint par d'autres moyens, mais avec des limites de taille.

- C'est dans les TGI de grande taille qui notifient des IT aux UDDo que la déperdition entre le nombre d'UD/IT reçus à la DDASS et le nombre de ceux qui sont effectivement pris en charge est la plus importante. En effet, dans ce cas la probabilité est grande de voir ces UDDo sélectionnés par la DDASS, montrant par là qu'il ne suffit pas que les PR ouvrent l'IT à ces UD pour qu'ils aient une prise en charge effective. Alors que la plupart des TGI de la catégorie B notifient des IT aux UDDo avec une déperdition élevée entre la réception à la DDASS et la prise en charge, ceux de la catégorie C qui ont la même attitude ont une déperdition bien moindre. Un seul TGI de la catégorie A, A8, qui observe la même règle de décision parvient à limiter encore plus le taux de déperdition et ce, malgré un nombre important d'IT notifiées (A8). Cette contradiction illustre une question importante : est-ce que le nombre relativement élevé d'UD/IT reçus à la DDASS associée à la possibilité de notifier une IT aux UDDo génère une déperdition importante active (par la DDASS et les SPC) et/ou une moindre observance du traitement par ces UD ? Nous en discuterons dans la section suivante consacrée aux facteurs de l'effectivité de l'IT.

- Tous les TGI qui présentent une déperdition importante lors de la mise en oeuvre et notifient des IT aux UDDo (catégorie B) sont associés à des DDASS qui opèrent une sélection importante parmi ces UD : entre 70 % et 100 % des UDDo sont exclus de la prise en charge. Seul 1 TGI (B3) n'exclut pas les UDDo et il affiche la plus faible déperdition de sa catégorie et une des moindre sur l'ensemble des TGI. En revanche, les TGI de la catégorie C qui notifient des IT aux UDDo sont associés à des DDASS où la sélection entraîne une exclusion plus réduite, entre 10 % et 66 %, semblant indiquer que la taille joue un rôle important.

Facteurs et indicateurs de l'injonction thérapeutique effective

La construction séquentielle de l'IT détermine sa principale caractéristique : une défaillance de l'un des acteurs, entendue comme une opposition, un désintérêt ou une organisation inadaptée, compromet l'ensemble du processus et donc l'effectivité de l'IT. Autrement dit, les UD répondant à l'indication d'une prise en charge sanitaire (ou socio-sanitaire) ne pourront en bénéficier qu'au prix d'une « assurance qualité » de chacune des phases du processus. La réduction de la déperdition des UD/IT est à ce prix, comme l'est sûrement l'amélioration des bénéfices qu'ils peuvent en tirer, dans un contexte donné de traitements.

L'effectivité de l'IT est donc déterminée par un certain nombre de facteurs attachés aux interactions entre les UD et les acteurs institutionnels, et se traduit en partie sous forme d'une maîtrise de la déperdition des UD/IT. Certains facteurs permettent d'atteindre le premier objectif : fournir aux UD une prise en charge correspondant à leur niveau d'usage et à leur parcours ; d'autres facteurs permettent d'accompagner le plus grand nombre possible de ces UD jusqu'au terme de la prise en charge.

Nous n'évaluerons pas la capacité globale du dispositif à atteindre ces deux objectifs, ce sera l'objet de la discussion finale. Dans cette section, l'objet est d'éclairer les facteurs de l'hétérogénéité constatée en relation avec la complexité du processus et d'identifier les écueils qui en menacent le cours. Cela, afin de montrer comment certains acteurs parviennent mieux que d'autres, pourtant responsables de la même fonction, à atteindre ces deux objectifs, et à quelles conditions. C'est donc une synthèse élaborée à partir de notre description détaillée du processus, mais une synthèse utilisant la comparaison entre les TGI et référée aux deux objectifs proposés comme étant ceux qui justifient l'existence même de l'IT.

Il ne sera pas tenu compte dans cette analyse des facteurs de l'effectivité de l'IT, du poids des services de police sur la taille et le profil du public des UD susceptibles de relever d'une IT. La raison en est que ce facteur et ces acteurs restent extérieurs à toute modification de l'IT qui concerne pour l'essentiel les parquets et les DDASS. Le rôle déterminant des SP sur l'IT est une conséquence de la politique de lutte contre la drogue et de la latitude qu'elle procure à ses acteurs : en tant que facteur restrictif de l'accès à l'IT, il ne pourra être modifié qu'à travers une modification de la politique répressive elle-même.

Facteurs propres aux acteurs judiciaires

La politique affichée du PR en matière d'IT est le premier facteur pouvant favoriser ou non sa distribution, tout comme les modalités de son organisation. Ce poids doit cependant être relativisé dans le sens où si une opposition active du PR à l'IT peut expliquer une absence totale d'IT, une passivité nourrie d'incrédulité ou d'enjeux plus importants peut produire un effet similaire.

Néanmoins, quand on analyse l'ensemble des configurations des TGI où le PR est soit opposé à l'IT, soit largement restrictif dans les faits, un constat s'impose : il s'agit la plupart du temps de « petits » TGI (1 chambre, rarement 2). C'est bien le cas, dans la catégorie A, de A1 et A9 caractérisés par zéro IT et une opposition affichée du PR à l'IT, mais aussi de A3 et A10 qui affichent zéro IT en 1994 et 1995 ; A6 qui n'a notifié aucune IT en 1994 est le seul à posséder 2 chambres. Les 3 TGI de la catégorie D qui affichent zéro IT et entre 2 à 5 IT en 1995, n'ont également qu'une chambre. Il s'agit donc de TGI dans lesquels, en raison de sa position, le PR a la capacité d'exercer un rôle actif, voire déterminant, sur la politique judiciaire de lutte contre la drogue. Le plus souvent, un seul substitut « généraliste » le seconde, et quand bien même ce dernier ne partagerait pas l'opinion de son PR, il lui serait difficile de mettre en oeuvre une politique contraire. C'est aussi la catégorie de TGI la plus sensible à un changement de PR, comme nous le verrons dans la section consacrée au changement.

L'impact réducteur du PR sur l'IT est moins déterminant quand, dans un TGI plus important, la nécessaire répartition des tâches aboutit à la spécialisation d'un substitut en matière d'ILS qui lui confère une relative autonomie. Ce phénomène d'autonomisation peut jouer dans les deux sens et complexifier l'analyse en fonction du nombre de substituts assurant la permanence de la gestion des ILS : il n'est pas rare d'observer des attitudes différentes entre le PR et ses substituts d'une part et, de l'autre, entre certains substituts. Si le phénomène surprend, il s'explique pour partie par la priorité généralement accordée aux ILS dans les TGI et à l'inverse le faible intérêt pour l'IT : si des différences conceptuelles et même opérationnelles existent entre ces acteurs, elles ne sont pas une source de dysfonctionnement, ni de conflit, dès lors qu'elles restent sans incidence sur la politique de lutte contre la drogue. Enfin, une attitude fermée du PR à l'IT aura d'autant plus d'impact réducteur, même si un ou plusieurs substituts s'en démarquent, qu'aucune organisation des procédures n'a été mise en place pour assurer sa distribution. En sens inverse, une position légaliste du PR, voire favorable à l'IT, peut être contredite par l'opposition de certains substituts sur lesquels repose une traduction opérationnelle dépourvue de procédures explicites.

C'est pourquoi, les facteurs déterminants d'une distribution effective de l'IT par le parquet sont en premier lieu d'ordre organisationnel. La mise en place de procédures stables et systématisées correspond à la fois à une nécessité et à une volonté de rendre effective la politique du parquet en matière d'IT. Nécessité pour répondre à des flux importants d'ILS, et donc d'UD, et pour réduire l'incohérence issue de l'hétérogénéité des décisions, volonté de réduire la tendance à « oublier » l'existence de l'IT. Bref, la probabilité d'un « réflexe IT » sera d'autant plus forte que des mécanismes seront institués pour encadrer sa distribution.

Parmi les procédures existantes favorisant le recours à l'IT, certaines ont pour objectif d'aider à une identification correcte des candidats à l'IT, d'autres d'assurer que leur prise en charge sera effective. Concernant les premières, le traitement en temps réel des ILS est l'un des plus importants facteurs favorisant l'entrée dans le dispositif des UD interpellés. Accouplé à l'existence d'une permanence spécialisée, son impact semble double : contrôler la qualification policière et réduire la latence entre l'interpellation de l'UD et sa présentation au TGI. Il faut constater que cette double procédure est rarement utilisée, même si depuis la circulaire de 1995, de nouveaux TGI l'ont adoptée.

L'existence de critères formalisés permettant de sélectionner ceux des UD qui relèvent d'une IT est aussi un important facteur d'une distribution effective de l'IT. Certes, ces critères peuvent être formalisés tout en étant extrêmement restrictifs, fermant l'IT à un grand nombre d'UD. Aussi, à la formalisation comme gage de transparence et d'homogénéité, faut-il ajouter un cadre de référence, celui de la loi. Face au constat d'un faible nombre de parquets formalisant les règles de décision en matière de seuils selon les produits, il est possible de penser que l'appréciation judiciaire de l'UD (est-il ou non un usager pur ?) n'est pas perçue comme relevant de l'application de règles. Si l'on y ajoute la latitude d'interprétation des textes, voire leur détournement (IT ici refusée aux UDDo, là aux UDDu, etc.), il devient patent que la formalisation des critères sélectifs équivaut à une contrainte pour les parquets. La question est moins de savoir si l'appréciation judiciaire des UD interpellés est ou non compatible avec des règles formalisées, que de s'interroger sur le bien fondé de l'hégémonie des critères judiciaires dans la distribution de l'IT.

C'est dans cette perspective que devrait être replacé le recours à l'enquête de personnalité. Sans revenir sur le constat de son évacuation quasi générale, le refus de recourir à des sources d'information et d'expertise autres que judiciaires illustre une conception négative de l'IT. Cette conception

est fondée sur la rationalité judiciaire et s'explique, pour la plupart des acteurs des parquets, de la façon suivante : l'opposition à l'IT, l'incrédulité quant à son efficacité ou le doute sur le devenir des UD/IT (dont la visibilité est réduite à ceux qui récidivent), reposent sur la crainte de commettre une erreur en accordant indûment une IT. Chercher à éviter l'erreur, souci professionnel légitime, condamne à en réduire la distribution : plus restrictif = moins d'erreur. En même temps, ne tenir compte que des critères judiciaires équivaut à envisager les effets de l'IT non pas à travers ses apports potentiels (bénéfices en termes de réduction de la consommation, d'insertion sociale, etc.), mais en rapport avec ces « dommages » redoutés : ne pas avoir sanctionné un comportement délictueux.

Aussi, si la fermeture de l'IT à d'autres rationalités que policière et judiciaire est un facteur défavorable à l'effectivité de l'IT, il est possible de penser qu'une ouverture raisonnable constituerait un facteur favorisant sa distribution et son indication. Certes, l'ouverture de la décision à d'autres acteurs que judiciaires est un problème à ce jour non résolu, mais elle est un facteur potentiel d'une distribution de l'IT plus performante. En même temps, une ouverture à l'acteur sanitaire (et social) pourrait s'affirmer comme un facteur favorisant une meilleure adéquation entre le profil socio-sanitaire de l'UD et le recours à l'IT. Enfin, cette ouverture, combinant décision judiciaire et indications d'ordre socio-sanitaire, permettrait de réduire sensiblement la sélection post-décisionnelle opérée par l'acteur sanitaire, faute d'un accord sur les indications de l'IT.

S'agissant de la déperdition, importante, entre le moment de la décision et celui de la notification, les facteurs capables de la limiter sont liés à la volonté de réduire l'intervalle temporel par la mise en place de procédures formalisées systématiques : convocations, rendez-vous précis, relances, etc. Que certains gros TGI affichent une déperdition de 50 % lors de ce transit souligne une fois encore la faible attention de ces parquets à fournir aux UD une prise en charge effective : ce n'est pas l'objectif prioritaire de la décision d'accorder une IT. L'IT décidée, mais sans suite, correspond à un tout autre objectif : faire bénéficier l'UD interpellé d'un sursis dont l'IT ne serait que le prétexte.

La déperdition lors du transit de l'UD du parquet à la DDASS est, elle, en général, bien plus limitée. Lorsque la DDASS est présente dans les murs du TGI, la déperdition est nulle. En revanche, une absence de la DDASS du processus apparaît comme un facteur aggravant la déperdition. Le plus souvent, cette absence totale de la DDASS concerne de petits TGI qui soit notifient un nombre annuel faible d'IT et affichent une déperdition

limitée, soit n'en notifient aucune. Parmi les 7 TGI où les UD/IT sont directement envoyés à (aux) la SPC, un seul de la catégorie B (B2) en notifie un nombre important sans transiter par la DDASS : le taux de déperdition est de 33 % en 1994 (13 % en 1995). La rareté des TGI ayant à la fois une DDASS située hors de leurs murs, un nombre important d'IT et une déperdition nulle (B6), indique que la performance comparée des dispositifs s'établit dans l'ordre décroissant suivant : présence de la DDASS dans l'enceinte du TGI et réception de l'UD à sa sortie du parquet ; réception à la DDASS décalée dans le temps et l'espace, assortie de procédures favorisant la rapidité et l'observance par l'UD ; absence de DDASS.

Enfin, l'attitude des parquets face aux affaires de drogue dans lesquelles sont mêlés des UD interpellés représente un facteur, favorable ou défavorable, de la distribution de l'IT. Le paradoxe est que plus le TGI traitera d'affaires de drogue, plus ses relations avec les SP en seront dépendantes, et moins il aura la possibilité (ou la volonté) de soustraire rapidement les UD du dossier d'instruction. La capacité du parquet à traiter de façon distincte ces UD, par ailleurs indispensable à l'enquête, est un indicateur de sa conscience que l'IT pourrait non seulement lui être utile, mais que de la rapidité de la prise en charge dépendra son effectivité.

Facteurs propres aux acteurs sanitaires

On l'a vu, l'absence de la DDASS dans le processus ne se réduit pas à son impact sur la déperdition des UD entre la notification de l'IT et la prise en charge, mais affecte l'ensemble des fonctions que sa présence a pour but d'assurer. Dans ce cas, l'effectivité de l'IT est aléatoire, c'est-à-dire fonction d'une rencontre hasardeuse entre un public d'UD/IT observant le protocole et une (des) SPC compétente(s), déterminée(s) et performante(s). Rien ne permet d'affirmer que cette adéquation soit totalement illusoire, mais beaucoup d'éléments indiquent que le relais par la DDASS peut en augmenter la probabilité si celle-ci met en oeuvre les moyens nécessaires.

L'objectif par rapport auquel s'évaluerait le rôle de la DDASS pourrait s'énoncer comme suit : parvenir à fournir au plus grand nombre possible d'UD/IT qu'elle reçoit une prise en charge en relation avec les données objectives de leur profil, et allant jusqu'à son terme. C'est donc essentiellement sur les fonctions d'orientation sur des bases diagnostiques, de recours à des SPC diversifiées et de capacité de suivi global et personnalisé que repose la mise en oeuvre effective de l'IT. Toutes ces fonctions concourent à faire de la DDASS, perçue jusqu'alors comme un relais, un lieu et un acteur d'intégration.

Comment expliquer la présence d'un ou de plusieurs facteurs favorisant la mise en oeuvre de l'IT dans certaines DDASS et leur absence dans d'autres ? Compte tenu du fait qu'une forte intégration est le meilleur facteur d'une mise en oeuvre effective de l'IT, évaluer le rôle de la DDASS en référence avec le niveau d'intégration est plus pertinent que de le faire fonction par fonction. L'interprétation du niveau d'intégration s'attachera de plus à montrer les liens d'interdépendance entre les différentes fonctions et modalités mises en place dans les DDASS. On sera également en mesure d'imputer à tel ou tel facteur, ou à plusieurs, la déperdition observée entre les UD/IT reçus à la DDASS et ceux qui ont terminé leur IT. A la faveur de ces réflexions, trois questions centrales vont être abordées : l'attitude adoptée par les DDASS vis-à-vis des UDDo, l'importance de la diversification en matière de SPC et la fonction d'intégration de la mise en oeuvre par la DDASS.

Attitude des DDASS face aux usagers de drogues douces

Quelques rares DDASS fournissant une prise en charge à la plupart des UDDo reçus, tandis que d'autres les excluent de façon quasi systématique. Seule une DDASS de la catégorie B (B3) ne sélectionne pas ses UD reçus sur le critère du produit, traite un nombre important d'UD/IT dans l'année et affiche une faible déperdition entre le début de la mise en oeuvre et la fin de l'IT. Cette singularité est à mettre en regard de la possibilité d'une prise en charge de ces UDDo par le médecin de la DDASS qui vient s'ajouter à un éventail déjà large de SPC vers lesquelles les UD sont orientés. Ainsi, si le fait de ne pas disposer de SPC prenant en charge les UDDo paraît renforcer la sélection, le fait de disposer à la DDASS de compétences adaptées à cette population vient combler (en partie) cette lacune.

Diversité des SPC utilisées

La question de disposer de SPC variées (donc nombreuses) afin d'adapter la prise en charge au profil de l'UD prolonge la précédente, en l'élargissant à l'ensemble du public concerné. Quels sont les facteurs responsables d'une situation aussi hétérogène en matière de diversification des SPC vers lesquelles sont orientés les UD et quels sont ceux qui la favorisent ?

En premier lieu, il est possible de considérer que la nature et le nombre des professionnels assurant à la DDASS l'orientation des UD/IT est un facteur de la diversification constatée des SPC. En effet, sur les 5 DDASS (5 TGI) qui disposent d'une équipe pluriprofessionnelle (cf. Tableau 3.7) pour accueillir et orienter les UD/IT, 3 ont recours à plus de 4 SPC, une à 2 ou 3 (cf. Tableau 3.1). Une seule de ces 5 DDASS n'utilise qu'une SPC (C4), singularité qui s'explique par des conditions particulières : d'un côté,

la réception des UD/IT à la DDASS est réalisée par un tandem médecin inspecteur et travailleur social qui reçoivent ensemble tous les UD/IT du département ; de l'autre, tous les UD/IT qui se voient confirmer leur IT sont envoyés au même CSST qui a donc un monopole et dans lequel exerce ce même travailleur social. Dans le groupe des 7 DDASS où seul un médecin (généraliste) à la charge de l'IT, 5 ne disposent que de 2 ou 3 SPC et 2 plus de 4 (B4 et C5). En revanche, parmi les 3 DDASS disposant de plusieurs médecins (groupe 3), une utilise 2 à 3 SPC, une autre plus de 4 et une (A7) se contente d'une orientation formelle de ses UD/IT.

Il a paru intéressant de se demander si à un recours à des SPC diversifiées correspondait une diversification du public pris en charge, autrement dit, si dans ce cas de figure les UDDo étaient peu exclus. Au premier abord, il semble en être ainsi pour 4 DDASS sur 5 du groupe disposant d'une équipe pluriprofessionnelle (cf. Tableau 3.5), la cinquième ne recevant que des UDDu. En revanche, quand on suit leur devenir, on constate que ces 4 DDASS opèrent une sélection sur leurs UDDo/IT et que, de plus, leur taux d'exclusion est relativement important (entre 40 et 70 % sur l'ensemble du public reçu) (Tableau 3.6). Plus encore, lorsqu'on ne prend en compte que les UDDo/IT, on constate que pour 3 DDASS sur 4, le taux d'exclusion est de 100 %, c'est-à-dire celui des DDASS n'acceptant que les UDDu. Seule une DDASS (C4), où à la fois existe une équipe pluridisciplinaire et qui utilise une seule SPC, présente un taux d'exclusion des UDDo/IT limité à 50 %. Il ne semble donc pas exister de relation entre, d'une part la présence d'une équipe pluridisciplinaire et le recours à plusieurs SPC et, d'autre part, une propension à prendre en charge des UDDo/IT (la seule qui le fasse n'utilisant qu'une seule SPC). Par ailleurs, confirmant ces conclusions, l'attitude de deux DDASS (A3, B3) indique que la multiplicité des SPC peut s'accompagner d'une absence totale d'exclusion des UDDo/IT. Mais dans ces DDASS, la réception des UD/IT est confiée à un unique professionnel de santé qui soit prend en charge directement les UDDo/IT au sein même de la DDASS, soit les oriente (un seul cas) vers différentes SPC.

En conclusion, si la présence d'une équipe pluriprofessionnelle paraît corrélée à un recours marqué à de multiples SPC, elle n'est pas un facteur de prise en charge des UDDo/IT, mais semble correspondre à une attention portée exclusivement au public des UDDu/IT. Autrement dit, à la présence à la DDASS de professionnels diversifiés, ne correspond pas une diversification du public pris en charge, et le recours à de nombreuses SPC n'implique pas qu'elles visent à permettre l'orientation des UDDo/IT (sauf dans un cas, A3), mais est la preuve que cette diversité est au service quasi exclusif du public d'UDDu.

Intégration de la mise en oeuvre par la DDASS

L'intégration par la DDASS de la mise en oeuvre a été définie comme sa capacité à suivre la prise en charge des UD/IT qu'elle a orientés, à établir des relations avec les acteurs situés en amont et en aval et à réduire la déperdition des UD/IT pris en charge. Cette intégration a été considérée nulle ou faible (11 DDASS), ou importante (8 DDASS), ou élevée (1 DDASS), en tenant compte de celles qui ont changé d'attitude en 1995 (Tableau 3.4).

Si les DDASS assurant une intégration maximum sont très rares (une seule, B3), plus nombreuses quand l'intégration est seulement importante (5 en 1995, auxquelles s'ajoutent 3 autres depuis 1996), la taille du TGI et le nombre d'UD reçus sont le premier facteur constaté. Il semblerait que plus ce nombre est élevé, moins il y a de probabilité que la DDASS soit un acteur fort et intégrateur de l'ensemble de la mise en oeuvre. Ce facteur structurel peut être limité, renforcé ou contredit par des facteurs de nature humaine. Il a été constaté que la continuité (permanence) des acteurs sanitaires est un facteur prédictif plus important que le statut (fonctionnaire vs vacataire), bien entendu lorsque leur motivation et leur compétence (en toxicomanie) les poussent à assurer ce rôle. Leur capacité à développer des relations régulières avec leurs partenaires (parquet et SPC) est un facteur essentiel dans cette fonction fondée sur la coopération. La disponibilité d'un système d'information global et performant est la contrepartie nécessaire aux échanges que supposent ces relations. Enfin, il a été constaté que l'intégration était d'autant plus présente que l'équipe de la DDASS était composée d'un professionnel médecin et d'une secrétaire administrative.

Changement d'attitude sur l'injonction thérapeutique

Le changement d'attitude sur l'IT concerne pour l'essentiel les parquets dont l'impact sur la distribution de l'IT est décisif, tant en termes quantitatifs que de relations avec les autres acteurs. Le changement peut prendre deux formes : l'une soudaine et datée qui fait passer le TGI d'une attitude fermée à l'IT à une autre ouverte ; l'autre progressive qui peut prendre la forme d'une meilleure effectivité de sa distribution ou au contraire d'une érosion. D'une façon globale, les TGI changeant brusquement d'attitude appartiennent tous à la catégorie A : près de la moitié des 10 TGI ont modifié leur attitude, soit en 1995, soit en 1996, certains afin de développer la distribution de l'IT, manifestation sous-utilisée, d'autres pour mettre un terme à son absence. Aucune des trois autres catégories ne présente un bouleversement comparable et font preuve, au contraire, à quelques nuances près, d'une grande stabilité.

Ainsi, entre 1994 et 1996, aucun des 3 TGI de la catégorie D (ratio bas d'IT) n'a manifesté de velléité de changement, affichant une continuité cohérente avec ses effets : très peu ou aucune IT notifiée. Dans la catégorie B, celle qui est (avec la A) la plus confrontée à une prévalence élevée d'usage de drogue et à des flux importants d'interpellations pour ILS, la tendance est à l'érosion, à de rares exceptions près. L'analyse qui peut être faite de cette évolution met en avant, d'une part un intérêt pour l'IT limité à son apparence légaliste et/ou, d'autre part, des difficultés/résistances à mettre en place un cadre organisationnel visant à assurer quantité et effectivité de l'IT. Avec pour résultat une diminution significative du nombre d'IT décidées et déclarées (sauf dans le cas de B3), alors que sur le plan national une augmentation est constatée.

Si les TGI de la catégorie C font également preuve d'une stabilité relative, des évolutions contrastées les partagent : un tiers évolue vers une attitude plus restrictive, de moins en moins favorable à l'IT, les autres continuent de s'y montrer plutôt favorables, mais cette attitude est rarement traduite par des adaptations organisationnelles pour en accroître la qualité. En termes quantitatifs, les premiers régressent, les seconds se maintiennent ou diminuent légèrement, cela dans un contexte de distribution limitée (entre 30 et 100 IT par an par TGI). Encore une fois, ceux qui apparaissent maintenir, voire renforcer, leur organisation en faveur de l'IT sont des TGI de taille moyenne (3 à 4 chambres).

Facteurs du changement

Le premier facteur de changement est extérieur aux institutions judiciaires : il est le produit du débat engagé en 1994 sur la dépénalisation de certaines drogues, donc sur l'éventualité de la révision de la loi de 1970. Ce débat a été, et reste encore, largement déterminé par le constat d'un important retard en France en matière de réduction des risques face à la probabilité de contamination des UD par le VIH, le VHB et le VHC. Si la révision de la loi de 1970 n'a pas été retenue comme réponse, le développement de réponses sanitaires comme la substitution ont renforcé le statut de l'UD comme « personne à aider ». Mais concernant l'UD interpellé par les SP, il n'a été possible que de relancer l'IT une fois de plus, soulignant par là la difficulté à concevoir l'un sans l'autre. L'IT dépend des interpellations d'UD comme l'interpellation pour usage de drogue est légitimée par l'IT. Il semble que jamais avant 1995, cette interdépendance n'ait été aussi évidente. L'acuité de cette perception par l'acteur politique s'est en partie traduite, en premier lieu dans la circulaire de 1995, la plus précise, la plus innovante et probablement la plus soucieuse d'une distribution effective de l'IT ; en

second lieu, au sein de l'institution judiciaire où, si l'on en juge par le changement d'attitude de certains PR, elle semble produire quelques effets. En fait, les plus lucides perçoivent que le refus de l'IT devient incompatible avec la répression de l'usage, et qu'en développer la distribution représente une (ultime ?) alternative à la révision de la loi.

L'enjeu est de taille, car une modification de la loi de 1970 à propos du délit d'usage ne serait pas sans effets sur l'ensemble du dispositif répressif, policier et judiciaire. Pour l'évidente raison qu'une absence de poursuites des UD priverait ses acteurs de leur principal (unique ?) point d'entrée dans l'univers de la drogue : les relations complexes entre UD et trafiquants faites de nécessité, de méfiance et de rancœur, qui constituent la ressource objective la plus féconde du policier à la recherche d'affaires de trafic. Une modification de la loi affecterait profondément ces relations, laissant les policiers, et donc les magistrats, démunis et/ou les contraints à modifier radicalement leur approche d'un phénomène dont rien ne permet de prédire le déclin. Bref, la performance actuelle du système, aussi imparfaite soit-elle, repose sur la menace que la loi fait peser sur les UD, qu'elle soit ou non mise à exécution, ce qui rend sa disparition improbable. Il ne s'agit pas ici de discuter de la pertinence, pratique et morale, d'un système où avantages, inconvénients et conséquences s'opposent, car indissociables du choix des valeurs qui leur donnent sens. L'objet était d'en souligner l'incidence sur l'attitude des PR et plus largement sur la politique du parquet, au moment où le développement de l'IT est perçu comme une condition, ou une contrepartie, au maintien du délit d'usage.

Le changement du PR apparaît comme le second facteur d'une nouvelle attitude face à l'IT. Ce facteur recouvre deux situations : soit un changement de PR, le nouveau ayant sur l'IT une position plus favorable, soit un changement d'attitude du PR en place. Sur les 5 TGI de la catégorie A où il a été constaté un changement ou une volonté radicale de changement, trois sont liés à la nomination d'un nouveau PR. Le plus souvent, il s'agit soit d'un nouveau PR ayant déjà une solide expérience de la pratique de l'IT, soit d'un ancien substitut promu PR et qui a été en charge de l'IT. Même si l'hypothèse demande à être confirmée, il semble que l'arrivée d'un nouveau PR ne soit la cause du changement qu'à cette condition. Une bonne connaissance de l'IT lui est nécessaire, non seulement pour la promouvoir, mais aussi pour être en mesure d'en améliorer la distribution et vaincre les résistances au changement. Ce point important est confirmé par le constat d'une mise en place concomitante de procédures favorisant l'effectivité de l'IT : TTR, spécialisation, définition de seuils formalisés et/ou explicites, ouverture de l'IT aux UDDo. Il n'en demeure pas moins

que cette évolution des attitudes dans certains TGI est trop récente pour qu'on puisse en mesurer les effets.

Paradoxalement, le changement ou l'évolution de l'attitude du PR en matière d'IT, semble moins susceptible d'en développer l'utilisation. Le cas d'A2 illustre cette difficulté. Le PR a demandé une augmentation massive du nombre d'IT ; pour cela, il lui a fallu modifier les règles de décision de telle sorte que les UDDo dépendants puissent être candidats à l'IT (réservée jusqu'en 1995 aux UDDu dépendants). Mais dans ce TGI de taille moyenne (7 chambres) la résistance au changement s'est installée, certains substituts continuant à utiliser les anciennes règles de décision, les SP à rendre compte tardivement des interpellations, la DDASS à se considérer dans l'incapacité matérielle de traiter un tel afflux d'UD/IT. La volonté du PR a fini par trouver ses limites dans la rigidité d'un système qu'il s'agirait plus de convaincre et d'organiser que de contraindre. Bref, il semblerait qu'un changement radical, appuyé sur une volonté et des compétences, soit plus aisé que la modification de certaines règles, importantes, dont on a mal évalué les conséquences.

Ainsi, au terme de notre enquête (mi-1997) rien ne permet d'affirmer que le changement radical ou quantitatif soit en mesure de produire les effets recherchés quand il reste limité à la seule volonté du PR. Non seulement les autres acteurs ont les moyens de neutraliser cette entreprise, mais surtout on est en droit de se demander dans quelle mesure le dispositif actuel est capable d'absorber une augmentation significative du nombre d'UD/IT. Cette interrogation s'appuie sur l'évolution constatée de bien des TGI importants qui, soit réduisent ouvertement leur nombre des IT, soit affichent des taux de déperdition élevés, soit bien souvent les deux à la fois.

Si de multiples facteurs déterminent le nombre d'UD interpellés qui auront effectivement une prise en charge, il est possible d'imputer sa réduction continue selon le niveau d'intervention où il est produit - policier, judiciaire et sanitaire - et son origine, active ou passive. Chaque niveau produit une réduction du nombre des UD pouvant bénéficier d'une IT, à la fois de façon active : qualifications policières, sélections judiciaires, indications sanitaires ; et passive : déperditions structurelles dues aux différents transits des UD. Ainsi, il apparaît que l'ensemble des facteurs favorisant une IT effective correspondent à la présence de deux catégories de comportements : l'une, oeuvrant à la réduction de la sélection et de l'exclusion des UD, l'autre s'attachant, par des procédures adaptées, à réduire le phénomène de déperdition.

Nouvelle typologie

A partir de cette synthèse analytique, il a semblé utile de regrouper les TGI et les DDASS, en faisant apparaître pour chaque institution une typologie fondée sur un certain nombre de caractéristiques, quantitatifs et qualitatifs. En fait, il s'agit d'une recombinaison de nos quatre catégories de départ, fondées, elles, sur les seules données statistiques officielles existantes. Il sera ainsi possible de rendre compte de phénomènes inaccessibles à travers les données d'origine - dont la fiabilité est d'ailleurs limitée -, tout en témoignant de la nature vivante et évolutive de l'objet de la recherche.

L'intérêt est moins de répartir tous les TGI et toutes les DDASS dans quatre catégories imparfaites que de proposer quatre types idéaux dont les uns et les autres sont les plus proches, tout en pouvant présenter des caractéristiques correspondant à une catégorie voisine. Il n'est pas non plus d'établir une comptabilité des TGI-DDASS par catégorie, suffisamment d'éléments ayant été fournis pour avoir un reflet précis du poids de chaque catégorie (Tableau 4.1).

Ces types idéaux permettent de réunir un nombre critique de conditions à partir desquelles une relative prédictibilité pourrait être possible. Par ailleurs, malgré la présentation du tableau, la superposition des catégories de TGI et de DDASS n'est pas à lire comme la marque d'une correspondance : un TGI « volontaire » peut être couplé avec une DDASS « dynamique » ou « négligente », un TGI en changement pouvant l'être avec une DDASS absente ou « conforme ». C'est justement cette dissonance qui est significative du problème posé par la multiplicité des configurations que traduit l'hétérogénéité de la distribution et de la mise en oeuvre de l'IT.

2 - DISCUSSION

L'histoire de la loi de 1970, rappelons-le, est celle d'une affirmation récurrente, précisée, que l'UD est « un sujet en péril qui a besoin de protection » ; l'IT en est l'outil dont l'usage doit être développé. Il est le moyen au service d'une fin : la prise en charge sanitaire de l'UD, par laquelle on espère réduire le « péril » et assurer la « protection ». La singularité de ce programme sanitaire est que sa fourniture est destinée aux seuls UD identifiés par les SP. L'entrée dans le système sanitaire se fait au moyen de l'interpellation qui, une fois écartée la qualification de revendeur ou de trafic, devrait permettre de faire de l'UD un candidat à l'IT. Autrement dit, si l'usage de drogue caractérise la « maladie », elle est rendue apparente, diagnostiquée, par l'activité policière, comme on le ferait par le dépistage

Tableau 4.1 - Typologie caractérisant les quatre profils-types de TGI et de DDASS

TGI			
TGI fermés ou très réticents à l'IT	TGI peu concernés par l'IT	TGI volontaires	TGI en changement vers « volontaires »
<ul style="list-style-type: none"> -Politique Procureur réticente ou opposée à l'IT -SLCD* orientée affaires-Petite taille du TGI -Procédures inadaptées (lenteur) -Discrimination en fonction produits -0 IT ou nombre insignifiant 	<ul style="list-style-type: none"> -Politique Procureur indifférente et sans effet-SLCD mixte -Taille du TGI importante -Organisation laxiste-Ouverture aux UDDo -Déperdition importante -Nombre important d'IT mais en diminution 	<ul style="list-style-type: none"> -Politique du Procureur favorable à l'IT -SLCD plutôt orientée interpellation UD -Taille TGI moyenne -Organisation adaptée -Ouverture sélective aux drogues douces -Déperdition limitée -Nombre d'IT moyen et plutôt en hausse 	<ul style="list-style-type: none"> -Arrivée d'un Procureur avec expérience antérieure de l'IT -SLCD plutôt orientée affaires -Taille petite ou moyenne -Mise en place de procédures de contrôle de la qualification -Volonté d'ouverture aux UDDo -Transition de 0 ou peu d'IT notifiées à quelques dizaines
DDASS			
Démission DDASS	DDASS négligentes	DDASS conformes	DDASS dynamiques
<ul style="list-style-type: none"> -Absence relais DDASS -Monopole SPC** -Faible intégration ou assurée par la SPC 	<ul style="list-style-type: none"> -Personnel mobile et peu motivé -Faible intégration -Relations distendues avec le parquet (pas de retour d'info. ou de mauvaise qualité) -Forte exclusion des UDDo -% réduit d'UD terminant leur IT -Informations lacunaires de la part des SPC -SPC peu diversifiées 	<ul style="list-style-type: none"> -Personnel instable ou en voie de stabilisation -Intégration en voie d'amélioration -Relations avec le parquet variables -Exclusion relative des UDDo -% d'UD terminant leur IT variable -Diversité SPC limitée 	<ul style="list-style-type: none"> -Stabilité du personnel dans le temps -Intégration importante ou élevée -Relations étroites avec le parquet -Absence ou faible exclusion des UD (traitement possible des UDDo à la DDASS) -Capacité à obtenir des SPC une information de qualité-Bon % d'UD terminant leur IT -Effort soutenu pour diversifier la prise en charge

* SLCD : stratégie de lutte contre la drogue

** SPC : structure de prise en charge

d'une affection. Mais, si l'outil d'identification, l'interpellation, possède une certaine efficacité (près de 50 000 personnes par an, ce n'est pas négligeable), l'utilisation qui en est faite apparaît limitée, puisque seul un nombre restreint d'UD interpellés accède à cette aide. Afin d'être en mesure de porter sur le programme que représente l'IT un jugement évaluatif global et fondé, il est nécessaire de s'interroger : 1) sur la conception même de l'IT, qui vise à s'adresser au malade à travers la qualification de délinquant ; 2) sur sa capacité actuelle à identifier parmi les UD ceux qui seraient les bons candidats à l'IT ; 3) sur l'ambiguïté des objectifs visés par l'IT et sur les effets pervers, imprévus ou insuffisamment pris en compte par sa double nature judiciaire et sanitaire ; iv) sur les causes capables d'expliquer pourquoi l'IT est de façon globale si peu effective - alors qu'elle peut l'être en certains lieux -, et à quelles conditions il serait possible d'en améliorer la performance globale.

Pour engager la discussion sur ces points, il est bon de résumer le principal constat quantitatif de la démarche évaluative : on pensait que 16,7 % des UDI étaient pris en charge via l'IT (chiffres 1994), ce qui est peu, alors qu'en fait seuls 5,5 % ont été réellement pris en charge. Il ne suffit pas pour un UDI de relever d'une IT pour qu'il ait effectivement une prise en charge. Deux conclusions s'imposent : dans le contexte de la lutte contre la drogue et de la loi de 1970, une très forte majorité des UD interpellés aujourd'hui ne bénéficient toujours pas d'une véritable prise en charge ou à tout le moins d'un diagnostic posant son indication ou son inutilité ; la déperdition des deux tiers des UD pris en charge par l'IT souligne la faible performance du dispositif lui-même. L'impact de ce programme national apparaît dérisoire, face à l'ampleur du problème-drogue et de ses conséquences. Que la prise en charge soit ou non efficace n'a qu'une importance secondaire : à cette échelle, l'IT comme réponse à la consommation de substances illicites ne peut avoir d'effet sur le problème. En plus du fait que le nombre d'UD interpellés ne représente qu'une partie (petite ?) des UD, l'âge moyen d'interpellation constaté laisse à penser qu'ils ont de la consommation une expérience ancienne. Ainsi, non seulement le dépistage de l'usage de drogue réalisé à travers l'interpellation par les SP reste le plus souvent sans suite thérapeutique, mais de plus il est tardif. Or, plus la durée de la consommation de drogue est grande, plus les chances d'amélioration d'une intervention diminuent, tandis que les risques courus par l'UD augmentent (escalade dans la dépendance, aggravation de la précarité sociale, délinquance, infections virales, surdoses, etc.). Autrement dit, l'une des principales filières permettant d'introduire dans le système sanitaire une population dont les comportements sont réprimés au nom de l'amélioration de son état n'est

pas, ou fort peu, utilisée. Alors que l'IT représente le cœur de la loi de 1970 dont elle est la justification et à laquelle l'interpellation des UD ne peut se substituer. Ce résultat paradoxal ne correspond donc ni à l'esprit de la loi de 1970, ni à la lettre des circulaires de 1987, de 1993 et de 1995, qui encadraient l'IT au moment de l'évaluation. Dans ce sens il est possible de parler de dérive et il faut en rechercher les raisons.

Nous faisons l'hypothèse que l'ambiguïté des objectifs visés, inscrite dans la conception même de l'IT, est la première explication des faits constatés, à savoir que l'IT ne bénéficie qu'à une infime minorité d'UDI, de plus, de façon aléatoire. Et que cette ambiguïté qui court tout au long du processus est utilisée par les acteurs « forts » du système - les policiers et les magistrats - dont elle détermine l'incohérence et l'hétérogénéité. Pour le montrer, il est nécessaire dans un premier temps, de discuter l'utilisation pratique faite par ces acteurs de la définition de l'UD comme délinquant-malade et la distinction conséquente opérée entre drogues douces et dures dans la distribution de l'IT. A la suite, nous discuterons de l'impact sur la distribution peu effective de l'IT des objectifs visés par les acteurs qui en ont la charge.

L'usager de drogues, un délinquant-malade ?

L'utilisation de la définition de l'UD comme « délinquant-malade » sur laquelle repose l'esprit de la loi de 1970 relative au délit d'usage est ici discutée comme facteur générique de la faible effectivité de l'IT et de son hétérogénéité d'utilisation. En effet, si l'UD est à la fois défini comme délinquant par son comportement et comme malade par son état, cette définition légale de délinquant-malade représente une abstraction. Dans la pratique, la définition conduit à considérer l'UD soit comme un délinquant, soit comme un malade dont le délit, la consommation, est le symptôme dans les deux cas. Aussi, selon qu'il lui sera ou non accordé une IT à la suite de son interpellation par les SP, un UD est de fait étiqueté, soit comme un délinquant, soit comme un malade. Il a pu être montré que la définition de malade est établie par défaut à travers la qualification policière en interaction avec les magistrats : toute personne consommant des substances illicites n'est considérée comme malade que si elle n'est pas « vraiment » jugée délinquante. Ce qui aboutit à une autre définition de l'UD, celle produite à travers la distribution de l'IT : l'UD n'est reconnu comme malade que lorsque sa délinquance, comme usager de drogue, est jugée acceptable. Il y a là un double paradoxe. Le premier est que le critère qui rend éligible le consommateur de drogue à une prise en charge sanitaire, avoir commis le délit d'usage constaté par les SP, est à la fois une condition pour accéder à une prise en charge et

utilisée pour récuser sa candidature. Cela au moyen de divers critères restrictifs qui reviennent à subordonner son statut de malade à une qualification plus affinée de son statut de délinquant. Soit parce qu'il est « trop » délinquant, bien qu'il ne soit qualifié ni de revendeur ni de trafiquant (seuils, produits, antécédents, etc.), soit parce qu'il ne l'est pas assez pour être considéré comme malade (usagers de drogues douces et niveau de dépendance). Dans les deux cas, la diversité des critères et l'hétérogénéité de leur usage soulignent la nature subjective de la décision, tandis que l'absence de critères et de compétences pour juger de l'état de malade est la règle, pour le moins inquiétante. En fait, un policier ou un magistrat qui récuse le statut de malade à un UDI le fait d'abord sur la base de la bénignité de sa délinquance. Bref, le statut de malade est défini à partir d'une grille judiciaire.

Ce premier paradoxe est à l'origine du second : la traduction opérationnelle de la définition de l'UD comme délinquant-malade devrait aboutir à deux catégories d'UD, les délinquants et les malades. En fait, elle débouche sur trois catégories : les UD jugés comme délinquants et donc sanctionnés par la loi ; les UD qui, au nom de la même loi, tout en étant délinquants auront une prise en charge sanitaire ; enfin, les UD qui n'auront ni l'une ni l'autre - les « pas assez délinquants » et les « pas assez malades » - et représentent l'immense majorité. Le problème est que de telles pratiques qui aboutissent à alimenter largement cette troisième catégorie « ni malade, ni délinquant », contribuent à vider de sa substance la définition originelle de l'UD. Or, ce glissement ne traduit pas seulement une évolution libérale face à l'usage, il est en même temps la récusation de la définition de l'UD comme malade. Il ne nous revient pas ici de juger si l'UD, si tout UD, est ou non vraiment un malade, mais il est possible de considérer que la façon dont la loi de 1970 est appliquée conduit à trancher en faveur d'une réponse négative. Dans la pratique, en dehors des rares UD qui auront une prise en charge, tous ceux qui sont interpellés sont récusés comme malades, soit parce qu'ils sont d'abord des délinquants, soit parce qu'ils ne sont ni l'un ni l'autre. Ainsi, la représentation publique sur laquelle sont fondées la loi de 1970 et les circulaires sur l'IT est démentie par leur mise en oeuvre. En conséquence, les pratiques contestent la théorie d'action qui fonde la loi de 1970 : l'UD serait conduit à la délinquance qu'est l'usage de drogue parce que malade - la cause serait la fragilité, la conséquence la délinquance -, alors que la mise en oeuvre de l'IT est une réponse à la délinquance dont la maladie serait une conséquence conditionnelle.

L'évacuation massive de la dimension de malade ne se traduit pas seulement par son impact quantitatif sur la distribution de l'IT. Elle est également

perceptible par la place, réduite, laissée aux acteurs autres que policiers et judiciaires dans le diagnostic qui permettrait de trancher entre délinquant et malade : d'une part, l'absence de diagnostic médical y est structurelle, l'acteur sanitaire n'intervenant qu'une fois la décision prise, d'autre part l'expulsion du diagnostic social que représente l'enquête de personnalité est généralisée. Autrement dit, non seulement la priorité est judiciaire, mais son pouvoir de décision est hégémonique. Avec pour conséquence de faire de l'acteur judiciaire l'arbitre de choix qui relèvent de dimensions dépassant sa seule compétence, comme la distinction entre drogues douces et dures.

L'injonction thérapeutique pour les usagers de drogues douces ?

Nous avons vu que, depuis la circulaire de mai 1987, les usagers de drogues douces devraient pouvoir accéder à une prise en charge par l'IT, même si le critère « d'usager d'habitude » invite les PR à limiter le nombre des candidats. La circulaire de 1995 le rappelle de façon claire. Il faut voir là un souci de mettre en cohérence le refus des pouvoirs publics à accorder un statut particulier aux drogues douces, dénoncées comme nocives et comme facteur de risque de l'usage des drogues dures, et l'exclusion, jusqu'en 1987, de ce type d'usager d'une possible prise en charge. Cette mise en cohérence montre à quel point il était devenu difficile de renforcer la répression de l'usage, ou même de la maintenir en l'état, sans trancher entre deux logiques : soit l'usage de drogues douces est interdit parce qu'il met en danger ceux qui en consomment et il faut les aider à en sortir ; soit cet usage est sans conséquence et l'interdit devra s'appuyer sur d'autres justifications (mais lesquelles ?). Face à la logique retenue, policiers et magistrats mettent en oeuvre une conception qui leur est propre, tant vis-à-vis des drogues douces que de ceux qui en consomment. Cela, soit en décidant que l'usage de drogues douces ne nécessite pas de prise en charge sanitaire ou sociale, soit en sélectionnant parmi ces UD quelques-uns, jugés dépendants, en vue d'une prise en charge. Dans les deux cas l'incohérence est patente.

Dans le premier cas, ils tranchent en faveur d'une distinction entre drogues alors que la question, de nature scientifique, est à ce jour non résolue ; dans le second ils sélectionnent les UDDo sans disposer des outils nécessaires pour diagnostiquer leur état de dépendance. Quand la décision est prise au niveau policier, l'incohérence n'en est que plus évidente. Il apparaît ainsi que faute d'intégrer dans la décision des références médicales (et sociales), le choix de ne pas accorder d'IT aux UDDo ou de n'en sélectionner que certains repose sur d'autres considérations. Celles-ci sont

d'ordre professionnel et organisationnel : compatibilité avec la stratégie locale de lutte contre la drogue, encombrement prévisible et redouté des parquets et des DDASS, disponibilité limitée d'un personnel tourné vers d'autres priorités et urgences (trafics et affaires), nécessité problématique d'inclure des compétences médicales, etc. Surtout, en l'état actuel du dispositif, une prise en compte des UDDo à partir d'un diagnostic de leur dépendance impliquerait d'introduire une grille médicale dans l'IT: elle serait une source importante de complexification, alors qu'il est accordé au délit d'usage de drogues douces un faible intérêt (professionnel), sinon négligeable. Bref, l'effort apparaît important pour un bénéfice insignifiant. A l'évidence, si c'est probablement le cas dans une perspective judiciaire, en est-il de même dans une perspective sanitaire ? Faute d'un éclaircissement des objectifs visés, la fonction attribuée à l'IT reste contradictoire, chacun n'y voyant que ce qu'il peut y voir de la place qu'il occupe dans le système organisé autour de la lutte contre la drogue.

Quels sont les objectifs visés par l'injonction thérapeutique ?

La définition duale de l'UD contribue largement à l'opacité des objectifs visés par l'IT, facteur structurel d'incohérence. Ce n'est pas la définition conjointe, ni même contradictoire, de l'UD comme délinquant-malade qui la détermine, mais sa résolution hiérarchique qui rend aléatoire ou impossible une intégration des deux objectifs. Quand on se pose la question : telle qu'elle est conçue et utilisée, l'IT vise-t-elle des objectifs de nature judiciaire ou sanitaire ? La réponse qui s'impose est : les deux, alors qu'en réalité les objectifs de l'IT varient selon les acteurs en relation avec les séquences dont ils ont la charge. L'IT, quand elle est décidée et distribuée, est au service d'objectifs judiciaires quand elle est mise en oeuvre ses objectifs sont sanitaires et ses résultats sont à nouveau interprétés dans la perspective judiciaire (poursuite de l'UD/IT en cas de défaillance, fermeture de l'accès à une prise en charge en cas de récidive). Au lieu d'être intégrés au départ de l'IT, les objectifs sont autonomes et se succèdent, donc se neutralisent tout au long du processus. En pratique, le problème est que la distribution de l'IT référée à des objectifs judiciaires prioritaires limite en grande partie les objectifs sanitaires de la mise en oeuvre, elle-même hésitante entre les objectifs préventif, curatif et palliatif.

En premier lieu, les deux logiques s'opposent en termes de distribution de l'IT : la logique judiciaire pousse à utiliser l'IT comme un outil de plus dans la panoplie répressive, sorte de récompense intermédiaire entre la punition et la relaxe ou l'avertissement, mais comme le signal d'une possible future

répression. C'est le niveau de délinquance de l'UD - pas trop délinquant, mais suffisamment - qui détermine le magistrat à proposer l'IT et il ne pourrait en être autrement dans le cadre de l'exercice de son pouvoir de décision. Quand bien même l'objectif sanitaire ne serait pas toujours absent de sa motivation, il reste subordonné à la satisfaction des objectifs judiciaires. Autrement dit, la sélection des UD par le parquet vise à préparer l'UD à de futures sanctions, quel que soit par ailleurs l'impact attendu de l'IT. Le confirme la résistance de la majorité des parquets à accorder plusieurs IT à un même UD : la consommation à nouveau constatée est un délit de récidiviste, pas une rechute ou un échec du traitement. Pour être effective, la logique sanitaire doit, elle, tenir compte de la relation forte entre la distribution de l'IT et ses objectifs sanitaires. Il n'est pas possible d'atteindre certains objectifs sans poser en conséquence les indications : quels sont les UDDu susceptibles de correspondre à un traitement de substitution visant à réduire les conséquences morbides et mortelles (infections virales) ? Qui parmi les UDDo devrait relever d'une prise en charge visant à prévenir, soit d'une dépendance accrue, soit de conséquences sociales aggravantes (précarité, marginalité) ? La cohérence entre le diagnostic, l'indication du traitement et l'objectif visé est indispensable, mais elle est loin d'être assurée.

Ensuite, les objectifs sanitaires de l'IT sont mal ou pas définis, tant pour les acteurs sanitaires que judiciaires, alors qu'ils déterminent le public susceptible de recevoir une prise en charge. L'IT a-t-elle ou devrait-elle avoir un objectif préventif, curatif ou palliatif ? La question est loin d'être tranchée, elle n'est même pas évoquée ! Il s'agit ici de prévention secondaire puisqu'elle concerne des individus consommant déjà des substances psychoactives. Mais la distinction entre prévention secondaire et primaire est fragile car, selon le produit, le niveau de consommation et le degré de dépendance, les chances de réversibilité varient, certains UD pouvant revenir à l'abstinence, d'autres à limiter leur consommation, d'autres à éviter l'escalade de la dépendance ; le palliatif qui, lui, ne vise qu'à limiter les conséquences morbides et mortelles d'une « toxicomanie » avérée, intègre le renoncement à tout retour à l'abstinence. Ainsi, l'ancienneté de la consommation, la nature des produits, leur fréquence d'utilisation sont d'importants facteurs permettant de déterminer si une prise en charge de l'UD pourra atteindre tel ou tel objectif sanitaire. Récuser un UD parce qu'il n'est pas « assez » dépendant, c'est implicitement faire le choix du curatif et du palliatif et refuser de prévenir. Réserver l'IT aux UDDu, équivaut à considérer que l'évidence de l'urgence rend légitime de fermer l'accès à ceux qui n'en relèvent pas ... encore.

Un tel choix, constaté de façon massive dans la décision comme dans la mise en oeuvre de l'IT, représente un effet pervers qui va à l'encontre du

principe général sur lequel repose la médecine moderne : les chances d'efficacité d'une intervention sont d'autant plus élevées qu'elle sera précoce dans le processus de la pathologie. La perspective d'aider une personne dont le niveau de dépendance, donc de souffrance, est supérieur, conduit à négliger ceux qui risquent un jour de se trouver dans le même état. La question est donc moins de choisir entre l'urgence compassionnelle et la prévention rationnelle, que d'être en mesure de proposer des réponses sanitaires diversifiées, donc de diversifier les objectifs en fonction des indications. Mais la diversification n'est envisageable que s'il existe un diagnostic et qu'il soit précoce : au niveau de la candidature des UD à l'IT. En conséquence, un tel choix déboucherait sur une augmentation importante (massive ?) de l'IT, ou à tout le moins des candidats à une IT. Est-ce un objectif recherché ou redouté ?

Enfin, allant dans le même sens tout en aggravant son impact, l'opacité des objectifs sanitaires affecte la cohérence entre les différentes séquences de l'IT dont l'interdépendance a été soulignée. En effet, faute d'une explicitation de ce qui est attendu de la prise en charge des UDI/IT, la sélection opérée aux différentes étapes aggrave l'hétérogénéité de la distribution de l'IT et la déperdition. La grille judiciaire ne retient que les UD « pas trop délinquants » et, en règle générale, la grille médicale exclue les « pas assez malades » ; aussi, lorsqu'un parquet, appliquant les directives nationales sur l'IT, en notifie à des UDDo, il est fréquent que ces derniers se voient récusés par la DDASS, montrant par là l'incompatibilité des deux grilles et des objectifs qui les sous-tendent. Phénomène d'autant plus massif que les DDASS ne disposent que très rarement de SPC en mesure de prendre en charge ce type d'usager, car le plus souvent organisées autour de la dépendance affirmée de drogues dures. Reste à les prendre en charge au sein même de la DDASS, s'il existe de façon durable une volonté, une conviction et des compétences pour le faire.

La déperdition importante constatée apparaît comme la conséquence directe de cette confusion sur les objectifs de l'IT qu'accentue un processus découpé en séquences négligeant leur interdépendance ainsi que celle des acteurs.

L'injonction thérapeutique peut-elle être effective ?

La question vaut la peine d'être discutée hors de tout présupposé idéologique, mais à la lumière des résultats et de l'analyse proposées. Rappelons ce qu'on entend par effective : fournir à tous les UD qui en ont besoin une prise en charge adaptée à leur état en vue de les aider à réduire ou à arrêter leur consommation, ou encore à réduire les risques d'infections virales. L'IT

aurait ainsi pour objectif générique de rompre l'histoire naturelle d'un phénomène qui, livré à lui-même, aurait de néfastes conséquences. Mais avant tout, il convient de se demander si l'organisation actuelle de l'IT peut être effective et à quelles conditions ?

L'étude de la diversité des TGI et de leur contexte, ainsi que l'approche détaillée de l'ensemble du processus, ont fait apparaître la fréquente difficulté de porter un jugement global sur dispositif local : certains dispositifs peuvent être déficients à tel niveau, mais meilleurs à d'autres et même bons à certains. Le problème est qu'une déficience en amont compromet toujours l'ensemble du dispositif, tandis qu'une autre, située en aval réduit souvent à néant les gains obtenus au cours des séquences antérieures. Ceci explique la défaillance globale de l'IT, que traduit sa faible effectivité à l'échelle nationale, et la difficulté sur laquelle butent toutes les tentatives d'amélioration. Néanmoins, il est possible de dessiner un modèle qui se rapproche de l'effectivité souhaitée. Il ne s'agit pas d'un modèle idéal, conçu pour la circonstance, mais d'un cas identifié dans notre échantillon. Il s'agit de B3, l'exception parmi les 25 TGI (et les 22 DDASS), qui pourrait servir de modèle. Son existence possède une première vertu heuristique : une distribution et une mise en oeuvre effectives de l'IT sont possibles, même si la rareté du constat ne fait qu'en confirmer la difficulté.

Analyse d'un cas exemplaire

L'analyse de ce cas devrait rendre perceptible la nature systémique du fonctionnement de l'IT et mettre en évidence certaines modalités qui n'ont pas été abordées, à cause de leur singularité limitée à ce TGI-DDASS. Le cas montre en même temps que si la perfection est inaccessible, beaucoup peut être fait pour s'en rapprocher. Ce TGI de taille moyenne (5 chambres) rivalise dans la catégorie B avec les TGI importants en matière de nombre d'IT notifiées et qui, de plus, parvient aux meilleurs résultats. Bref, il notifie un nombre important d'IT (320 en 1994) et il est le plus effectif dans sa catégorie (205 IT terminées) en nombre absolu et relatif. Ces résultats ne sont pas dûs au hasard, le nombre et la qualité d'IT augmentant régulièrement et de façon sensible depuis 1992.

Il n'est pas utile de revenir sur les caractéristiques de ce TGI, exposées tout au long du rapport, mais on se doit de souligner que lorsque le PR est fortement motivé (solide croyance dans la nécessité et les vertus de l'IT), certains choix sont faits, mis en cohérence avec les autres acteurs, organisés en procédures stables et leurs effets évalués de façon sérieuse et continue.

Un substitut spécialisé pour toutes les ILS, en accord total sur les options volontaristes du PR, apparaît en mesure de vérifier les qualifications policières sans pour autant chercher à les contredire : seuils explicites et possibilité d'IT quel que soit le produit en sont les principales caractéristiques. Ce choix de ne pas refuser aux UDDo d'être des candidats à l'IT a été établi en accord avec la DDASS, élevée ainsi de façon originale au rang de partenaire plutôt que d'exécutant. Les relations entre les deux acteurs sont donc sans surprise, fréquentes, suivies et véhiculent toute l'information nécessaire pour rendre visibles les effets d'interventions situées hors de leur champ respectif. C'est ainsi que le parquet sait ce que deviennent les UD auxquels il a notifié une IT ; bien sûr, il sait aussi si le rendez-vous à la DDASS a été respecté par l'UD, mais aussi quel type de prise en charge a été retenue (diagnostic et indication) et quel professionnel le suit (généraliste, spécialiste, etc.). Les défaillances de l'UD sont à la fois traitées par la DDASS et transmises au parquet, comme sont décrits les résultats de l'IT au terme de la prise en charge et transmis au TGI. C'est l'unique DDASS, dans notre échantillon, capable d'afficher ses résultats, pas seulement en termes d'effectivité mais aussi d'efficacité de la prise en charge, et d'être en mesure de justifier ses choix et ses objectifs autrement qu'à partir de présomptions et de préférences. La mise en place d'outils formalisés a permis d'élaborer un dispositif d'évaluation intégrant des paramètres judiciaires et sanitaires : niveau et taux d'observance de l'UD, taux de récidive pour faits d'usage. Ce TGI-DDASS présente des résultats, certes provisoires et à confirmer, montrant un taux important de non récidive corrélé à une bonne observance du traitement qui incitent le substitut responsable de l'IT à la développer pour les UDDo et surtout chez les jeunes. Cette perspective semble cohérente dans la mesure où elle correspond à la conception de la DDASS qui voit dans l'IT un outil au service de la prévention.

Pour conclure, ce cas atypique semble avoir résolu une bonne partie des problèmes posés par l'ambivalence conceptuelle de l'IT et la tendance naturelle du dispositif à produire de l'incohérence. Deux raisons résument ce succès. La première est que si la présence d'un acteur fort et motivé au TGI comme à la DDASS apparaît être une condition nécessaire, le processus de l'IT gagne à être l'objet d'une intégration bicéphale parquet-DDASS, chacun ayant une visibilité et du pouvoir sur l'ensemble du processus. La seconde est que le moyen pour que cette intégration bicéphale soit réelle est d'instituer, en la formalisant, la circulation de toutes les informations répondant aux préoccupations de chacun et sur l'ensemble de l'IT. Bref, le partage des pouvoirs apparaît comme la seule réponse capable de dissiper une méfiance réciproque, d'autant plus stérilisante qu'elle est rationnelle.

CONCLUSION

UNE INJONCTION THÉRAPEUTIQUE EFFECTIVE SERAIT-ELLE SOUHAITABLE, POSSIBLE, UTILE ?

L'IT est et restera, dans le cadre actuel, sans effet sur le problème de l'usage de drogue, car son taux d'effectivité est trop faible. L'hétérogénéité de l'IT dont les facteurs ont été soulignés n'est pas due au hasard, ce qui ajoute à l'absence d'impact une injustice de distribution. De plus, tout porte à penser que les rares UD qui ont bénéficié d'une IT n'ont qu'une faible probabilité de recevoir une prise en charge correspondant à leur état, ce qui double le premier constat d'un second : une faible efficacité de la prise en charge elle-même. La structure séquentielle et hiérarchisée du processus de l'IT rend totalement aléatoire la rencontre entre le problème (l'état de l'UD), ses chances d'éligibilité à l'IT, la nature de la prise en charge et l'objectif (socio)-sanitaire correspondant. A partir de ce triple constat, la discussion pourrait s'engager sur la pertinence de l'IT comme l'un des moyens capables d'aider les UD, alors que le débat s'est figé autour d'un enjeu différent : la légitimité de la loi de 1970. L'application chaotique de la loi a conduit ses opposants à combattre le délit d'usage comme s'il était la cause de l'état sanitaire des UD, d'autres à la soutenir sans tenir compte d'une application qui ne s'en soucie pas effectivement. L'interdiction de l'usage serait une erreur pour les premiers, son maintien la seule voie possible pour les seconds. Tous en oublient que ni la dénonciation de l'interdit, ni sa défense ne sont, n'ont été et ne seront en mesure de répondre au problème de l'usage de drogue comme comportement, soit pathologique, soit pathogène. Qu'il soit libre ou poursuivi, l'usage de drogue reste un problème exigeant des réponses capables de réduire les risques de différente nature, tant pour l'UD que pour la collectivité. L'usage de drogue est un facteur de risque largement démontré

dans plusieurs problèmes de santé publique. Réduire ce risque n'est pas envisageable sans une conviction forte et partagée que l'interdit de l'usage ne peut rien sans l'aide aux usagers.

Face au constat d'impuissance de l'IT actuelle à répondre à l'usage de drogue, deux conclusions concurrentes peuvent être tirées. La première est de considérer cette situation comme la preuve d'un échec sans appel de l'IT : la prise en charge des UD consécutive à leur interpellation par les SP est, et restera, illusoire. Dans ce cas, son maintien en l'état représente à la fois un gaspillage et un obstacle. L'IT est un gaspillage de ressources - le budget annuel représentait 10 millions de francs en 1994 (cette somme a été doublée en 1995), non compté le temps consacré par les fonctionnaires des secteurs judiciaire et sanitaire. L'IT est aussi un gaspillage d'énergie pour tous ceux qui s'y investissent et la cause principale d'une démobilitation irréversible. Surtout, maintenue en l'état l'IT est un obstacle, car elle se présente comme une réponse sanitaire au problème de l'usage de drogue qui, de fait, interdit l'expérimentation de nouvelles réponses. Elle occupe un terrain qu'elle n'est pas en mesure d'investir. Le sentiment désabusé rencontré auprès de la plupart de nos interlocuteurs en est le reflet qui s'exprime de différentes façons : « *Si l'IT n'est pas utile, elle ne peut pas faire de mal* » ; « *quand bien même elle ne marcherait que dans quelques cas, elle serait justifiée !* ». L'IT serait justifiée parce que légal et ceci en dépit du fait qu'elle ne soit pas une réponse à l'usage de drogue. Sans se faire prophète, la fonction objective d'obstacle de l'IT ne pourra longtemps résister à la pression conjuguée de son impuissance et de la demande pressante d'autres réponses sanitaires. En cela, la disparition de l'IT est programmée. Le problème est que son existence est liée à la loi de 1970 réprimant l'usage de drogue. Dès lors que l'absence de la fonction sanitaire véhiculée par l'IT sera patent, l'interdit ne pourra lui survivre : l'interpellation des UD apparaîtra de plus en plus comme une machine tournant à vide, faute de ne déboucher que sur de vagues paroles (avertissement, rappel de la loi, etc.), où sur de rares sanctions perçues, à juste titre, comme injustes et inefficaces.

Une alternative à cette condamnation sans appel de l'IT est concevable : un changement conceptuel de l'IT pour en améliorer la distribution effective. Elle s'appuie sur une double hypothèse qui sont en fait des quasi constats : d'une part, l'IT, ou toute mesure calquée sur elle, restera attachée au délit d'usage dont la suppression est illusoire ; d'autre part, l'interpellation des UD représente une voie importante et utilisable pour connaître leur état de santé et leur fournir, si nécessaire, une prise en charge. Bref, l'IT existerait pour longtemps encore et, organisée de façon rationnelle, pourrait être utile

aux UD tout en conservant l'interdit. Améliorer son effectivité et son efficacité serait à cet égard la solution raisonnable qui ne pourrait être rendue possible sans en modifier tant la conception que le fonctionnement. Si la première condition est d'être bien convaincu que l'UD est une personne à aider, fragile ou malade, la seconde est de reconnaître que cet état recouvre des situations variables selon les moments de son parcours addictif. Cette représentation de l'UD pourrait convenir tant aux contempteurs de l'IT, qu'à ses défenseurs qui s'accorderaient sur la nécessité de fournir une prise en charge adaptée au plus grand nombre d'UD interpellés. Les premiers ne feraient plus de la dépénalisation de l'usage une condition, d'autant plus improbable à satisfaire que rien ne permet de penser qu'elle serait une réponse efficace à la consommation de drogues ; les seconds accepteraient de reconnaître réellement que la finalité de la loi n'est pas l'interpellation des UD, mais un moyen pour les aider à interrompre un parcours que la multitude de risques encourus transforme en fatalité.

Dans cette perspective, le problème conceptuel à résoudre consisterait à réduire l'incohérence entretenue par la soumission à des critères strictement judiciaires d'une distribution de l'IT prétendant atteindre des objectifs sanitaires. Cette confusion explique largement l'hétérogénéité constatée, puisque la prise en charge n'est pas fournie pour répondre à un état constaté de l'UD, mais octroyée comme un avantage (une récompense) selon le bon vouloir et/ou les impératifs locaux de la lutte contre la drogue : elle est un sous-produit de l'activité répressive contre la drogue. Si la variabilité de l'IT peut se justifier dans la perspective répressive, elle induit deux effets pervers dans sa fonction sanitaire: sa faible capacité à atteindre le public pour lequel elle a été conçue (distribution aléatoire) et la forte déperdition tout au long du processus. De plus, le peu d'intérêt qu'elle suscite chez ceux qui en ont la charge est entretenu par la faible visibilité (souvent nulle) qu'ils ont des effets du dispositif.

Une application de la loi de 1970 face au UD interpellés réellement référée à ses objectifs sanitaires pourrait non seulement améliorer son effectivité, mais aussi son efficacité. Nous avons conditionné cette possibilité à une conviction partagée pour restaurer sa fonction sanitaire, il reste à montrer à quelles conditions un tel changement serait possible. Autrement dit, dans le cadre de la loi de 1970, l'amélioration de l'IT et de son impact exige des modifications conceptuelles quant à sa distribution.

Intégrer les objectifs sanitaires aux préoccupations judiciaires

La première condition, dont découlerait un changement favorisant une distribution effective de l'IT, serait d'inscrire de façon opérationnelle la fonction

et les objectifs sanitaires (et sociaux) dans l'IT dès le début du processus. C'est une nécessité fondée sur le constat suivant : l'hégémonie de la perspective judiciaire constitue aujourd'hui un obstacle à l'effectivité et à l'efficacité de l'IT. Ce n'est pas une nouvelle circulaire « invitant les PR à notifier plus d'IT » qui permettra de le surmonter, car cette voie ne prend pas en compte les raisons qui conduisent ces derniers « à ne pas en notifier » ou à s'en désintéresser. La rationalité judiciaire les conduit à privilégier leurs préoccupations et leur latitude à ignorer ce qui les en détourne. Infléchir, sinon inverser, une telle tendance ne paraît possible qu'à la condition de renoncer à l'hégémonie de la fonction judiciaire de l'IT qui rend accessoire les objectifs sanitaires. Cela passe par un rééquilibrage des pouvoirs au profit du sanitaire, à travers la mise en place d'une procédure de décision intégrant l'acteur sanitaire. Elle ferait de la notification de l'IT une décision mixte, seule voie à nos yeux capable d'assurer son effectivité.

La diversification des objectifs sanitaires visés par l'IT est la seconde condition conceptuelle capable d'améliorer son effectivité comme son efficacité. Les critères de sélection des UD seraient ainsi référés à des objectifs accessibles en fonction des UD candidats à l'IT. Ce ne serait plus le produit consommé, ni l'état de gravité de l'UD, ni la disponibilité de SPC qui détermineraient la sélection des UD pour une prise en charge, mais un examen de tous les paramètres de son état conduisant à telle ou telle indication. Ainsi, faire en sorte qu'un UDDo réduise sa consommation et le prévenir du risque de passer à des drogues plus dures ne serait plus un objectif exclu a priori, et de surcroît ici mais pas ailleurs, mais une possibilité liée à l'état et au contexte de l'UD interpellé (physique, psychique, social, professionnel). C'est donc sur la base d'un diagnostic que s'effectuera la transition d'un candidat à l'IT à une prise en charge permettant d'envisager, soit de prévenir d'une dépendance, soit de limiter sa dépendance, soit de substituer sa dépendance, etc. Chacun des choix suppose une cohérence entre un diagnostic, une indication de traitement et un objectif. Choix qui ne pourra être exclusif, global et prédéterminé (prévention, soins, palliatif), mais qui suppose de disposer et de recourir à une panoplie de prises en charge. Sur ces bases conceptuelles, il est clair que des changements structurels et organisationnels seront nécessaires.

Tout d'abord, une décision qui viserait des objectifs sanitaires et sociaux ne peut rester le seul fait de magistrats. Le diagnostic socio-sanitaire devra être croisé avec le diagnostic judiciaire de simple usager, c'est-à-dire devra se situer au même moment, pas après. Est-ce possible ? L'incompatibilité de deux rationalités opposées rend l'exercice difficile, mais pourrait être réduite par un effort conjoint de transparence sur les critères respectifs de

sélection liés aux objectifs de la prise en charge. Mais cela impose de mettre un terme à un découpage séquentiel et à l'ignorance respective. En conséquence, la présence de l'acteur sanitaire dans l'enceinte du TGI s'avère nécessaire, contribuant du même coup à un traitement rapide des candidats à l'IT et sans déperdition entre les deux séquences. De plus, si la décision conjointe risque de buter sur de nombreuses résistances, ses avantages sont certains : circulation effective de l'information entre acteurs judiciaires et sanitaires, intérêt pour le devenir des UD sur les plans sanitaire et judiciaire ; bref, l'IT tout en restant un processus relevant de deux rationalités et correspondant à deux objectifs - réduire la délinquance d'usage et la dépendance des UD -, y trouverait une certaine unité.

Un tel choix d'intégrer les critères et objectifs sanitaires dès le départ, permettrait enfin de prendre en compte le risque ou la réalité d'infections virales associées à l'usage de drogue. L'absence quasi-généralisée d'intérêt pour l'infection à VIH et les hépatites est le constat le plus inquiétant qui puisse être fait dans un univers confronté à cette population à hauts risques. La séparation obsessionnelle entre les prérogatives judiciaires, et sanitaires et le découpage institutionnel conduisent à ne voir dans l'UDI/IT qu'une partie de la personne à travers le problème de l'usage, alors qu'il pourrait être l'occasion de l'aborder comme un tout. Qu'ils soient infectés ou que leurs comportements risquent de les y conduire, les UD interpellés et candidats à l'IT ne peuvent croiser l'IT sans en tirer de bénéfice - information, dépistage ou traitement - en rapport avec cette dimension de leur état.

Ainsi, assurer l'effectivité de l'IT représente non seulement une condition nécessaire à l'efficacité de la prise en charge, mais en constitue le principal facteur : la mise en place de conditions favorisant l'effectivité construit son efficacité en permettant de fournir aux UD qui en ont besoin une prise en charge adaptée à leur état. Enfin, effectivité et efficacité seront d'autant facilitées que les effets des choix parquets-DDASS seront rendus apparents, interprétés et discutés au moyen d'un dispositif d'évaluation. Car l'évaluation reste la grande absente d'un paysage où elle est indispensable pour ancrer la coopération entre parquet et acteur sanitaire sur des bases sérieuses : un seul cas de TGI-DDASS l'a adopté sur les 25. Car l'évaluation des effets de l'IT ne se limite pas à son suivi qui est une de ses conditions, mais insuffisante à répondre aux questions essentielles. Sans évaluation, le dispositif est aveugle et constitue une proie facile pour tous ses détracteurs.

Une évaluation opérationnelle suppose un système d'information fiable, simple et permanent sur les paramètres pertinents du processus de prise en charge de l'UD et sur ses effets, tant sanitaires que judiciaires. Sa fonction

générique est de rendre possible l'amélioration progressive du dispositif, sur la base des effets constatés des pratiques utilisées. Le déficit de culture de l'évaluation est dans ce sens un problème qu'aucune circulaire n'est en mesure de compenser, même si son développement apparaît plus envisageable chez les acteurs sanitaires, mieux formés à juger la réalité sur les effets de leur action.

On le voit, même si l'on reste dans le cadre inchangé de la loi de 1970 (l'interpellation par les SP comme condition et limite de la prise en charge des UD), modifier la conception et l'organisation de l'IT ne sera pas aisé et un tel choix représente un pari. D'autres obstacles restent omniprésents : la capacité du dispositif à traiter des flux conséquents d'UD est l'un des plus importants. Il n'a pas été possible d'établir si le nombre d'UD candidats à l'IT est une cause de faible efficacité ou une conséquence de facteurs internes, objectifs et subjectifs. Toujours est-il que reste posée la question des limites d'élasticité des parquets et des DDASS, en termes de temps et de moyens humains qui pourraient être consacrés à l'IT. Il serait néanmoins dramatique que ce point réduise à néant toute possibilité d'inverser une tendance « élitiste » de l'IT, alors que l'usage de drogue est, lui, un phénomène de masse. Le contraste entre une rhétorique du refus de la drogue et les ressources consacrées pour en réduire l'usage finiront par rassembler contre la loi de 1970, au-delà de ses opposants, tous ceux qui la croyaient au service de la santé publique.

ANNEXES

RECHERCHES RÉALISÉES SUR L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE

Seuls des travaux français seront présentés du fait qu'il n'existe pas, à notre connaissance, de travaux étrangers sur l'IT, telle qu'elle est pratiquée en France (pour les références complètes, se reporter à la bibliographie).

L'IT a été, jusqu'à présent, abordée schématiquement selon trois types d'approches. Tout d'abord, l'IT a été étudiée et analysée de façon endogène par les praticiens médicaux eux-mêmes ; par la suite, les travaux de recherche menés sur l'IT recouvrent des études de sociologie du droit sur la construction légale de la définition de l'usage et, pour l'une, le suivi d'une cohorte d'UD interpellés ; enfin, des recherches descriptives visant à évaluer de façon essentiellement quantitative certains aspects de l'IT.

LES APPROCHES ENDOGÈNES

Le champ de la réflexion sur l'IT est traditionnellement investi par les praticiens, c'est-à-dire par ceux qui mettent en oeuvre concrètement la mesure et par les intervenants habituels dans le domaine de la toxicomanie. Nous ne citerons qu'un exemple qui illustre la plupart des travaux de ce type limité à un site et, pour le reste, nous renvoyons à la bibliographie.

Histoire de l'Antenne médicale DDASS à l'hôtel de police de Lyon, DDASS du Rhône, 1992. Cette enquête décrit de façon objective et limitée à son cadre le fonctionnement de l'IT dans ce département. D'autres ont été réalisées sur ce même modèle (cf. bibliographie).

Numéro spécial du *Journal de médecine légale et de droit médical*, 1990 et GAULTIER, Cl., *L'évolution incontournable de la loi du 31 décembre 1970*, 1995. Ce type d'articles est ouvertement plus polémique. Il s'agit de prises de position de magistrats ou de psychiatres sur le bien fondé de l'IT. Ils sont l'occasion pour ces praticiens de donner leur avis personnel ; ils représentent donc des témoignages intéressants illustrant différentes

conceptions de l'IT. Il est remarquable d'y noter que des magistrats font plutôt à la loi de 1970 un grief technique, la jugeant de rester trop floue dans sa terminologie, ce qui porterait préjudice à l'efficacité de la mesure. Parmi les psychiatres, les plus ardents opposants à l'IT la rejette du fait de son caractère obligatoire antinomique avec la démarche de soins, tandis que ses défenseurs se montrent convaincus que la référence à la loi représente un point d'ancrage essentiel et structurant pour le toxicomane en perte de repères.

RECHERCHES EN SOCIOLOGIE DU DROIT

BERNAT de CELIS (J.), *Drogues : consommation interdite, genèse de la loi de 1970 sur les stupéfiants*, 1996. Reconstitue l'ensemble du processus politique, les débats parlementaires et les enjeux qui ont conduit à la rédaction et au vote de la loi de 1970. Cet ouvrage, n'apporte que peu d'information sur l'application concrète de l'IT, mais il rappelle utilement les ambivalences inhérentes à cette loi qui fait de l'usager à la fois un délinquant et un malade. De plus il permet de montrer, à travers les modifications successives de la loi entre 1970 et 1987, les enjeux de nature politique qui rythment le cours.

OGIEN (A.) et MIGNON (P.), 1994 ; BARRÉ (M-D.), 1994-1996 ; CESONI (M-L.), 1996. Ces auteurs ont publié un certain nombre de travaux qui portent sur la question de la définition légale de l'usager de drogue (cf. bibliographie). Tous montrent en les détaillant deux points importants : d'une part, l'imprécision des frontières entre usager, usager-revendeur et trafiquant et, d'autre part, leurs fluctuations au gré des aléas politiques et du degré de tolérance. Bref, la nature sociale et politique de la construction de la définition de l'UD.

PEREZ-DIAZ (Cl.), *La diversité des politiques pénales locales dans la répression de l'usage et du trafic de stupéfiants*, 1988. Cette étude porte sur l'application différenciée selon les parquets de la loi de 1970, à partir d'une typologie de leurs pratiques. Elle conclut à l'absence de politique nationale dans le traitement des ILS. Elle souligne par ailleurs la méfiance des magistrats à l'égard du corps médical à qui il est reproché son manque de collaboration. La rareté des cures proposées s'expliquerait, selon l'auteur, par le manque de structures de prise en charge

AUBUSSON de CAVARLAY (B.) et HURÉ (M.S.), CESDIP, 1995. Ces auteurs se sont intéressés à l'application de la loi de 1970, à travers le suivi d'une cohorte d'UD depuis leur arrestation jusqu'à leur éventuel jugement. Ce travail est particulièrement éclairant sur les processus de sélection opérés sur cette population par la police, puis par la justice.

RECHERCHES DE NATURE ÉVALUATIVE SUR LA LOI DE 1970 ET SUR L'IT

LERT (F.) et FOMBONNE (E.), *La toxicomanie, vers une évaluation de ses traitements*, 1989. Les auteurs insistent également sur les variations locales de l'application de la loi de 1970 dépendante des relations entre le parquet, la DDASS et les institutions spécialisées. Ils remarquent que cette diversité serait en outre entérinée par la circulaire du 12 mai 1987.

FACY (F.), *Description de l'activité des services chargés notamment du suivi des mesures de l'IT*, 1992. C'est le premier travail d'évaluation exhaustif sur la partie sanitaire de l'IT, réalisé à partir de l'étude du fonctionnement des DDASS pour les années 1989-1990. Il fournit un classement des 86 départements étudiés selon leur activité en matière d'IT et l'utilisation des crédits qui lui sont destinés. Cette étude conclut à une grande diversité dans l'application de la mesure : moins de 10 IT par an sont prononcées dans 45 départements (avec une moyenne de 2) tandis que 41 départements en ont plus de 10 (avec une moyenne de 86).

VINOT (A.), *L'injonction thérapeutique : enquête sur les principaux services de suivi en DDASS et propositions pour le département des Pyrénées orientales*, thèse de médecine, 1994. Il s'agit d'une enquête par questionnaire écrit menée sur 29 DDASS qui fait ressortir à la fois les modes de relation entre la DDASS et le parquet, entre la DDASS et les centres de soins, ainsi que l'organisation et le fonctionnement de l'équipe DDASS chargée de l'IT. Il s'agit essentiellement d'une étude quantitative d'où il ressort, par exemple, que 76 % du personnel de la DDASS en charge de l'IT sont des vacataires. Ce point est d'ailleurs souligné comme étant l'un des obstacles à l'application efficace de l'IT dans certains départements du fait de la précarité du statut des personnes en IT. Du point de vue qualitatif, la thèse fait ressortir les missions dont les DDASS se sentent investies en priorité : mettre en contact le toxicomane avec un réseau de soins, suivre administrativement la mesure, être l'interface entre les structures judiciaires et les structures thérapeutiques. Les principales raisons qui, aux yeux des DDASS interrogées, ne favorisent pas la mise en oeuvre de l'IT sont : la politique de la police qui n'arrête pas les simples usagers, les problèmes de communication entre la DDASS et le parquet, la politique répressive du parquet à l'égard des toxicomanes, l'insuffisance de crédits, la difficulté à trouver des structures de soins pour les UD en IT.

HENRION (R.), 1995. Rapport de la Commission du même nom, saisie par le ministre des Affaires sociales, S.Weil, qui avait pour mission, entre autres, d'analyser le dispositif de l'IT et les facteurs qui expliqueraient son utilisation à la fois limitée et contrastée selon les départements. Ce rapport

est le résultat de l'audition de 86 professionnels (médecins, magistrats, policiers, responsables d'association, chercheurs et universitaires, élus). Il fait la synthèse de l'ensemble des raisons avancées pour expliquer une mise en oeuvre insuffisante de l'IT et ses effets réduits. L'ancrage des logiques professionnelles est mis en exergue comme frein majeur au développement de l'IT : réticence des médecins et des psychiatres face à une mesure qui repose sur la contrainte, méfiance des magistrats à l'égard des organismes administratifs en charge de la santé, problème des retours d'information de la part de médecins respectueux du secret professionnel. Au delà des problèmes liés aux relations inter-institutionnelles, le rapport esquisse la place de facteurs extérieurs, situés en amont de la chaîne de l'IT : tout d'abord, l'activité policière qui « varie d'un quartier à un autre » et qui dépendrait du degré de tolérance par rapport à l'usage de cannabis ; ensuite, la politique du parquet ; enfin, l'attitude personnelle de chaque PR en matière d'IT. La commission s'insurge surtout contre une application différenciée de la loi pénale que ces contraintes structurelles génèrent.

L'institution judiciaire et ses partenaires dans la mise en oeuvre de l'IT en matière d'usage de stupéfiants, IHESI, 1995. Il s'agit de la première évaluation, non publiée, des pratiques judiciaires à travers une grande enquête par questionnaire réalisée par les auditeurs de l'IHESI sur l'ensemble des parquets de France en 1995. Les résultats de ce questionnaire auquel ont répondu 60 parquets sont les suivants : 40 % d'entre eux avaient recours à l'IT en 1995 ; les critères sur lesquels les parquetiers se fondent pour décider d'une IT : 62 % des parquets la réserverait aux seuls usagers de drogue dure, 50 % en fonction de la fréquence d'utilisation du produit, 67 % sans se préoccuper du désir de s'en sortir de l'individu et 73 % sans tenir compte des conditions sociales des UDI. Enfin, 87 % des parquets ont un retour d'information incomplet sur la mise en oeuvre de l'IT. Le rapport conclut sur la nécessité d'une meilleure collaboration entre les partenaires, d'un suivi de la mesure jusqu'à son terme, d'une amélioration de l'information des magistrats en amont du processus, comme par exemple la mise en réseau des parquets par le logiciel IT et enfin d'un recours à une prise en charge sociale des UD ayant eu une IT.

RABORD (M.), *L'injonction thérapeutique*, 1996. L'étude, qui porte sur l'IT en 1994, est réalisée par la responsable de l'injonction thérapeutique à la DGS à partir des données fournies par les DDASS. Elle souligne la concentration de l'utilisation de l'IT : 17 DDASS assurent la mise en oeuvre de 78 % des IT. Elle relève par ailleurs le problème de la déperdition des UD au cours du processus. D'après le ministère des Affaires sociales, 82 % des UD qui ont eu une IT notifiée auraient bénéficié d'un suivi. Cette

évaluation nationale fournit également une cartographie des personnes en IT en fonction du produit consommé. Le profil des usagers bénéficiant d'une IT varierait selon les départements : dans les départements urbanisés, l'IT serait surtout destinée aux héroïnomanes ; dans les départements peu urbanisés et ruraux, l'IT concernerait majoritairement des UD qui n'ont pas besoin d'un suivi médical strict mais plutôt socio-éducatif, c'est-à-dire essentiellement des usagers de cannabis. L'étude fait par ailleurs l'historique du suivi médical proposé par l'autorité sanitaire aux UD. Celui-ci aurait changé de nature depuis les années 70, évoluant « d'une simple cure de désintoxication en milieu hospitalier vers une véritable prise en charge médico-psychologique et socio-éducative dont la durée moyenne serait de 3 à 6 mois ». Il est également avancé que l'IT se situerait désormais davantage dans le cadre d'une politique préventive (de la consommation du produit), en raison de l'augmentation du nombre d'UD qui ne nécessiteraient en réalité aucune prise en charge médico-sociale.

SOURCES OFFICIELLES

TEXTES DE LOI

- Loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. J.O du 3 janv 1971.
- Loi du 17 janvier 1986 relative à la lutte contre la toxicomanie. J.O du 5 janv 1988.

CIRCULAIRES

- Circulaire du 25 août 1971 (ministère de la Justice) sur l'application de la loi de 1970.
- Circulaire du 28 septembre 1971 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie (ministère des Affaires Sociales).
- Circulaire du 30 mars 1973 (ministère de la Justice) sur l'application de la loi de 1970.
- Circulaire du 7 mars 1977 concernant la lutte contre la toxicomanie.
- Circulaire du 17 mai 1978 (ministère de la Justice) sur l'usage de stupéfiants et l'application de certaines recommandations du rapport de la mission d'étude sur la drogue (rapport « Pelletier »).
- Circulaire du 19 septembre 1984 (ministère de la Justice) relative à la lutte contre la toxicomanie.
- Circulaire du 20 novembre 1984 (DGS, ministère des Affaires sociales) relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses.

- Circulaire interministérielle du 12 mai 1987 (ministère de la Justice et ministère des Affaires sociales : « Chalandon-Barzach ») sur la coopération entre les autorités judiciaires et les autorités sanitaires et sociales pour l'application de la loi du 31 décembre 1970.
- Circulaire du 23 mars 1992 (DGS, ministère des Affaires sociales) sur les orientations de la DGS pour 1992 dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie.
- Circulaire interministérielle du 14 janvier 1993 (ministères de la Justice, de l'Intérieur, de la Défense, des Affaires sociales, de la Santé, de la Ville et la DGLDT) sur la mise en oeuvre des conventions d'objectifs de la lutte contre la toxicomanie.
- Circulaire interministérielle du 27 janvier 1993 (ministère de la Justice et ministère des Affaires Sociales : « Vert-Méhaignerie »).
- Circulaire interministérielle du 15 février 1993 (ministère des Affaires sociales et ministère de la Justice : « Kouchner-Vauzelle ») sur la lutte contre la toxicomanie et l'injonction thérapeutique.
- Circulaire interministérielle du 28 avril 1995 (DGLDT, ministère de la Justice et ministère des Affaires Sociales/DGS) sur l'harmonisation des pratiques relatives à l'IT.
- Circulaire du 1er octobre 1996 (ministère des Affaires sociales/DGS) sur la toxicomanie et le suivi des mesures d'injonction thérapeutique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANTOINE (D.), BOURDILLON (F.), PILLONEL (J.), *Les toxicomanes et l'infection par le VIH*, Solidarité / Santé, 3, 1994.

AUBUSSON de CARVALAY (B.) et HURÉ (M-S.), *Arrestations, classements, déferrements, jugements. Suivi d'une cohorte d'affaires pénales de la police à la justice*, Études et données pénales, CESDIP, 1995, 249 p.

BAILLY (D.), PARQUET (Ph-J.), MULLER (P-H.), *L'usager de drogue : un malade ou un délinquant ? A propos de l'injonction thérapeutique*, *Journal de médecine légale et de droit médical*, janvier-février 1990, p. 53-56.

BARRÉ (M-D.), *Toxicomanies et délinquance : relations et artefacts*, *Déviance et Société*, 1996, 20, 4, p. 299-315.

BARRET (L.), CORNIER (P.), DEBRU (J-L.), *De quelques réflexions à propos de l'injonction thérapeutique*, *Journal de médecine légale et de droit médical*, janvier-février 1990, p. 48-52.

BERGERON (H.), *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins entre idéologie et action*, L'Harmattan, Paris, 1996, 255 p.

BERNAT de CELIS (J.), *Drogues : consommation interdite, genèse de la loi de 1970 sur les stupéfiants*, L'Harmattan, Paris, 1996, 252 p.

BERNAT de CELIS (J.), *Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants ?* CESDIP, 1992, n° 54, 242 p.

BOUHNİK (P.), *Système de vie et trajectoires de consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé*, in *Vivre avec les drogues. Régulations, politiques, marchés, usages*, *Communications*, 62, Seuil, Paris, 1996, p. 241-256.

BRETONES (M.), *La lutte contre la toxicomanie; application de la loi du 31 décembre 1970 dans le Rhône*, Préfecture du Rhône, direction des affaires sanitaires et sociales, Lyon, juin 1989, 157 p.

BRIANT (P.), MIMOUNE (H.), PAUGET (M.), *Injonction thérapeutique ; idéologie d'une loi ; accessoire d'un soi*, Résultats DDASS du Rhône, 1987-1993, rapport, 1994, 18 p.

CANARELLI (D.), *Le défilé judiciaire et carcéral, Perspectives psychiatriques*, 27, 11, 1991, p. 96-99.

CANTERINO (J.), *L'injonction de soins aux toxicomanes : utilités et limites de cette réponse du corps social*, *Journal de médecine légale et de droit médical*, janvier-février 1990, p. 45-48.

CARPENTIER (C.), COSTES (J.-M.), *Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances*, 1995, DGLDT-OFDT.

CESONI (M.-L.) (éd.), *Usage de stupéfiants*, Georg Editeur, Genève, 1996, 327 p.

COPPEL (A.), *Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France*, in *Vivre avec les drogues, Régulations, politiques, marchés, usages, Communications*, 62, 1996, p. 5-108.

DDASS (direction départementale des affaires sanitaires et sociales) du Rhône, *Histoire de l'Antenne médicale D.D.A.S.S. à l'Hôtel de Police de Lyon*, Cellule Toxicomanie, Antenne médicale, Lyon, juillet 1992, rapport collectif, 51 p.

EHRENBERG (A.) (éd.), *Vivre avec les drogues, Régulations, politiques, marchés, usages, Communications*, 62, Seuil, Paris, 1996.

ELCHARDUS (J.-M.), VEDRINNE (J.), ODDOU (A.), *Injonction thérapeutique : illusion douce ou dure?*, *Journal de médecine légale et de droit médical*, janvier-février 1990, p. 40-44.

FACY (F.), *Description de l'activité des services chargés notamment du suivi des mesures d'injonction thérapeutique 1989-1990*, INSERM U.302, rapport, 1992, 56 p.

GARAPON (A.), *Justice et drogue. De la répression d'un acte à la protection des personnes*, in *Vivre avec les drogues, Régulations, politiques, marchés, usages, Communications*, 62, Seuil, Paris, 1996, p. 123-135.

GAULTIER (Cl.), *L'évolution incontournable de la loi du 31 décembre 1970*, *Interventions*, 48, mars 1995, p. 3-7.

HENRION (R.), *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, La Documentation française, Paris, mars 1995, 156 p.

IMPERIALI (F.), *Les infractions à la législation sur les stupéfiants*, Rapport réalisé pour l'IHESI, oct 1995, 56 p.

LERT (F.), FOMBONNE (E.), *La toxicomanie: vers une évaluation de ses traitements*, INSERM, La Documentation française, Paris, 1989, 144 p.

Ogien (A.), MIGNON (P.), *La demande sociale des drogues*, La Documentation Française, Paris, 1994, 246 p.

PEREZ-DIAZ (Cl.), *La diversité des politiques pénales dans la répression de l'usage et du trafic de stupéfiants*, *Toxicomanie et réalité*, 1988, p. 49-57.

RABORD (M.), *L'injonction thérapeutique*, *Échanges-santé-social*, 81, mars 1996, p. 49-51.

SABATINI (J.), *L'injonction aux toxicomanes est-elle, sur le fond, de nature thérapeutique ?*, *Journal de Médecine légale et de droit médical*, janvier-février 1990, p. 56-60.

SETBON (M.), *Drogue, facteur de délinquance ? D'une image à son usage*, *Revue française de science politique*, 1995, 45, 5, p. 747-774.

SIMON (F.), MELGRANI (L.), *Rapport d'activité 1991*, Service des injonctions thérapeutiques, DDASS des Hauts-de-Seine, 1992, 2 x 16 p.

TIMBART (O.), *Les infractions à la législation sur les stupéfiants*, *Études et Statistiques Justice* 4, 1995, 112 p.

VAILLE (C.), *L'injonction thérapeutique*, *Annales pharmaceutiques*, 6, 1990, p. 281-289.

VINOT (A.), *L'injonction thérapeutique : enquête sur les principaux services de suivi en DDASS et propositions pour le département des Pyrénées orientales*, mémoire pour le diplôme de médecin inspecteur de la santé, 1994, 95 p.

