



**MASTER 2**  
**Droit de l'Exécution des peines et Droits de l'Homme**  
**Institut de Droit et Economie d'Agen**  
*Promotion 2016-2017*

**Obligation de soins et addictions : légitimité juridique des demandes d'analyses médicales des juges en réponse à la prévention de la récidive.**

Mémoire présenté par TRIQUET Olivier

*Sous la direction de Monsieur Péchillon Eric*  
Professeur des Universités à l'Université Bretagne Sud  
Faculté de Droit, des sciences Économiques et de Gestion

*« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma main, sans aide extérieure non autorisée, qu'il n'a pas été présenté auparavant pour évaluation et qu'il n'a jamais été publié, dans sa totalité ou en partie.*

*Toutes parties, groupes de mots ou idées, aussi limités soient-ils, y compris des tableaux graphiques, cartes, etc. qui sont empruntés ou qui font référence à d'autres sources bibliographiques sont présentés comme tels (citations entre guillemets, références bibliographiques, sources pour tableaux et graphiques, etc.) »*

## ***Remerciements***

Je tenais tout d'abord à remercier chaleureusement Monsieur Eric Péchillon qui est resté présent pour m'accompagner dans la mise en œuvre de ce mémoire malgré ses nouvelles obligations professionnelles.

J'ai également pris beaucoup de plaisir à suivre ce Master II riche par ses apports théoriques et de ses intervenants. Il m'a permis tant que professionnel au sein de l'Administration pénitentiaire de prendre du recul et avoir une vision plus globale de mon travail au quotidien, et me former pour la première fois au Droit.

Je tiens également à remercier mon administration qui m'a permis de suivre ce cursus et plus particulièrement M. Lecouey, DPIP au SPIP de Cherbourg.

Je ne serais terminer sans dire à quel point j'ai apprécié travailler avec de jeunes étudiants, mais aussi et surtout mes collègues avec lesquels j'ai passé un très bon moment. Notre complicité a permis de faire de cette formation un moment de partage tant sur le plan professionnel que personnel. Cette formation n'aurait pas eu la richesse qui est la sienne sans cette émulation de groupe qui a permis à certains d'entre nous de tisser des liens inoubliables.

*"on punit selon la loi, mais afin de corriger, de modifier, de  
redresser ;  
car nous avons affaire à des déviants, à des anormaux.  
Le juge se donne comme thérapeute du corps social, travailleur de la  
santé publique au sens large"*

**Michel Foucault**

« *L'angoisse de juger* » (entretien avec R. Badinter et J. Laplanche), *Le Nouvel Observateur*, n° 655, 30 mai-6 juin 1977, repris dans M. FOUCAULT, *Dits et Ecrits (Tome III)*, Gallimard, 1994, texte n° 205, p. 288.

# *Sommaire*

|  |    |
|--|----|
| <b>Introduction</b> .....  | 1  |
| <b>Première partie</b> : L'obligation de soins : la confrontation de deux logiques<br>indissociables .....   | 7  |
| Chapitre I : La difficile définition de l'obligation de soins.....   | 7  |
| Section I : La conceptualisation législative de l'obligation de soins.....   | 7  |
| Section II : Les objectifs de l'obligation de soins et son évolution .....   | 15 |
| Section III : Les limites du judiciaire .....  | 18 |
| Chapitre II : Obligation et soin : des notions antagonistes.....   | 20 |
| Section I : L'addiction et sa prise en charge .....  | 20 |
| Section II : Le secret médical .....   | 21 |
| Chapitre III : Le condamné : un sujet de droit .....   | 26 |
| Section I : Contractualisation du soin et le droit à l'information .....   | 26 |
| Section II : Le droit de dire non et de disposer de son corps .....  | 28 |
| Section III : Peut-on soigner sous la contrainte .....   | 30 |
| <br>   |    |
| <b>Seconde partie</b> : Le soin devient traitement de la délinquance et prévention de la<br>récidive. ....   | 32 |
| Chapitre I : Traitement de la délinquance vers le traitement de la récidive. ...   | 32 |
| Section I : La délinquance, un phénomène global. ....  | 32 |
| Section II : La récidive : un focus sur l'acte. ....   | 36 |
| Section III : Quels sont les enjeux de telles condamnations ? .....  | 38 |
| Chapitre II : L'obligation de soin comme traitement de la dangerosité. ....  | 39 |
| Section I : Dangerosité et prévention de la récidive : anticipation de la<br>version la plus catastrophique des faits, quelle place pour les soins ? ..... | 39 |
| Section II : La question de la matérialité de l'infraction et l'obligation<br>de soins ? .....   | 40 |
| Section III : Les soins : obligation de moyen ou de résultat ? .....   | 41 |

|   |     |
|---|-----|
| Chapitre III : Le juge prescripteur de soin. ....   | 43  |
| Section I : Réduction des risques professionnelles et prévention<br>de la récidive. ....  | 44  |
| Section II : La question des analyses. ....   | 46  |
| Section III : S’agit-il d’une remise en cause de l’évaluation<br>médico-social au profit d’un plan supérieur : la Loi et son application ? .. | 48  |
| <b>Conclusion</b> .....   | 50  |
| <b>Annexes :</b> .....  | 51  |
| <b>Bibliographie :</b> .....  | 100 |
| <b>Table des matières :</b> .....   | 103 |

## *Abréviations*

CAB : Cabinet

CCP : Code de Procédure Pénale

CEA : Conduite sous l'Empire d'un état Alcoolique

CJ : Contrôle Judiciaire

CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

CP : Code Pénal

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CSP : Code de la Santé Publique

GDS : Garde des Sceaux

ILS : Infraction à la Législation sur les Stupéfiants

IS : Injonction de soin

IT : Injonction Thérapeutique

JAP : Juge de l'Application des Peines

OS : Obligation de Soins

PPSMJ : Personne Placée Sous Main de Justice

SME : Sursis avec Mise à l'Épreuve

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SSJ : Suivi Socio-Judiciaire

UE ; Union Européenne

## ***Introduction***

L'obligation de soins (OS), dans les mesures probatoires, a pris une part de plus en plus importante parmi les obligations particulières prononcées par les juridictions. « *L'obligation de soins qui représente la majorité des obligations particulières [...] est quasi systématiquement prononcées pour certaines infractions telles que la conduite en état alcoolique, les infractions liées à l'usage ou le trafic de stupéfiants, les infractions sexuelles, certaines violences contre les personnes.* »<sup>1</sup> A titre d'exemple, sur le SPIP de Cherbourg au 01/03/2016, sur 589 SME, 58,75% ont une obligation de soins, soit 346 obligations. Sur le département de la Manche, les rapports d'activité font état en 2012 de 40,85%, en 2014 de 45,14% et en 2015 de 43,53% d'obligation de soins pour les SME. Cela confirme les résultats de l'étude de Clément Morgaine qui relève un taux de 58,60% et 78,80% d'obligation de soins pour les sursis avec mises à l'épreuve (SME) sur deux services différents, chiffres parus en 2012.<sup>2</sup> Par ailleurs, elles représentaient environ 40 % en 1999 selon l'étude d'A.Chauvenet et al<sup>3</sup>.

Les soins ont donc pris une grande place dans les années 1950 et 1970 comme l'un des moyens de prévention contre des comportements déviants et socialement inacceptables. La question de l'addiction et de la prise en charge des personnes dépendantes deviennent dès lors un enjeu de santé publique dont la loi du 15 avril 1954 relative au traitement des personnes alcooliques dangereuses, et la loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, en sont les plus illustres représentantes. Cependant, pour certains soignants et non-juristes, elle peut paraître comme « *peu scrupuleuse du droit de tout citoyen à disposer de son corps et de son âme* »,<sup>4</sup> Il est toutefois important de remarquer que « *c'est d'abord l'interdit, la répression et la punition qui ont marqué l'abord contemporain du phénomène de*

---

1 Clément Margaine: Etude des obligations applicables en milieu ouvert, une analyse de la dimension coercitive de la probation ; CIRAP ; Novembre 2016 ; P.53

2 Clément Margaine: Etude des obligations applicables en milieu ouvert, une analyse de la dimension coercitive de la probation ; CIRAP ; Novembre 2016 ; P.59-60

3 AJ pénal ; Dossier : *Loi du 17 juin 1998 : l'obligation de soins, 10 ans après* ; N°2/2009-février 2009 ; p.62

4 Michel Hautefeuille, « accompagner ou contraindre ? », Psychotropes 2006/2 (vol.12), p6



*dépendance et d'addiction : sous forme d'interdit et de pénalisation de l'usage »<sup>5</sup>.*

L'obligation de soins, apparue en 1958 avec la création du SME, va également jouer un rôle important dans la gestion sanitaire et sociale de la dépendance et de la délinquance associée. L'article 132-45 du code pénal (CP) énonce que « *la juridiction de condamnation ou le Juge de l'Application des Peines peut imposer spécialement au condamné* » certaines obligations visées plus loin dans le texte, dont l'obligation de soins : article 132-45-3° du CP : « *Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation [...]* ». Par ailleurs, les « *modalités d'exécution doivent être déterminées par le juge de l'application des peines auquel l'art 739 du Code de procédure pénale donne le pouvoir de mettre en œuvre, aménager ou supprimer les obligations particulières[...]* »<sup>6</sup> Il est donc compétent « *pour modifier, supprimer, voire ajouter des obligations particulières, en modifier le contenu, les modalités, la périodicité, l'étendue* »<sup>7</sup>

Par ailleurs, la question de la prévention de la récidive et la gestion de la dangerosité vont permettre l'apparition de l'injonction de soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire (SSJ). La personne condamnée devient dès lors un malade dangereux qu'il faut soigner. Comme le précise M. Patrick Mistretta, « *impuissant à remédier à ces maux, le droit pénal a recouru à la médecine pour tenter d'apporter une solution plus effective aux causes de cette criminalité, de sorte que la délinquance apparaît de plus en plus comme une maladie[...].* »<sup>8</sup>

Le traitement de la délinquance et de la récidive tend alors à donner aux juridictions de jugement un rôle de prescripteur de soins, où « *l'institution judiciaire jouerait presque un rôle sanitaire, pour ne pas dire d'accessibilité aux soins, et ou les thérapeutes deviendraient des auxiliaires de justice.*<sup>9</sup> » Le traitement est ici entendu comme « *un ensemble des méthodes employées pour lutter contre une déviance, et tenter de guérir et/ou de réhabiliter un reclus, mais aussi au sens moral comme une manière d'agir avec quelqu'un* »<sup>10</sup>

---

5 IBID, p5

6 Crim.13 novembre 2001, Bull.crim.n°234

7 Crim.27 mars 2007, AJ pénal 2007.338

8 M. Patrick Mistretta, « l'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », Revue internationale de droit pénal 2011/1 (vol.82), p22.

9 IBID, p7

10 Fabrice Fernandez et al., *Introduction : traiter, humaniser, judiciariser. Les transformations*

Cela amène irrémédiablement un changement de perspective dans la prise en charge des personnes condamnées par l'institution judiciaire. Le travail des juges et des travailleurs sociaux (qui deviendront en 1999 Conseiller d'Insertion et de Probation puis Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) ont vu peu à peu se modifier les types de prises en charge vers un modèle de gestion du risque dans la lutte contre la récidive, de protection de la collectivité et de la santé publique. Les obligations de soins deviennent alors un outil afin de mieux cibler les populations dites les plus dangereuses tout en permettant une individualisation de la peine afin de lutter contre la récidive et responsabiliser les personnes condamnées.

Le glissement du traitement de la délinquance vers celle de la récidive questionne donc le positionnement du législateur qui fait de l'acte délictuel le point de mire de toute prise en charge au détriment du parcours de la personne condamnée. L'acte délinquant devient alors le point focal dans la mise en œuvre du suivi probatoire, ce que tente de modifier la loi du 15 août 2014, relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, et dans une moindre mesure les préconisations des Règles Européennes de Probation qui définissent la probation comme « *des mesures et sanction qui maintiennent l'auteur d'infraction dans la communauté et impliquent certaines restrictions de liberté par l'imposition de conditions et/ou d'obligations.* »<sup>11</sup>

Cependant, l'obligation de soins, et les soins obligés posent de longue date « *des questions fondamentales relevant : de l'éthique : qu'en est-il du consentement donné à un soin obligé[...]?, de la déontologie : peut-on soigner sous contrainte ? Et quelle obligation pour le médecin ?[...]; de la criminologie clinique : doit-on soigner sous contrainte ? [...]; du juridique : le développement de ces obligations n'entraîne-t-il pas une transfiguration de la notion de la peine ? Une pénalisation de la vie privée ? De quel recours dispose le sujet ? [...]; du politique [...]: l'obligation de soins n'est-elle qu'un nouvel outil de contrôle social ?* »<sup>12</sup>

---

*contemporaines de l'enfermement, Déviance et société 2015/4(vol.39), p.371-377*

11 Les règles européennes relative à la probation, Direction de l'Administration Pénitentiaire, collection Travaux et documents n°81, octobre 2013, Service de la communication et des relations internationales, p.18-19

12 Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente ; écrit par Collectif, collection thème et commentaires, Ed. Dalloz ; 2002 ; P.2

L'obligation de soins pose donc une multitude de questions sur la prise en charge des Personnes Placées Sous Main de Justice (PPSMJ), et un paradoxe impossible : la confrontation d'une pluralité de point de vue que tout oppose, la justice et la santé, confrontation renforcée par la capacité du Juge de l'Application des Peines (JAP) à mettre en œuvre les modalités de cette obligation. L'un a vocation à punir les auteurs des actes légalement répréhensibles et ainsi prévenir la récidive, l'autre à vocation à soigner et s'occuper d'un malade dans sa dépendance. L'un juge un délinquant, l'autre prend en charge une maladie complexe et multifactorielle dont la "rechute" est considérée comme faisant partie du processus de guérison, mais dans le même temps punissable par la loi.

Quelle est alors la place de l'addiction dans le processus pénal ? Le terme addiction a peu à peu remplacé celui de toxicomanie. Celui-ci « *a le mérite de proposer un déplacement de la notion de toxique, c'est-à-dire de produit consommé, vers le comportement lui-même, qu'il s'agisse d'un comportement de consommation de substance psychoactive ou d'une addiction comportementale.* »<sup>13</sup> Cette notion renvoie à la question de la dépendance (physique ou psychique) qui se caractérise par l'impossibilité de se passer d'un produit, dont « *il faut souligner la pluralité des facteurs étiopathogéniques* ». <sup>14</sup> Ces facteurs désignent le ou les processus responsables du déclenchement et du développement d'une maladie donnée. Quel sens prend alors l'obligation de soins dans le traitement de la récidive et dans la pratique des magistrats ?

En effet, les pratiques constatées sur Cherbourg laissent à penser<sup>15</sup> que les magistrats semblent se saisir d'un pouvoir à la fois d'orientation vers le soin et de demandes d'analyses (sanguines et/ou urinaires) sans que les textes ne prévoient cette possibilité, et cela au détriment de libertés individuelles comme le droit de consentir à l'acte médical qui constitue une liberté fondamentale<sup>16</sup>. Alors que le code civil<sup>17</sup> et le Code de la santé publique impose l'exigence du consentement<sup>18</sup>, la question du consentement du condamné peut se poser devant la pression judiciaire dès lors que le

13 M. Lejoyeux, *Addictologie* Masson 2010 ; p.34

14 IBID, p34

15 Annexes 2 et 3

16 CE, 16/08/2002, n°249552, JPC G 2002, II, 10184, note P.Mistretta

17 Article 16 : « *La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie.* »

18 Article L 1111-4-4° : « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* »

magistrat impose des modalités de suivi et demande impérativement des analyses. La question d'un double consentement émerge alors, le consentement au prélèvement et le consentement à la lecture des analyses.

Cette question soulève également une interrogation sur la rencontre initiée par l'obligation de soins entre l'espace sanitaire et l'espace judiciaire. C'est dans cette intersection<sup>19</sup> et ce nouvel espace que les enjeux de l'obligation de soins vont se cristalliser. Les orientations thérapeutiques et les demandes d'analyses médicales par l'espace judiciaire ne vont alors qu'exacerber ces tensions.

C'est également dans ce nouvel espace que la prise en charge du SPIP va s'initier. Elle devra alors faire face à une double injonction venant créer une nouvelle ambiguïté pour le Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation par la transmission des demandes d'analyse faites par le Juge de l'Application des Peines dans le cadre de l'obligation de soins<sup>20</sup>.

Cependant, ce phénomène semble également s'inscrire dans un souci croissant de contrôle social au détriment de la maladie et du patient. En d'autre terme, « *existe-t-il une conciliation entre le respect de la liberté individuelle, exprimée au travers du consentement, et l'objet sécuritaire, ou, au contraire, les nécessités répressives et préventives du droit pénal l'emportent-elles sur toute autre considération ?* »<sup>21</sup>

Dès lors, en quoi les propositions d'orientation thérapeutiques et/ou médicales des Juges de l'Application des Peines, et les demandes d'analyses médicales, dans le cadre de l'obligation de soins en addictologie, peuvent questionner les pratiques judiciaires et médicales envers les personnes condamnées ?

Cette interrogation soulève ainsi la question de la compétence des juges. Du professionnel qui fait appliquer la loi, il devient prescripteur de soins. Les modalités de mise en œuvre justifient-elles alors la possibilité pour les magistrats de prescrire tel ou

---

19 Définition dictionnaire Larousse : en géométrie, lieu où des lignes, des surfaces, des volumes se rencontrent et se coupent : Point d'intersection.

20 Voir annexe 14

21 M. Patrick Mistretta, « l'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », Revue internationale de droit pénal 2011/1 (vol.82), p22-23

tel type de soins ou de demander des analyses médicales couvert par le secret médical ? Cela n'entraîne-t-il pas une transfiguration de la notion de la peine et par la même de celle du soin ?

Afin de mieux comprendre cette question, nous traiterons, dans un premier temps, de la question de la peine au travers de l'obligation de soins qui met face à face deux logiques et deux catégories professionnelles opposées : le magistrat et le soignant. Il s'agira alors de définir l'obligation de soins et ses conséquences, en ce qu'elle confronte deux logiques antinomiques : soins et sanction, tout en questionnant la place du condamné en tant que sujet de droit.

Dans un second temps, nous envisagerons la question de l'évolution de la société<sup>22</sup> qui considère l'obligation de soins comme un traitement nécessaire aux déviances<sup>23</sup> afin de prévenir toute commission de nouveaux actes délictueux. Du traitement de la délinquance, on a peu à peu basculé vers un traitement de la récidive, le soin devenant ainsi un remède à la question de la dangerosité criminelle, et faisant ainsi du juge un prescripteur de soins.

---

22 Réunion d'hommes ayant même origine, mêmes usages, mêmes lois : dictionnaire Littré

23 Position d'un individu ou d'un groupe qui conteste, transgresse et qui se met à l'écart de règles et de normes en vigueur dans un système social donné : dictionnaire Larousse

## **Partie I: L'obligation de soins : la confrontation de deux logiques indissociables.**

Michel Foucault<sup>24</sup> évoque l'obligation de soins dans le cadre « *d'une pénologie moderne qui n'ose plus dire qu'elle punit des crimes, mais préfère revendiquer l'honneur de guérir ou de réadapter les délinquants* », comme si elle ne pouvait plus assumer uniquement son volet répressif. Le système pénal dans sa volonté de prévention des risques chercherait ainsi à résoudre un problème de santé publique au travers de l'obligation de soins. Une nouvelle dynamique s'est alors développée autour du postulat que la personne délinquante est aussi un malade qu'il faut prendre en charge.

Dans un premier temps, nous essaierons de comprendre ce qu'est l'obligation de soins (chapitre I), en ce quelle cristallise la confrontation entre deux logiques que tout semble opposer, le soin et la contrainte aux soins (chapitre II), tout en questionnant la place de la PPSMJ<sup>25</sup> entant que sujet de droit (Chapitre III).

### **Chapitre I : La difficile définition de l'obligation de soins ?**

Afin de mieux comprendre l'évolution de l'obligation de soins depuis sa création en 1958, nous traiterons dans un premier temps des textes fondateurs à la mise en place de cette obligation (section I) pour en comprendre les objectifs, les évolutions (section II) et leurs limites (section III).

#### **Section I : La conceptualisation législative de l'obligation de soins.**

L'obligation de soins est une caractéristique récente du droit qui a fait son apparition après la seconde guerre mondiale dans un nouveau courant humaniste et « *thérapeutique cherchant à modifier le comportement des délinquants dans un sens pro-social* »<sup>26</sup>. Il convient tout d'abord d'en présenter l'anamnèse (paragraphe 1), puis les grandes lois fondatrices dans le cadre de la lutte contre les addictions (paragraphe 2), ainsi que les différentes obligations de soins actuellement existantes (paragraphe 3).

---

24 Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Gallimard, 1975 ; p.311

25 Personne Placée Sous Main de Justice

26 Paul MBANZOULOU et Philippe POTTIER : Santé et Justice, savoirs et pratiques ; L'Harmattan ; 2014 ; p91

## **Paragraphe 1 :Anamnèse**

Nous présenterons tout d'abord 3 textes importants, le décret du 1er avril 1952 (A) ; la loi du 24 décembre 1953 relative à la répression du trafic et de l'usage illicite des stupéfiants (B); et enfin la loi du 15 avril 1954 relative au traitement des personnes alcooliques dangereuses (C) ; dispositifs qui n'ont par ailleurs pas tous été mis en application mais qui révèlent cette évolution « *d'une logique à la fois collective et sécuritaire avec la mise en place de dispositif garantissant la défense sociale et les moyens pour la garantir [...]et une logique de prise en charge individuelle et humanitaire afin de mieux comprendre les personnes quel que soit leur statut pénal ou sociale* »<sup>27</sup>.

### A. Décret du 1er avril 1952.

Le premier texte définissant l'obligation de soins est le décret du 1er avril 1952 relatif à la réforme de la libération conditionnelle. Ce décret, portant sur le règlement d'administration publique pour l'application de l'article 6 de la loi du 14 août 1885 sur les moyens de prévenir la récidive, stipule dans son article 3 : « *L'octroi ou le maintien de la liberté peut être subordonné à l'observation de l'une ou de plusieurs des conditions suivantes fixées par l'arrêté de libération conditionnelle : [...] fréquentation régulière d'un dispensaire en vue d'y recevoir un traitement [...]* ».

Le prononcé d'une telle l'obligation questionne dès les années 1950 sur l'ambiguïté de ce que peut attendre la justice au travers de cette obligation. S'agit-il d'attendre une guérison et donc prévenir la récidive, donner un espace de parole à un individu afin qu'il réfléchisse sur ses actes, ou croire en une "pathologisation" du délit ou du crime ?

### B. La loi du 24/12/1953.

La Loi n° 53-1270 du 24 décembre 1953 modifiant et complétant les dispositions législatives relatives à la répression du trafic et de l'usage illicite des stupéfiants (Arrêté de promulgation n° 227 AA du 4 février 1954) introduit pour la première fois une obligation de soins dans son article art 117 ter : « *les personnes*

---

27 IBID

*reconnues comme faisant usage de stupéfiants et inculpées dans un délit prévu aux articles 116 et 117 pourront être astreintes, par ordonnance du juge d'instruction, à subir une cure de désintoxication dans un établissement spécialisé [...] » Bien que ce texte ne sera jamais mis en application, le législateur a souhaité mettre en œuvre « le traitement de la toxicomanie dans une dynamique de société ».<sup>28</sup> En considérant ainsi le toxicomane comme un délinquant dangereux pour la société, le législateur émet l'idée que le délinquant est également une personne qui a besoin de soins. Cela sera réaffirmé par la loi du 15 avril 1954 relative au traitement des personnes alcooliques dangereuses.*

### C. Loi du 15 avril 1954 relative au traitement des personnes alcooliques dangereuses.

Le second volet de cette loi définit les mesures de défense, mesures consistant à soumettre à des vérifications médicales et biologiques toutes les personnes présumées auteur d'un crime, d'un délit ou d'un accident sous l'empire d'un état alcoolique, afin d'établir la preuve de la présence d'alcool dans leurs organismes. Cette loi, peu appliquée, a introduit l'idée qu'un individu peut se voir imposer un traitement s'il semble dangereux pour autrui du fait de sa consommation alcoolique. Il faudra néanmoins attendre 1958 avec la création de la mise à l'épreuve, et l'institutionnalisation du Juge de l'Application des Peines, pour qu'une telle obligation de soins soit posée autour d'une réflexion sur la prise en charge de la délinquance en milieu ouvert.

Par ailleurs, l'émergence des peines alternatives à l'emprisonnement et les consommations de plus en plus importantes de produits stupéfiants dans les années 1970 ont fait apparaître la nécessité d'une alternative sanitaire.

La loi du 15 avril 1954 sera un échec. Parallèlement, l'obligation de soins est donc apparue sans être en mesure de répondre à la montée croissante des délits commis sous alcool. Par ailleurs, face à la montée en puissance des consommations de stupéfiants, et afin de prévenir toute récurrence, une nouvelle mesure a été adoptée : l'injonction thérapeutique.

---

<sup>28</sup> Anne Biadi-Imof, « Relation thérapeutique et « soins obligés » en toxicomanie », psychotropes 2005/3 (vol.11), p. 159-178.



**Paragraphe 2 : Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.**

Cette loi réprime la production, la vente, la consommation de toutes substances classées comme stupéfiant. Dans un contexte d'extension des usagers de drogues, ce texte a permis de considérer les usagers de drogues comme des malades-délinquants auxquels il convient de proposer une mesure alternative aux poursuites : l'injonction thérapeutique avec la création du médecin relais, la garantie de l'anonymat et la gratuité des prises en charge.

Cette loi place l'utilisateur de stupéfiants dans un double statut : celui de délinquant et celui de malade. La loi de 1970 donne ainsi une alternative sanitaire aux consommateurs de produits stupéfiants.

La loi de 1970 a donc deux objectifs : réprimer les infractions sur la législation des stupéfiants sans distinction entre les produits afin d'endiguer les consommations de drogues, et de protéger les consommateurs contre les effets toxiques des différents produits sans distinction sur leur toxicité. Elle met alors en place un service gratuit de prise en charge sanitaire. *« Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement afin d'y être traité peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. [...] Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement ».*<sup>29</sup> Cette loi favorise donc, face aux sanctions pénales, des solutions thérapeutiques.

Cette loi sera renforcée par la loi du 05/03/2007 relative à la prévention de la délinquance, qui confirme le refus de toute banalisation de la consommation de produits stupéfiants et de l'abus de la consommation d'alcool, en créant l'obligation de suivre un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. L'évolution de cette loi n'échappe donc pas à la montée sécuritaire et de lutte contre la récidive, faisant de fait du malade un délinquant en puissance. Par ailleurs, la circulaire CRIM 2012-6/G4 du 16 février 2012 relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de stupéfiants va systématiser la réponse pénale car *« le maintien de la pénalisation de*

---

<sup>29</sup> Article R1112-38 du code de la santé publique.

*l'usage de produit stupéfiants est un volet essentiel de la politique de prévention aux conduites addictives mise en œuvre par le gouvernement ».*

### **Paragraphe 3 : Les obligations de soins.**

Bien que différent dans leur modalité d'action, la Santé et la Justice n'en sont pas moins complémentaires. L'autorité judiciaire est garante des libertés individuelles (art. 66, al.1er de la Constitution Française) alors que le médecin est garant de la santé publique (art.2, al.1 du Code de déontologie médicale). Dans ce contexte, trois objectifs peuvent être assignés aux obligations de soins : la prévention des risques et de la récurrence, la surveillance sanitaire, et l'accès aux dispositifs de soins. L'obligation de soins, qui s'inscrit dans un contexte de plus en plus sécuritaire, fait donc peu à peu prévaloir, au cours du temps, un strict principe de précaution. Ce principe de gestion du risque sera dès lors mis en œuvre par de nouveaux moyens de surveillance et de demande de suivi de soins. L'injonction de soins et l'injonction thérapeutique s'inscrivent pleinement dans ce mouvement sécuritaire (A). Cela n'est par ailleurs pas sans conséquence sur l'évolution du droit et de l'obligation de soins (B).

#### A: Injonction de soins et l'injonction thérapeutique.

L'Injonction de Soins (IS) est un dispositif créé par la loi n°1998-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles. Elle crée l'injonction de soins et le Suivi Socio-Judiciaire (SSJ). Elle n'est prononcée que si la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement. *« En d'autres termes, l'injonction de soins ne peut être associée au suivi socio-judiciaire que sur décision de la juridiction de jugement et à la seule condition d'une possibilité de traitement préalablement établie par une expertise psychiatrique »*<sup>30</sup>. Dispositif destiné à la prévention de la récurrence, le SSJ et l'injonction de soins se sont étendus, au fur et à mesure des évolutions législatives, à des infractions autres que sexuelles : l'atteinte volontaire à la vie des personnes (art. 221-9-1 CP), la destruction, dégradation ou détérioration d'un bien par une substance explosive (art. 322-18 CP), aux actes de violences intrafamiliales (art. 222-48-1 CP).

---

<sup>30</sup> Abondo Marlène : *Les soins pénalement ordonnés : guide à l'usage des praticiens en santé mentale*, Rennes, CRAVS Bretagne, 2011 21p,

La spécificité de l'injonction de soins tient à ce qu'elle implique une articulation formelle entre le système judiciaire et sanitaire par l'obligation de l'expertise psychiatrique, et la création du médecin coordonnateur qui « *est situé à l'interface de la santé (médecin ou psychologue traitant) et de la justice (juge de l'application des peines ou référent du SPIP). Il garantit le cadre thérapeutique et le respect du secret professionnel par le médecin traitant et le psychologue traitant, il évalue l'évolution du sujet tout au long de la prise en charge médico-psychologique et psychiatrique et il conseille le médecin traitant ou le psychologue traitant si ceux-ci lui en font la demande.* »<sup>31</sup>

Cependant, cette idée n'est pas nouvelle puisque la Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, met en place l'injonction thérapeutique et le médecin relais. Néanmoins, l'esprit en est tout à fait différent. L'injonction de soins et le SSJ s'inscrivent comme un dispositif de lutte contre la récidive, alors que la loi du 31/12/1970 a une double vocation : la lutte contre les produits stupéfiants et la volonté de considérer le délinquant dépendant comme malade nécessitant des soins.

L'injonction thérapeutique (IT), définie par la loi de 1970 poursuit ainsi deux objectifs : réprimer toutes les infractions à la législation des stupéfiants en légitimant l'intervention publique afin de réduire les conséquences négatives individuelles et sociales de la consommation (la Loi tente ainsi de concilier les logiques sanitaires et répressives), et prévoir la gratuité des soins ainsi que l'anonymat de tous les consommateurs de produits stupéfiants (l'anonymat parce que hors la loi, l'usager doit pouvoir venir se faire soigner sans risque social : police, justice entre autre).

De cette loi est née une procédure particulière, l'injonction thérapeutique et la création du médecin relais [art L3413-1 du Code de Santé Publique (CSP)].

Jusqu'en 2007, il s'agissait d'une mesure alternative aux poursuites pénales incluant une prise en charge médicale, psychologique et sociale. Elle était ordonnée par le Procureur de la République avant d'éventuelles poursuites judiciaires après avis d'un

---

31 Guide de l'injonction de soins, Ministère de la Santé et des Sports et Ministère de la Justice [[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_injonction\\_de\\_soins.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf)]; article L3711-3 du code de la santé publique

médecin habilité et désigné en qualité de médecin relais. Après une évaluation de la personne et une vérification sur l'opportunité de la mesure, il assure l'interface entre l'institution judiciaire et les soignants chargés du suivi de la personne incriminée.

La loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance dans son chapitre IV étend la possibilité de prononcer cette mesure à tous les stades de la procédure,<sup>32</sup>et précise que « *ces mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique, lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques* ».

Le médecin relais assure toutes les modalités de prise en charge de l'injonction thérapeutique, y compris le contrôle du suivi. Il est ainsi chargé de mettre en œuvre la mesure d'injonction thérapeutique, d'en proposer les modalités et d'en contrôler le suivi effectif sur le plan sanitaire. Il procède par ailleurs à l'examen des personnes, contrôle la mise en place effective de la mesure, assure l'articulation entre le soin et le judiciaire et fait connaître son avis motivé sur son opportunité.

#### B: L'obligation de soins : article 132-45-3 du CP.

La création en 1958 du SME et l'institutionnalisation du Juge de l'Application des Peines va développer une réflexion sur la prise en charge de la délinquance en milieu ouvert avec l'émergence de la notion de peines alternatives à l'emprisonnement. L'obligation de soins s'inscrit dans cette évolution, mais elle tient néanmoins ses origines dans la Loi n° 54-39 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui.

Jusqu'en 2003, l'art 132-45-3 du CP va peu évoluer. Il s'agit de « *se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation.* » **La Loi n°2007-297 du 05 mars 2007 relative à la prévention de la récidive** va modifier le texte comme suit : « *Ces mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique, lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques.* » Enfin la dernière modification, en date de la loi de programmation n°2012-409 **du 27 mars 2012 relative**

---

32 Article L3425-1 et article L 3525-2

**à l'exécution des peines**, vient préciser qu' « *une copie de la décision ordonnant ces mesures est adressée par le juge de l'application des peines au médecin ou au psychologue qui doit suivre la personne condamnée. Les rapports des expertises réalisées pendant la procédure sont adressés au médecin ou au psychologue, à leur demande ou à l'initiative du juge de l'application des peines. Celui-ci peut également leur adresser toute autre pièce utile du dossier.* »

Cette obligation qui a finalement peu évolué dans un contexte sécuritaire de plus en plus important, garde, contrairement à l'injonction de soins et l'injonction thérapeutique, un champ d'application et procédural très large. Elle peut en effet être prononcée à tous les stades de la procédure pénale (post et présentenciel) tant pour les crimes et délits et à partir de l'âge de 13 ans.

Son encadrement demeure également très souple. Elle est à la libre appréciation du juge pénal (la Loi n'impose pas d'avis médical ou d'expertise préalable comme cela est le cas de l'injonction de soins et l'injonction thérapeutique). Elle est mise à exécution par le SPIP. Le condamné reste libre de choisir son médecin ou sa structure de soins, et l'autorité sanitaire garde une liberté de choix et d'action dans la mise en place des soins.

Par ailleurs, la circulaire du 12 mai 1987 (Nor Jusa8700055C) sur l'application de la législation sur les stupéfiants prévoit le recours à l'art 132-45-3 du CP, en particulier dans les cas d'usagers-trafiquants, « *ce qui implique de prendre en considération la "dimension curative" dans les modalités d'exécution de la peine à infliger.* »

En cas de non-respect de cette obligation, la personne peut se voir révoquer son contrôle judiciaire et être placée en détention provisoire dans les mesures présentencielles ou se voir révoquer le sursis dans les mesures post-sentencielles.

Cette obligation très largement prononcée dans le cadre des affaires pour ILS ou liées à des consommations d'alcool s'explique par la souplesse dans son utilisation et le faible coût pour la justice. En effet, la loi ne subordonne pas le prononcé de l'obligation de soins à un avis ou une expertise préalable de l'autorité sanitaire comme pour l'injonction de soins et l'injonction thérapeutique. Le soin s'impose donc aux soignants sans avis sur l'opportunité d'une telle mesure.

Par ailleurs, des incertitudes sur les critères du prononcé de l'obligation de soins demeurent. En effet, aucun texte ne précise son contenu et l'absence d'organisation des relations Justice/Santé vient alors cristalliser des incompréhensions reflétant « *une confrontation entre deux logiques. L'une repose sur la nécessité de réduire les désordres liés aux addictions et à l'état de santé (...) des contrevenants, l'autre sur la nécessaire adhésion aux soins des patients* »<sup>33</sup>.

De plus, il semble que la liberté de choix du médecin soit petit à petit remise en cause par les instructions données par les juges du siège et les Juge de l'Application des Peines sur les orientations envisagées dans le cadre du suivi de l'obligation de soins. La justice chercherait-elle à résoudre au travers de l'obligation de soins un problème de santé publique ?

## **Section II : Les objectifs de l'obligation de soins et son évolution.**

L'obligation de soins est donc prononcée par les magistrats afin de poser un cadre contenant à une décision judiciaire. Il s'agit d'imposer une contrainte au condamné afin de l'amener vers le soin (paragraphe 1). Dans le cadre de l'addiction, des questions néanmoins demeurent quant à sa réelle vocation. Ne répondrait-elle pas alors à une variable d'ajustement des politiques de santé publique (paragraphe 2) ?

### **Paragraphe 1 : De la contrainte pour aller vers le soin.**

C'est par l'intermédiaire d'une obligation, et donc une contrainte, que les personnes se voient dans la nécessité de se soigner. Cette volonté et cette exigence de prendre en compte les soins dans le parcours pénal de la personne se retrouve notamment dans l'article 721-1 du CPP en ce qu'il précise qu'une personne détenue peut obtenir des remises de peine supplémentaires si elle « *manifeste [...] des efforts sérieux de réadaptation sociale notamment [...] en suivant une thérapie destinée à limiter les risques de récidive [...].* » Cette intentionnalité judiciaire est également marquée dans l'article 717-1 du CCP où « *le juge de l'application des peines peut proposer à tout condamné relevant des dispositions de l'alinéa précédent [...] de suivre un*

---

<sup>33</sup> Les soins pénalement ordonnés, journée d'analyse des pratiques professionnelles CPIP 19 du 09/04/2015 ; p100

*traitement pendant la durée de sa détention, si un médecin estime que cette personne est susceptible de faire l'objet d'un tel traitement [...] ».* L'article 763-7 du CPP concernant une condamnation à une peine d'emprisonnement et dont l'injonction de soins a été prononcée, précise enfin que la personne détenue « *est immédiatement informée par le juge de l'application des peines de la possibilité d'entreprendre un traitement. Si elle ne consent pas à suivre un traitement, cette information est renouvelée au moins une fois tous les ans.* »

Bien que ces exemples ne concernent pas directement l'obligation de soins, force est de constater que la justice entend jouer un rôle déterminant dans la prise en charge sanitaire des personnes condamnées quel que soit, par ailleurs, le motif de cette condamnation. Toutefois, une question demeure sur l'intentionnalité d'une telle volonté de la part du législateur. S'agit-il vraiment d'accompagner les condamnés vers le soin alors qu'ils n'ont pas toujours conscience de cette problématique qu'est l'addiction ?; ou serait-ce une volonté de contrôler à travers cette obligation une population présumée socialement dangereuse et donc agir sur les facteurs de récidive ?

## **Paragraphe 2 : Les soins : variable d'ajustement des politiques de santé publique ?**

Il est important de signaler que l'obligation de soins est généralement prononcée « *afin de faciliter l'accès aux soins des sujets toxicodépendants qui rencontreraient des problèmes avec la justice.[...] L'obligation de soins n'est pas la sanction, c'est une mesure accompagnatrice qui vise principalement la prévention de la récidive. [...]* L'obligation de soins matérialise au plan juridique l'intoxication ou la dépendance, dans la mesure où celles-ci se traduisent socialement par des délits. »<sup>34</sup>

La loi de 1970 inscrit, par ailleurs, le toxicomane « *comme un malade qu'il faut guérir de son vice. [...] L'obligation de soins vise à la guérison par l'abstinence obtenue à l'issue d'une cure de désintoxication* »<sup>35</sup>

La circulaire du GDS n°73-11 du 30/03/1973 précise également que « l'objectif

---

34 Roselyne Crété : *L'obligation de soins : Des contraintes partagées ?*. Pour une clinique du toxicomane. Journée de Reims et contexte dans le traitement des toxicomanies.

<http://bdoc.ofdt.fr/index.php?LvL=notice-display&id=60959>

35 L.Simmat-Durand. L'obligation de soin une pratique ambiguë. In : *Déviance et société*. 1999-Vol.23-N°4.pp421-436. Doi : 10,3406/ds.1999.1705.

[http://www.persee.fr/doc/ds\\_0378-7931\\_1999\\_num\\_23\\_4\\_1705](http://www.persee.fr/doc/ds_0378-7931_1999_num_23_4_1705)

*visé par la poursuite pénale est avant tout le traitement médical du délinquant, la condamnation à une peine n'étant que subsidiaire »<sup>36</sup>*

Enfin, la circulaire CAB du 07/11/1988, Nor : jus A 8900008X énonce que « *la saisine des autorités sanitaires et sociales, par exemple en matière d'usage de stupéfiant par l'injonction thérapeutique[...] est bien préférable au prononcé tardif d'une peine de principe, en définitive dépourvue de toute portée* ». Il est par ailleurs important de noter que l' « *épidémie de SIDA va ramener la question sanitaire sur le devant de la scène. La santé publique reprend (alors) le pas sur la répression : il faut protéger les toxicomanes des maladies et faciliter l'accès aux soins.* »<sup>37</sup>

Dans les années 1990, la lutte contre l'exclusion sociale va englober les toxicomanes comme population cible. La Loi vient alors privilégier une réponse : une mise en contact avec des structures de soins et un accompagnement social dans la lutte contre l'exclusion pour les personnes condamnées. Le décret 92-590 du 29/06/1992 va réformer les centres spécialisés et imposer cette double prise en charge. Après 1993, les circulaires assignent trois finalités à l'injonction thérapeutique : la lutte contre le sida, l'exclusion sociale et la récidive. L'objectif principale du soin va alors s'orienter autour de la question d'une prise en charge globale du condamné, et plus uniquement sur la question de l'abstinence. L'obligation de soins devient dès lors une option permettant un contrôle social des populations marginales pour sortir de la délinquance.

Par ailleurs, la circulaire CAB 87-01 (dite Chalandon), relative à l'application de la législation sur les stupéfiants, du 12 mai 1987, tout en renforçant la lutte contre la récidive et la fermeté de la sanction sur les usagers-trafiants, « *n'exclut pas de recourir aux alternatives sanitaires prévues par la loi, car il s'impose également de tout mettre en œuvre pour prévenir la récidive, ce qui implique de prendre en considération la dimension "curative" dans les modalités d'exécution de la peine à infliger* ».<sup>38</sup> L'obligation de soins prend dès lors toute sa place et tout son sens dans le dispositif pénal en ce qu'elle devient un moyen de lutte contre la récidive, mais quelle en est ses limites ?

---

36 IBID. p.422

37 L.Simmat-Durand. L'obligation de soins une pratique ambiguë. In : Déviance et société. 1999-Vol.23-N°4.pp421-436. Doi : 10,3406/ds.1999.1705.

[http://www.persee.fr/doc/ds\\_0378-7931\\_1999\\_num\\_23\\_4\\_1705](http://www.persee.fr/doc/ds_0378-7931_1999_num_23_4_1705)

38 IBID



### **Section III : Les limites du judiciaire**

Les impératifs d'ordre public, le fondement de l'interdit pénal, la nécessité de la protection de la société et la gestion des risques liés à l'abus ou l'utilisation de certains produits dominant régulièrement le processus judiciaire. Instance de décision dans le cadre de l'obligation de soins, elle se heurte de fait au monde médical dans ce qu'elle représente la singularité du patient dans sa maladie. Sans cadre défini, l'obligation de soins se heurte au double statut du condamné : un malade qu'il faut soigner et un délinquant qu'il faut punir.

Des textes existent néanmoins afin de limiter des effets interventionnistes du Juge de l'Application des Peines (paragraphe 1) qui pourrait aller à l'encontre des droits fondamentaux du patient au nom de la sécurité collective (paragraphe 2).

#### **Paragraphe 1 : Limitation de l'intervention du Juge de l'Application des Peines.**

Dans son article R.3711-18 du Code de la Santé Publique, le législateur a souhaité délimiter les possibilités d'intervention du Juge de l'Application des Peines dans les modalités de soins. Cet article précise que « *Les relations entre la personne condamnée et le médecin traitant sont régies, sous réserve du présent Titre, par le code de déontologie médicale. Le Juge de l'Application des Peines ne peut intervenir dans le déroulement des soins décidés par le médecin traitant* ». Le juge est donc dans une impossibilité de prendre des actes légaux concernant le déroulement propre de l'obligation de soins. Que dire alors des demandes, qui sont faites aux condamnés, d'analyses médicales concernant les recherches de stupéfiants dans les urines et d'alcool-dépendance par prise de sang. Quelle est la place du magistrat dans le processus de soins au nom de la sécurité collective ? Ne serait-ce pas de la compétence d'un médecin expert tel qu'il en existe dans l'injonction thérapeutique et l'injonction de soins ?

Ces éléments soulèvent néanmoins un point fondamental dans tout processus de soins : la question du consentement. Existe-t-il réellement un consentement dans l'obligation de soins ?

La question du consentement aux soins sera envisagée de façon plus complète

dans un chapitre ultérieur. Néanmoins, il est intéressant de noter dès à présent que la Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne du 07/12/2000 consacre le principe du consentement dans toute démarche de soins, dont la seule exception est celle de l'urgence. Hors, le tribunal, dans sa décision, ne demande pas le consentement de la personne en ce qui concerne l'article 132-45-3 du CP, contrairement à l'injonction de soins et l'injonction thérapeutique, où ces mesures sont soumises à l'avis préalable d'un médecin relais pour l'injonction thérapeutique ou d'un médecin expert dans le cadre de l'injonction de soins. Il est dès lors possible de penser que le consentement aux soins soit un des éléments abordés par le corps médical au préalable de l'injonction thérapeutique et de soins.

Finalemment, « *l'individu concerné par cette mesure n'exprimera son consentement que par l'exécution ou non des obligations qui lui sont imposées* »<sup>39</sup> au risque de se voir révoquer sa mesure et donc incarcéré. « *Toutefois, l'assujettissement de l'individu est limité puisque la sanction découlant de la non- exécution ne consiste en réalité que "dans le retrait d'une faveur débouchant en quelque sorte à un retour à la normale" : la détention provisoire pour la mise en examen dans le cadre du CJ et de l'emprisonnement pour le condamné* »<sup>40</sup>Néanmoins, la question du consentement subsiste en ce qu'il est un droit inaliénable du patient.

## **Paragraphe 2 : Avis du comité consultatif national d'éthique.**

Le chantage au traitement dans le but d'éviter une récidive apparaît inacceptable sur le plan éthique dans la mesure notamment où il enfreint le principe de consentement libre et éclairé, c'est-à-dire la possibilité d'accepter ou de refuser les soins en dehors de toute sanction. Cela rejoint la CNCDH<sup>41</sup> qui, dans son avis n°94-60 du 20/09/2007, précise que « *l'autonomie de la volonté de la personne et l'inviolabilité du corps humain impliquent que le consentement libre et éclairé aux soins soit un droit fondamental* ».

Cependant, l'article 763-3 du CPP précise que « *le Juge de l'Application des*

---

39 Les soins pénalement ordonnés, journée d'analyse des pratiques professionnelles CPIP 18 du 22 mai 2015 au 23 mai 2015; p 121

40 IBID

41 Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

*Peines averti le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que s'il refuse les soins qui lui sont proposés, l'emprisonnement prononcé en application du 3<sup>e</sup> alinéa de l'art. 13-36-1 du CP pourra être mis en application ».* Le refus de soins est donc soumis au chantage de l'emprisonnement et remet ainsi en cause l'avis de la CNCDH.

L'obligation de soins s'inscrit donc dans un processus législatif qu'il est difficile de ne pas mettre en lien avec les politiques de plus en plus sécuritaires et la nécessité de lutter contre les phénomènes de récidive. La coexistence des préoccupations sécuritaires consacrent la notion de dangerosité et fait du condamné « *un objet dangereux ou un risque à éliminer plutôt que de le considérer en sa qualité de sujet de droit* »<sup>42</sup>. C'est une personne qu'il faut soigner au risque de "psychiatriser" la délinquance et de créer un conflit entre le soin et la justice.

## **Chapitre II : Obligation et soin : des notions antagonistes**

Les soins obligés s'inscrivent dans une procédure légale contraignant la personne condamnée à se soumettre à des soins. Les soins obligés demandent à ce que soit pris en compte une dimension nouvelle dans la relation médecin-patient, le patient étant nommé comme tel par la justice dès lors qu'elle prononce l'obligation de soins. Du point de vue du médecin, l'intervention thérapeutique, inscrite dans une procédure de contrainte, est nouvelle. Il se pose dès lors la question du travail sous la contrainte et de la nécessité du consentement dans la relation patient-médecin. Nous nous intéresserons donc dans un premier temps à ce qu'est la notion d'addiction et de dépendance et de leurs conséquences sur la dualité malade/délinquant (section I), pour aborder dans un second temps la question cruciale du secret médical (Section II).

### **Section I : Notion de l'addiction et de sa prise en charge.**

La dépendance est la perte de liberté de s'abstenir et de ne pouvoir se passer

---

<sup>42</sup>Paul MBANZOULOU et Philippe POTTIER : Santé et Justice, savoirs et pratiques ; L'Harmattan ; 2014 ; p 69

d'un produit, la Loi permettant alors ce retour au choix et donc à cette liberté individuelle et collective.

L'addiction est un phénomène multidimensionnel qui implique plusieurs facteurs : biologiques, psychologiques et sociaux. « *Le développement de la conduite addictive remanie les différents champs de la vie quotidienne et de la personnalité du sujet dépendant autour de l'objet de l'addiction et de son utilisation avide. Une fois l'arrêt de l'usage obtenu, la prise en charge visera également à accompagner le sujet vers une réappropriation des domaines psychique, relationnel et social.* »<sup>43</sup>

La prise en charge psychopathologique replace le comportement addictif dans sa fonction psychologique afin de mieux cerner les troubles anxieux et les troubles de l'humeur souvent associés à l'addiction. « *La recherche de comorbidités somatiques est également nécessaire. Le type d'évaluation dépendra des éléments cliniques et du type de substance, de dépendance, de sa toxicité, et des possibles mode d'administration.* »<sup>44</sup>

La prise en charge sanitaire de l'addiction permet de redonner un nouvel espace de liberté dans la relation mise en place entre le praticien et le patient. Il crée une alliance thérapeutique qui autorise un processus d'accès aux soins que le patient pourra, s'il le souhaite, saisir. Dans un second temps, ce processus visera à soulager et aider une souffrance qui ne peut pas lui permettre de demander de l'aide de part les complexités psycho-sociales et judiciaires de l'addiction.

Il appartient donc au soignant de comprendre la singularité de son patient et de créer une **alliance thérapeutique**. Celle-ci sera déterminée par la relation singulière entre le patient et son soignant et l'engagement du patient dans les soins, alliance nécessairement conditionnée par la nécessité du secret médical.

## **Section II : Le secret médical**

*« Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement, ou un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention aux soins à droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant [...]. Ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel de santé [...]. Il s'impose à tout professionnel*

---

43 M. Lejoyeux, *Addictologie* Masson 2010 ; p63

44 IBID

*de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.* »<sup>45</sup>  
Mais, quelle est son origine et à qui s'oppose-t-il (paragraphe 1)? Restrictif, les pratiques l'on tout de même fait évoluer avec la nécessité du partage d'informations (paragraphe 2). Il n'en demeure pas moins que cela reste limité à des champs d'intervention qui ne permettent pas l'échange pluridisciplinaire. Existe-t-il alors une alternative possible afin de que le condamné ou le patient ne soit pas l'unique objet soit du judiciaire, soit des soins (paragraphe 3) ?

### **Paragraphe 1 : Origine du secret médical et à qui s'oppose-t-il ?**

C'est par le serment d'Hippocrate qu'une première définition du secret médical est donnée. Il a un caractère général et absolu, ce qui interdit toute révélation à un tiers. Il est apparu pour la première fois dans le code pénal de 1810 dans son article 378. Il est défini comme la somme des échanges recueillis dans un contexte de confiance entre le médecin et son patient. Ce dernier ne s'applique par ailleurs que pour les médecins. En 1992, la loi Badinter introduit une infraction plus générale qui vise notamment la violation du secret professionnel. Par ailleurs, la loi du 04 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, fait du secret médical un droit du patient : *"toute personne [...] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant"*<sup>46</sup>

Le code de déontologie médical affirme également que *"le secret médical, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la Loi."*

L'article R.4127-4 du Code de santé Publique précise que *" le secret médical institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la Loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris."* Néanmoins, une nouvelle tendance émerge progressivement, celle du secret partagé. Ce dernier est-il envisageable dans le cadre du secret médical ?

---

<sup>45</sup> Article L 1110-4 du Code de la Santé Publique.

<sup>46</sup> IBID

## Paragraphe 2 : Le secret partagé.

Face à l'évolution des pratiques professionnelles, la notion de secret partagé s'est imposée petit à petit. Mais qu'est-il vraiment ? Nous verrons dans un premier temps son implication purement médicale (A) pour s'interroger sur certaines pratiques des professions sociales (B) afin d'évoquer le secret opérationnel (C).

### A: Le secret partagé en matière médicale

La notion de secret partagé est une création de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002. Elle est exclusive à la matière médicale pour s'étendre peu à peu aux professions de l'action sociale. *« Le principe de l'inviolabilité du secret, tel qu'il se dégage de la tradition hippocratique et de la législation en vigueur, reconnaît un droit fondamental du patient : le respect de sa vie privée Le secret partagé, entre professionnels de santé, s'est imposé, au cours des siècles, dans la pratique quotidienne afin d'assurer la coordination et la qualité des soins. Il a été officiellement reconnu avec l'apparition des lois régissant la protection sociale dans notre pays et la mise en œuvre de la médecine de contrôle. En somme, ce partage d'informations n'est admis, que dans l'intérêt du patient pour la continuité des soins et leur meilleure qualité. Il n'est pas obligatoire ; il connaît, en outre, certaines limites, notamment du fait du consentement du patient : le patient peut refuser de voir un médecin ou bien que certaines indications ne soient pas transmises à un autre médecin qu'il ira consulter. »*<sup>47</sup>

### B: Le secret partagé ou le partage d'informations à caractère secret.

Lorsque la Loi prévoit la possibilité d'un partage, ce dernier est caractérisé comme un partage d'informations à caractère secret. L'article [L226-2-2 du code de l'action sociale et des familles](#) fait mention de l'autorisation de « partager [...] des informations à caractère secret ». Aucun texte de loi n'utilise l'expression "secret partagé". L'article 121-6-2 du même code, précise également que « les professionnels qui interviennent auprès d'une même personne ou d'une même famille sont autorisés à partager entre eux des informations à caractère secret, afin d'évaluer leur situation,

<sup>47</sup> Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de mai 1998  
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/secretpart.pdf>

*de déterminer les mesures d'actions sociales nécessaires et de les mettre en œuvre. »*

Cet article indique, par ailleurs, que *" les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier [...].*

### C: Le secret opérationnel

Afin de palier à certaines difficultés dans la prise en charge sanitaire des condamnés détenus, la Loi n°2008-174 du 25 février 2008, relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, *« met en place l'échange d'information opérationnelle »*<sup>48</sup> entre l'administration pénitentiaire et les personnels soignants autour de la question de la dangerosité en détention. L'article premier prévoit en effet que les agents de l'Administration Pénitentiaire transmettent aux personnels de santé *"les informations utiles à la mise en œuvre des mesures de protection des personnes"*.

*« Cette disposition est à mettre en parallèle des dispositions de l'article 8 de la loi du 25 février 2008 qui a complété l'article L. 6141-5 du code de la santé publique pour prévoir, en sens inverse, un échange d'information des médecins vers le directeur de l'établissement pénitentiaire. »*<sup>49</sup>

Il est toutefois nécessaire de remarquer que cette dérogation au secret professionnel reste très limitée. Contrairement à l'injonction thérapeutique ou l'injonction de soins qui mettent en place la désignation d'un médecin relais ou d'un médecin coordonnateur, cela n'est pas le cas dans le cadre de l'obligation de soins qui se heurte ainsi au secret médical. Quel outil pourrait alors permettre cette mise en relation et faire du prononcé de l'obligation de soins un réel instrument de prise en charge sanitaire et judiciaire ?

---

48 Rapport d'information N°1811 de l'Assemblée Nationale ; Rapport d'information déposé par la Commission des lois Constitutionnelles, de la Législation et de l'Administration Générale de la République, *sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice* ; présenté par M. Etienne Blanc, Député , en conclusion des travaux d'une mission d'information présidée par M. Jean-Luc Warsmann ; p55

49 IBID , p55

### Paragraphe 3 : L'expertise médicale : une alternative ?

Dans le cadre de l'addiction, la justice joue un rôle important puisqu'elle est souvent la première à nommer la maladie. Néanmoins, et contrairement à l'injonction thérapeutique et à l'injonction de soins, la justice est seule décisionnaire de l'opportunité des soins au risque de se tromper dans un diagnostic qui ne lui appartient pas. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, dans son article du 05 octobre 2015, précise qu' « *aucun certificat concernant un patient ne peut être remis à un tiers : le médecin ne peut satisfaire aux demandes de renseignements ou de certificat qui lui sont adressés par un juge, par un avocat ou par la police. [...] Il appartient au juge, s'il en voit la nécessité lorsque le prévenu évoque un état pathologique de le soumettre à l'examen médical d'un expert.* »<sup>50</sup>L'expertise deviendrait ainsi l'élément légitime de toute obligation de soins. En effet, dans le cadre de l'obligation de soins, le diagnostic n'est pas fait par un professionnel du soin mais par un tiers : le juge. Il semble par ailleurs que la généralisation de « médecins relais » pourrait être une alternative dans la perspective où le condamné serait accessible à un traitement, et qu'un diagnostic établi préalablement à toute prise en charge sanitaire et ait été posé par un professionnel de santé. Cela pourrait « *apporter une réponse adaptée et équilibrée aux traitements des addictions dans le respect du secret médical. [...] La plus-value sera de donner un avis sur le point de savoir si la mesure est adaptée ou pas. Cela devrait permettre de limiter ou de mettre fin à une mesure qui s'avère inefficace. La mesure en effet peut se révéler inopérante, soit parce que la personne ne collabore pas, soit parce que la personne n'est pas "malade", aucune addiction n'étant décelée. Le secret médical sera respecté [...]* »<sup>51</sup>

L'obligation de soins, mesure très largement et majoritairement prononcée, est donc prioritairement déterminée par les objectifs de l'institution pénale au lieu de l'être par des déterminants propres aux personnes dépendantes : caractéristiques de personnalité, psychologique et sociale. Un diagnostic aurait donc le mérite de poser la nécessité de soins dans le respect du processus de soin, l'addiction ne pouvant en aucun

50 Conseil National de l'Ordre des Médecins, article : <http://www.conseil-national.medecin.fr/print/913>

51 Rapport d'information N°1811 de l'Assemblée Nationale ; Rapport d'information déposé par la Commission des lois Constitutionnelles, de la Législation et de l'Administration Générale de la République, *sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice* ; présenté par M. Etienne Blanc, Député, en conclusion des travaux d'une mission d'information présidée par M. Jean-Luc Warsmann ; p 115



cas se résumer à un arrêt pur et simple de toute consommation.

Cela met donc l'institution judiciaire face à un autre problème qu'est celui du condamné en tant que sujet de droit face aux soins.

### **Chapitre III : Le condamné : un sujet de droit.**

Bien que condamnées, les personnes n'en gardent pas moins des droits reconnus mais qui semblent être remis en cause dans le cadre de l'obligation de soins. Il me semble donc important d'aborder la question du consentement aux soins ou de la contractualisation du soin (section I), le droit de dire non et de disposer de son corps face à la demande des analyses médicales (section II) pour enfin réinterroger la question des soins et de contrainte (section III).

#### **Section I : Contractualisation du soin et le droit à l'information.**

L'obligation de soins entraîne un paradoxe. Le condamné « *vient parce qu'il y est contraint et il ne peut pas se soigner puisque le traitement de la toxicomanie nécessite l'adhésion du patient. "Aucune thérapie ne peut s'appliquer si le patient ne le désire pas" » [...] on observe alors, chez les intervenants judiciaires une attitude qui consiste à attendre que le toxicomane s'approprie la démarche de soin et y adhère [...]. ou la justice peut considérer aussi que c'est au thérapeute de faire en sorte que le patient ait envie de se soigner malgré l'obligation.* »<sup>52</sup> Mais que dire de la nécessaire contractualisation entre le médecin et son patient (paragraphe I) ? Dès lors que le patient se voit dans l'obligation de rencontrer un personnel soignant qu'il n'a pas choisi, comment le droit à l'information peut-il alors se mettre en place (paragraphe 2) ?

#### **Paragraphe I : La contractualisation des soins.**

L'obligation de soins est donc une obligation de rencontre entre une personne condamnée et une personne soignante. Il découle de ce contact le nécessaire consentement entre les parties. « *L'importance du consentement découle de principes*

<sup>52</sup> Les soins pénalement ordonnés, journée d'analyse des pratiques professionnelles CPIP 19 du 9/04/2015; p 39

*généraux du Droit inscrits à l'article 16-3 du Code Civil, et les dispositions de l'article 1108 de ce même code qui prévoient la nécessité d'un consentement pour la formation régulière d'un contrat. »<sup>53</sup>L'article 16-3 du code civil, introduit par la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps et modifiée par l'article 70 de la loi 99-641 du 27 juillet 1998, précise que « le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ». Hors, l'obligation de soins semble mettre à mal cette nécessité puisque la rencontre se fait non pas par le consentement du patient mais l'obligation qui lui est faite de respecter une obligation de soins.*

Par ailleurs, l'arrêt Mercier du 20 mai 1936 estime « qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement sinon, bien évidemment, de guérir le malade... du moins de lui donner des soins, non pas quelconques... mais consciencieux, attentifs et, réserve faite des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science. » Confirmé par la Convention européenne sur les Droits de l'Homme et la Biomédecine en 1997 en son chapitre II, le texte précise qu' « une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé [...] La personne peut, à tout moment, librement retirer son consentement ». Cela sera réaffirmé par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle édicte en effet qu' « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le **consentement libre et éclairé** de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Mais qu'est-ce que le consentement libre et éclairé ?

## **Paragraphe 2 : Le droit à l'information : le consentement libre et éclairé.**

La question ici soulignée est celle de l'information donnée par le soignant à son patient. Le Code de déontologie médicale précise dans son ancien article 35 les caractères de l'information donnée au patient : " *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur*

---

<sup>53</sup> F.Descarpentries : Le consentement aux soins en psychiatrie ; L'Harmattan ; 2007 ; p.17

*son état [...]*" »<sup>54</sup> Les notions d'obligation d'information et de consentement sont donc indissociables l'une de l'autre. En effet, l'information dû au patient peut conditionner son choix d'être soigné. Cependant, cela devient difficile dans le cadre de l'obligation de soins faite aux condamnés, la question du consentement préalable aux soins n'étant pas abordée lors de l'audience.

Le consentement doit donc être éclairé mais surtout libre. Cette liberté consiste à pouvoir accepter ou refuser le soin sans être soumis à « *une autorité arbitraire [...], sans contrainte extérieure* ». <sup>55</sup> Hors, l'obligation de soins est bien une contrainte extérieure, posée par un magistrat sans avis médical préalable. Toutefois, bien que la Loi impose les soins, elle n'impose pas le médecin traitant. Il semble donc que l'espace de liberté nécessaire à la mise en place des "soins obligés" se situe dans cette rencontre consentie. Elle permet au condamné de choisir son médecin traitant afin de répondre à son obligation de soin, et crée, dans le même temps, un espace de parole préalable au consentement et aux soins. S'agirait-il alors d'une obligation de rencontre ?

## **Section II : Droit de dire non et de disposer de son corps.**

L'obligation de soins impose une rencontre entre un soignant et un condamné/patient. Cependant, il est important de rappeler deux notions importantes : celle du droit de dire non et du droit de disposer de son corps (paragraphe 1). Cela interroge la pratique des juridictions dans leurs demandes d'analyses médicales (paragraphe 2) afin d'accorder ou non une levée de l'obligation de soins ou de statuer sur un éventuel aménagement de peine.

### **Paragraphe 1 : Le droit de dire non.**

La loi n°2002-203 du 04 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, prévoit le droit de consentir aux soins et son corollaire celui d'y renoncer et donc de les refuser. Par ailleurs, l'avis 94 du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, relatif à la santé et la médecine en prison, précise dans son rapport que « *c'est en recentrant la médecine[...]*

---

54 IBID, p.27

55 op.cit. p 43

*sur la personne malade que l'on aura le plus d'efficacité thérapeutique, non pas en exerçant un chantage à la médecine comme alternative à l'emprisonnement.*

*Le chantage au traitement dans le but d'éviter une récidive apparaît inacceptable sur le plan éthique dans la mesure notamment où il enfreint le principe de consentement libre et informé, c'est-à-dire la possibilité d'accepter ou de refuser en dehors de toute sanction. [...] Ce traitement est-il réellement proposé comme un soin au bénéfice de la personne, ou uniquement comme un moyen de lutter contre la récidive, c'est-à-dire uniquement comme moyen de protéger la société, ce qui sort du champ de la véritable mission du médecin ? »*

En effet, la question du soin est souvent abordée comme une alternative à la décision d'emprisonnement. Le non-respect de l'obligation de soins peut éventuellement amener à la décision de mise à exécution de la peine d'emprisonnement encourue par le Juge de l'Application des Peines. Dire non aux soins, c'est donc, pour le condamné, se voir le cas échéant incarcéré. C'est également faire peser sur le médecin traitant la responsabilité de statuer, ou pas, sur la nécessité de maintenir cette obligation, décision initialement dévolue à un médecin expert.

Il est également essentiel de noter que « *sur le plan des principes, l'autonomie de la volonté de la personne et l'inviolabilité du corps humain impliquent que le consentement libre et éclairé aux soins soit un droit fondamental. Le droit de refuser un traitement, qui en découle directement, est par conséquent mis à mal si des sanctions y sont liées.* »<sup>56</sup>

## **Paragraphe 2 : Interrogations autour de la question des analyses.**

Néanmoins, force est de constater que la pratique de certains magistrats dans leurs demandes d'analyses de sang ou d'urine auprès des personnes souffrantes d'addiction mettent à mal la possibilité de refuser des soins. Ils imposent la divulgation d'informations confidentielles couvertes par le secret médical. Sans connaissance précise sur le processus de soins et sans prendre en compte la nécessaire temporalité dans la prise en charge des addictions, cette pratique tend à stigmatiser la personne comme délinquante et donc comme auteur possible de nouveaux délits.

---

<sup>56</sup> Avis de la Commission Nationale Consultative Des Droits de l'Homme ; Avis sur le projet de loi renforçant la lutte contre la récidive, le 20/09/2007

Dans son arrêt du 10 octobre 2006 L.L contre France, la Cour Européenne des Droits de l'Homme se prononce sur « *la production et l'utilisation en justice, dans le cadre d'une procédure de divorce, de pièce médicale le concernant, sans son consentement, et sans qu'aucun médecin expert n'eut été commis à cet effet* ». La cour conclut à la violation de l'article 8 (droit au respect de la vie privée et familiale) de la convention « *jugeant que l'ingérence subie par le requérant dans sa vie privée n'avait pas été justifiée au vu du rôle fondamental joué par la protection des données à caractère personnel [...] La cour a en outre relevé que la législation française n'assortissait pas de garanties suffisantes l'utilisation de données relevant de la vie privée des parties[...]* »<sup>57</sup> Bien que cet arrêt ne s'applique pas stricto-sensu à la production d'analyses, des questions éthiques peuvent néanmoins en découler. La production de telles analyses est-elle fondamentale dans le cadre de l'addiction ? Le magistrat est-il compétent pour en avoir connaissance, les lire et les interpréter sans compétences médicales pour le faire ? Enfin, le patient/condamné est-il vraiment libre de refuser une telle demande de la part d'un juge, alors que le soin doit par ailleurs être librement consenti ?

### **Section III : Peut-on soigner sous la contrainte ?**

Au vu de ces éléments, la question centrale portée par la dichotomie entre les notions de soin et d'obligation semble se porter sur la contrainte des soins et la rencontre impossible entre deux pratiques et idéologie professionnelles. Que signifie cette obligation pour le juge et pour le soignant ?

Ne s'agirait-il pas de mettre en place une rencontre entre un soignant et une personne condamnée, rencontre qui aurait été vraisemblablement improbable sans le prononcé de l'obligation judiciaire ? En effet, la justice est souvent la première interlocutrice qui ose pointer la maladie et les risques encourus tant sur le plan social que sanitaire. Le juge, tout comme le médecin, devra alors informer la personne des conséquences de son refus. Il impose donc la possibilité d'une rencontre certes non consentie, mais tout comme le juge, il appartiendra au médecin « *de tout faire pour le*

---

<sup>57</sup> Cour Européenne des Droits de l'Homme ; Unité de la presse ; Fiche thématique santé, p.3

*convaincre du bien-fondé des soins proposés*<sup>58</sup>». À travers la décision judiciaire, l'obligation de soins s'inscrirait dans « *une laïcité républicaine difficile et toujours risquée, qui reconnaît la liberté d'opinion [...] qui laisse chaque citoyen libre de ses choix de vie, mais qui protège aussi les citoyens des atteintes qu'ils pourraient porter eux-mêmes à leur propre liberté et à leur dignité* ».<sup>59</sup> La rencontre avec le soignant est d'autant plus importante que le patient de part sa maladie et sa dépendance est également dans une perte de liberté, car dans l'impossibilité de se passer du produit. Retrouver sa liberté, c'est pouvoir vivre sans consommer, et redevenir ainsi un citoyen libre et éclairé sur ses choix. Le juge serait alors, de part sa position de "dire la Loi et les interdits", un canal permettant à la personne condamnée de retrouver sa place dans la Cité.

L'obligation de soins se définirait donc comme une incitation à se soigner afin de laisser à la personne dépendante « *un espace de liberté, sans lequel il n'y a pas de consentement valide et donc pas de traitement de qualité.* »<sup>60</sup> Les demandes d'analyses médicales par le juge mettraient alors en danger cet équilibre fragile. Ce dernier se poserait à la fois comme prescripteur de soins et comme magistrat au détriment de cet espace de liberté indispensable dans le processus de soins. La personne condamnée se trouverait ainsi déresponsabilisé, et faisant du thérapeute le bras droit de la justice.

Au regard de certains événements médiatiques et judiciaires (assassinat de la jeune Laëtitia par Tony Meillon), les notions de dangerosité et de lutte contre la récidive ont été réaffirmées et renforcées. « *Le droit pénal participe au mouvement de déshumanisation de la justice, qui désormais est tenté d'appréhender le criminel comme l'objet dangereux ou un risque à éliminer plutôt que de le considérer en sa qualité de sujet de droit.* »<sup>61</sup>

L'obligation de soins tendrait donc à devenir un instrument de gestion des risques face à des comportements difficilement maîtrisables par la société.

---

58 F.Descarpentries : Le consentement aux soins en psychiatrie ; L'Harmattan ; 2007 ; p.46

59 IBID ; p.70

60 op.c. p129

61 Paul MBANZOULOU et Philippe POTTIER : Santé et Justice, savoirs et pratiques ; L'Harmattan ; 2014 ; p 69

## **Partie II : Le soin devient traitement de la délinquance et prévention de la récidive.**

« La loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales a replacé, au cœur des débats, la question de l'utilité de la peine et de l'impact des mesures et sanctions sur les **processus** de récidive et de sortie de la **délinquance**. »<sup>62</sup> Cette loi réinterroge ainsi la question du traitement de la peine comme processus. Elle aura pour objectif d'établir la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement de la personne, et d'exécution de sa peine.

Cependant, depuis la loi du 10 août 2007, renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, les textes ont peu à peu établi des principes directeurs pour la mise en place de sanctions de plus en plus dissuasives dans le cadre de la lutte contre récidive. Les pratiques ont alors évoluées du traitement de la délinquance vers celui de la récidive (chapitre I), pour faire de l'obligation de soins un traitement de la dangerosité (chapitre II) et faire du juge un prescripteur de soins (Chapitre III).

### **Chapitre I : Traitement de la délinquance vers le traitement de la récidive.**

L'évolution des textes a donc entraîné des modifications sur la vision du délinquant et de la prévention de la délinquance. Depuis les années 1970, il existe une « *transformation des figures de la délinquance, du sujet désobéissant et transgressif vers un individu déviant parce qu'handicapé par une série de carences psychologiques et sociales.* »<sup>63</sup> Le délinquant et/ou le consommateur de produit devient alors un malade qu'il faut prendre en charge (section I). Cependant les politiques de lutte contre la récidive tendent à se focaliser sur l'usage de produits stupéfiants (section II), ce qui renforce par conséquent la sanction à l'encontre du consommateur (section III).

### **Section I : La délinquance : un phénomène global.**

Ces dernières décennies a été marqué par une inflation de texte afin de lutter

---

62 Direction de l'administration pénitentiaire, *Manuel de la contrainte pénale*, Ministère de la justice ; 2016

63 Paul MBANZOULOU et Philippe POTTIER : Santé et Justice, savoirs et pratiques ; L'Harmattan ; 2014 ; p 89

contre la récidive au risque de stigmatiser l'infracteur sur le seul délit qu'il a pu commettre. Cependant, cela semble réducteur dans le cadre des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS), le processus de l'addiction ne pouvant se réduire au seul acte de consommation. C'est pourquoi, nous étudierons, dans un premier temps, la question de la délinquance en ce qu'elle est, tout comme l'addiction, un processus multifactoriel (paragraphe 1). Nous nous attacherons ensuite à définir la notion d'infraction dans sa relation avec l'obligation de soins (paragraphe 2), afin d'envisager le délit comme faisant partie du parcours du patient/délinquant (paragraphe 3).

### **Paragraphe 1 : La délinquance et l'addiction : une prise en charge similaire.**

Au préalable, il est important de signifier qu'un délinquant est une personne qui a commis un délit, c'est-à-dire un acte punissable par la loi. Dans le domaine de la consommation de produits psychoactifs, il s'agira d'une Infraction à la Législation sur les Stupéfiants ou de conduite en état alcoolique. L'alcool pourra également être un facteur aggravant dans la commission d'autres délits.

Cependant, les phénomènes de délinquance peuvent être rapprochés des phénomènes de l'addiction. La délinquance, tout comme les phénomènes de dépendance, « *est un phénomène multifactoriel, à la fois dans le processus qui y conduit et dans les éventuelles conséquences qu'elle provoque [...] Il faut donc évaluer pour chaque cas les besoins [...] adaptés.* »<sup>64</sup> En effet, toute réflexion sur le phénomène des drogues et des dépendances doit se situer « *dans une perspective large des personnes dans leur globalité et agissant dans leur environnement. [...] L'addiction est un phénomène multidimensionnel [tout comme les phénomènes de délinquance]. Si l'on s'attache à sa complexité, cela implique que plusieurs facteurs peuvent contribuer à sa survenue et son maintien : biologiques, psychologiques et sociaux.* »<sup>65</sup> Cette approche globale donne une vision multifactorielle de la dépendance tout comme la délinquance et son traitement.

Comme le souligne Olivier Razac, « *il s'agit d'une superposition, plus encore d'une hybridation, dans laquelle les rationalités pénales et sanitaires sont mobilisées en*

---

<sup>64</sup> Les soins pénalement ordonnés, journée d'analyse des pratiques professionnelles CPIP 19 du 9/04/2015; p 86

<sup>65</sup> IBID, p. 68



*même temps, dans un seul mouvement, selon une rationalité qui serait homogène et non problématique. L'idée centrale étant que la déviance criminelle peut être pensée à la fois, comme une transgression légale et comme un trouble (qu'il soit somatique, psychique, comportemental, social) qui demande un traitement de type sanitaire, c'est-à-dire un soin qui ne peut être légitimé que par une décision pénale ».*<sup>66</sup>

Cela est d'autant plus vrai dans le cadre de l'addiction dont la mise en œuvre des soins se rapproche étonnamment du traitement de la délinquance, l'infacteur étant lui-même malade.

Comment pouvons nous alors comprendre la relation entre le traitement dans son aspect multidimensionnel et la question de la récidive qui se focalise sur l'acte délictuel ?

## **Paragraphe 2 : L'obligation de soins et l'infraction ?**

*« D'opinion commune ou encyclopédique, le crime paraît être constitué par tout acte portant atteinte plus ou moins gravement aux valeurs du groupe auquel on appartient, aussi bien à l'égard des personnes que des biens et de l'autorité publique. Pour les pénalistes, le crime correspond à l'une des trois catégories d'infractions que les lois punissent de peines criminelles. [...] C'est l'importance « de la sanction qui permet de considérer qu'il existe des actes de gravité variable [...]. »*<sup>67</sup>

Quel rôle joue alors l'obligation de soins quand il est possible de constater que la notion d'infraction est difficilement compatible avec la notion d'addiction ? En effet, une personne dépendante avec une obligation de soins n'est pas obligatoirement abstinent. Elle peut donc être un infacteur en puissance. L'obligation de soins ne serait-elle pas alors un moyen d'anticiper de toutes nouvelles consommations, et donc de nouvelles infractions, par crainte d'une éventuelle récidive, et ainsi anticipé la commission de nouveaux faits ? *« Le traitement [...] fortement préconisé par la justice est-il réellement proposé comme soin au bénéfice de la personne, ou [...] comme moyen de lutte contre la récidive, c'est-à-dire comme moyen de protéger la société ce qui est hors du champ du soin ? »*<sup>68</sup>

---

66 Paul MBANZOULOU et Philippe POTTIER : Santé et Justice, savoirs et pratiques ; L'Harmattan, p88

67 Robert Cario, Introduction aux sciences criminelles, pour une approche globale et intégrée du phénomène criminel, Ed L'Harmattan, 6ème édition, Août 2013 ; p.184

68 IBID

Traiter du phénomène de la délinquance dans les problématiques de consommation de stupéfiants questionne donc sur l'utilisation de l'obligation dans le processus de soins et le processus pénal. Néanmoins, il semble difficile de considérer l'infraction uniquement en terme pénal, cette dernière s'inscrivant également dans un parcours de vie et de soins.

### **Paragraphe 3 : Le délit s'inscrit dans un parcours de vie**

Comme nous avons pu l'aborder, la question de l'addiction ne peut pas uniquement être déterminée par une consommation de produits psychoactifs et une infraction. Celle-ci s'inscrit le plus souvent dans un parcours de vie.

En effet, comme le dit Robert Carion, « *prévenir le phénomène criminel, c'est aller au-devant des activités considérées comme criminelles en vue de les empêcher. C'est alors avertir par avance que tel ou tel comportement est nuisible à l'harmonie sociale et pas simplement contraire à la discipline sociale. C'est encore agir sur les risques sociaux et individuels d'émergence et de consolidation des comportements criminels. C'est aussi informer que le crime dépend étroitement des occasions (plus ou moins ouvertes et fréquentes) de les perpétrer* »<sup>69</sup>.

La condamnation et l'obligation de soins, bien que révélatrices d'une consommation de produits illicites, ne peuvent donc pas résumer une problématique de dépendance, ni même la résoudre, en imposant une prise en charge sanitaire dans le seul but de l'abstinence, et donc d'éviter toute nouvelle réitération des faits. En effet, il est primordial d'évaluer la place tenue par l'addiction dans l'histoire de la personne afin de soutenir une motivation au changement. Contrairement à la condamnation et à l'obligation de soins qui répondent à une nécessité de protection sociale et sanitaire, le traitement de l'addiction repose, comme le souligne Alain Morel, psychiatre, « *sur le renforcement de ressources internes au sujet et sur un processus d'évolution personnelle qui permet à l'individu de reprendre du pouvoir sur sa vie, de se construire un équilibre interne et dans sa relation au monde. C'est donc une aide au changement de soi* »<sup>70</sup>. L'obligation de soins ne peut donc à elle-seule résoudre de telles

69 Robert Carion, Introduction aux sciences criminelles, pour une approche globale et intégrée du phénomène criminel, Ed L'Harmattan, 6ème édition, Août 2013 ; p.193-194

70 Les soins pénalement ordonnés, journée d'analyse des pratiques professionnelles CPIP 19,09/04/2015, p.86

problématiques.

Il est néanmoins important de souligner que si « *l'obligation de soins vue sous l'angle de la mise en conformité sociale d'un comportement ne relève pas en soi d'une démarche de reconnaissance de l'utilisateur, elle peut en être l'occasion dans la mesure ou finalement la seule obligation est une obligation de relation* ». <sup>71</sup>

## **Section II : La récidive : un focus sur l'acte.**

Nous avons eu l'occasion d'aborder à plusieurs reprises la question de la récidive. Mais qu'entendons-nous sous cette question ? Quelles en sont les conséquences pour les consommateurs de produits psychoactifs ? Nous nous attacherons donc à définir la notion de récidive (paragraphe 1) et d'addiction (paragraphe 2), afin de s'interroger si un sujet dépendant est un délinquant en puissance (paragraphe 3).

### **Paragraphe 1 : Définition de la récidive.**

En matière délictuelle, l'article 132-10 du CP prévoit la récidive « *lorsqu'une personne physique, déjà condamné définitivement pour un délit, commet, dans le délai de 5 ans à compter de l'expiration ou de la prescription de la précédente peine, soit le même délit, soit un délit qui lui est assimilé au regard des règles de la récidive.* »

Force est de constater que l'humanisation de la peine amorcée au cours du XIX et XX siècle, semble peu à peu être remise en question par un emballement de la répression pénale qui « *n'a d'autre explication qu'une volonté politico-sociale affirmée de durcir la réponse au phénomène criminel [...]* » <sup>72</sup>. L'acte prend alors une place centrale au détriment du parcours de soins et de l'addiction.

### **Paragraphe 2 : L'addiction.**

Dans le cadre de la consommation de produits psychoactifs, « *un grand nombre*

---

<sup>71</sup> Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente ; écrit par Collectif, collection thème et commentaires, Ed. Dalloz ; 2002 ; P.117

<sup>72</sup> Robert Cario, Introduction aux sciences criminelles, pour une approche globale et intégrée du phénomène criminel, Ed L'Harmattan, 6ème édition, Août 2013 ; p.227

*de profils, de personnalité et de trajectoires de vie existent [...] Les modes de consommations diffèrent [...] et viennent révéler quelque chose de l'existence du sujet [...] »<sup>73</sup> On distingue trois types de consommation : récréationnelle, l'abus et l'addiction. Les addictions sont avant tout des comportements de consommation de substances psychoactives assortis de conséquences négatives face auxquelles le sujet perd une partie de sa liberté. L'addiction et les conduites addictives « *peuvent s'expliquer par des mécanismes neurobiologiques et cognitifs comparables mettant en jeu le système de récompense (plaisir), la recherche compulsive de produit ou de comportement et la dépendance à ces derniers, avec une nécessité d'augmenter les doses ou l'exposition pour obtenir un plaisir identique* »<sup>74</sup>.*

### **Paragraphe 3 : Un sujet dépendant est-il un délinquant en puissance ?**

Tout consommateur de produit stupéfiant tombe sous le coup du champ pénal. Néanmoins, qu'en est-il dans le cas de la récidive ? Deux logiques s'affrontent. La logique sanitaire qui accepte l'idée que la récidive fasse partie de l'évolution de la maladie, et la logique judiciaire qui punit car elle est face à une nouvelle infraction. Quelle est alors la place du sujet face à cette double contradiction ? En effet, la logique juridique impose des soins pour prévenir la récidive en se préoccupant des faits tandis que le volet sanitaire va s'intéresser à la personne et la place du produit dans son parcours de vie.

En d'autre terme, « *si le devoir du soignant est d'être à l'écoute de la souffrance du malade, d'être attentif à sa personne, il appartient à l'autorité judiciaire, respectueuse de l'intérêt général, d'appliquer les lois [...] dont la finalité première est la défense de la société civile et de ses membres, les peines prononcées devant frapper ceux qui attentent à l'ordre social et trouble l'ordre public* »<sup>75</sup>.

Cependant, il est important de noter que la dépendance est bien une perte de liberté de s'abstenir et par conséquent ne pas pouvoir se passer d'un produit. La loi permet ce retour au choix et donc à cette liberté individuelle et collective en prononçant

---

73 Les soins pénalement ordonnés, journée d'analyse des pratiques professionnelles CPIP 19,09/04/2015, p.37

74 M. Lejoeux, Addictologie, ed. Masson, Août 2010 ; p.32

75 Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente ; écrit par Collectif, collection thème et commentaires, Ed. Dalloz ; 2002 ; P.75

l'obligation de soins. Elle vise ainsi à soutenir l'intégration sociale et la sécurité du patient dans le corps social. La circulaire GDS, n°73-11 du 30 mars 1973, précisait que « *la poursuite pénale est avant tout le traitement médical du délinquant, la condamnation à une peine n'étant que subsidiaire* ».

### **Section III : Quels sont les enjeux de telles condamnations ?**

Il est indéniable que « *l'objectif de l'obligation de soins est de détourner le toxicomane du circuit judiciaire tout en évitant la récidive. Ce n'est pas tant la question de la guérison qui se pose en priorité : il s'agit plutôt d'éviter les retombées délictueuses de la toxicomanie alors considérée comme la cause du délit* »<sup>76</sup>. Néanmoins, il semble que le traitement des ILS et CEA par le biais de l'obligation de soins cherche également à résoudre un problème de santé publique par le biais du système pénal. En effet, « *le législateur de 1970 inscrit son recours aux soins dans un cadre de contrainte, que ces contraintes répondent à des objectifs d'ordre public ou des préoccupations sanitaires* »<sup>77</sup>. Il n'est donc pas surprenant de voir que cette loi est inscrite dans le Code de Santé Publique et non le Code Pénal. Par ailleurs, elle s'inscrit dans le même temps dans un contexte d'extension de consommation de stupéfiants avec le souhait de proposer une mesure alternative aux poursuites, car le toxicomane est un malade qu'il faut guérir.

La circulaire N° 69F389 du 17 mai 1978 vient également préciser l'importance de la prise en charge des usagers de haschisch. La circulaire CAB du 07-11-1988 (Nor : Jus A 8900008X) insistera, quant à elle, sur le fait que « *la saisine des autorités sanitaires et sociales par exemple en matière d'usage de stupéfiant par l'injonction thérapeutique, [...] est bien préférable au prononcé tardif d'une peine de principe, en définitive dépourvue de toute portée. Il ne s'agit plus là d'un objectif de santé publique, mais de la crédibilité de la réponse pénale* ». Néanmoins, « *la lutte contre l'exclusion sociale va peu à peu englober les toxicomanes comme population cible. La toxicomanie est devenue un problème de mal-être social et de désinsertion* »<sup>78</sup>.

76 Thérèse Ferragut, De la récidive à la répétition ou le travail clinique et l'obligation de soins, Psychotropes 2004/3 (Vol.10), p 179

77 Anne Biadi-Imhof, relation thérapeutique et « soins obligés » en toxicomanie, Psychotropes 2005/3 (Vol.11), p.161

78 L.Simmat Durand : L'obligation de soins : une pratique ambiguë. In Déviance et société. 1999- Vol.213-N°4.p. 424

Le décret n°92-590 du 29 juin 1992, relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes, va finalement promouvoir une double prise en charge, sanitaire et socio-éducative, tout en imposant à ces centres de recevoir les personnes envoyées par la justice. L'épidémie de SIDA dans les années 80 marquera également un nouveau tournant dans la prise en charge des personnes dépendantes même si la réponse pénale va progressivement s'affirmer. La lutte contre l'usage de substances psychoactives ne prend donc pas uniquement sa source dans le volet pénal, mais remplit avant tout un volet social et sanitaire comme traitement de la dangerosité d'une population cible.

## **Chapitre II L'obligation de soins comme traitement de la dangerosité.**

L'obligation de soins s'est imposé, pour le judiciaire, comme un moyen de prévention et de défense sociale face à des comportements qui mettent en danger la personne dépendante, mais également la société au vu des infractions qu'ils peuvent entraîner : trafic, violence, vol... Soigner serait donc le moyen de prévenir la récidive et donc de traiter certains phénomènes de dangerosité liés à la consommation de produits psychoactifs (section I). Dans ses conditions, l'obligation de soins tendrait à se transformer en une obligation de résultats (section III) afin de maîtriser des comportements jugés déviants (section II).

### **Section I : Dangerosité et prévention de la récidive : anticipation de la version la plus catastrophique des faits, quelle place pour les soins ?**

La loi de 1970 pose en corollaire une organisation pénale de la prise en charge des soins, et une dangerosité criminologique des produits stupéfiants et psychoactifs. La dangerosité vient alors justifier la nécessaire contrainte dans le cadre de la prise en charge des personnes dépendantes. *« L'objectif premier des soins n'est pas la prévention de la récidive : il s'agirait plutôt de la prévention de la rechute addictive [...] La dangerosité consiste à anticiper constamment la version la plus catastrophique des faits. »*<sup>79</sup>C'est donc croire que la science médicale serait capable de prédire ou du moins minimiser la dangerosité de certains individus en imposant une obligation de

---

<sup>79</sup> Colloque national Santé/Justice : peut-on soigner sous la contrainte ?; Les Actes, Intervention et Échanges, 22 et 23 mars 2007 ; Paris, p. 11

soins dont la seule finalité serait de prévenir tout risque pour la société. De ce point de vue, l'obligation de soins ne serait qu'une « *instrumentalisation des soignants et des agents chargé de la réinsertion sociale des condamnés.* »<sup>80</sup> Le contrôle prime alors sur l'aide et instrumentalise de fait les soignants afin de mettre des « *outils de contrôle, de surveillance et de détection en amont de toute infraction pénale.* »<sup>81</sup> Il s'agit donc de prévenir et de mettre en place, par l'intermédiaire de l'obligation de soins, une politique de prévention afin de limiter le coût social des ILS et des CEA. Alors, en quoi la simple remise d'un justificatif de soins peut assurer une réelle prise en charge de l'obligation de soins, de la problématique addictive du patient, et être dans le même temps porteuse de sens pour la personne condamnée ? « *Un faux semblant consisterait à laisser croire que l'action thérapeutique pourrait éradiquer la récidive* »<sup>82</sup> et donc la dangerosité.

## **Section II : La question de la matérialité de l'infraction et l'obligation de soins ?**

D'un point de vue du droit et avant d'être constituée, une infraction nécessite que trois éléments soient présents et réunis : un élément légal (punissable dans un texte), un élément matériel (l'acte commis) et un élément moral (la faute de la part de son auteur). Je m'attacherai ici plus particulièrement à la matérialité des faits et la question de l'obligation de soins en addictologie. L'élément matériel est considéré comme étant la réalisation même de l'infraction, un acte étant nécessaire afin de caractériser l'infraction. La particularité dans les consommations de produits stupéfiants réside dans le fait que la consommation est constitutive d'un délit. La loi du 5 mars 2007, relative à la prévention de la délinquance, confirme le refus de toute banalisation de la consommation de produits stupéfiants. « *Cette incitation aux soins, qui s'apparente dans les faits à une contrainte, est alors assimilée à un traitement pour prévenir la récidive et un traitement de la délinquance.* »<sup>83</sup>

Par ailleurs, la question devient plus problématique si l'on aborde l'obligation de soins dans le cadre du contrôle judiciaire. En effet, comment imposer une telle obligation dès lors que la personne est présumée innocente et donc non condamnée pour

---

80 AJ pénal ; Dossier : *Loi du 17 juin 1998 : l'obligation de soins, 10 ans après* ; N°2/2009-février 2009 ; p.56

81 IBIB, P. 57

82 Op.cit. p.56

83 Les soins pénalement ordonnés, journée d'analyse des pratiques professionnelles CPIP 19, p 38

les faits qui lui sont reprochés ? N'existerait-il pas une présomption de culpabilité qui justifierait une telle mesure ? Comment travailler les soins si les faits ne sont pas reconnus ni par la justice ni par le prévenu ? Le danger serait de « *punir ou contrôler l'utilisateur pour ce qu'il est, ou pour ce que l'on pense qu'il est, indépendamment de ce qu'il a fait* », <sup>84</sup> et aboutissant à une « pénalisation de l'existence » qui « *consiste à gérer et maîtriser des comportements jugés déviants.* » <sup>85</sup>

L'obligation de soins s'inscrit donc progressivement comme un traitement de la dangerosité et de lutte contre la récidive. « *La perception de la justice se fonde essentiellement sur la gravité des dommages causés par l'infraction, méconnaissant parfois l'intérêt d'une évaluation médico-psychologique du rapport à l'alcool* » <sup>86</sup> ou des produits stupéfiants. Devant une réponse de plus en plus répressive et une évolution croissante des orientations médicales et des demandes d'analyses médicales, le juge ne deviendrait-il pas un prescripteur de soin ?

### **Section III : Les soins : obligation de moyens ou obligation de résultats ?**

Dans ces conditions, comment est-il possible d'envisager la prise en charge de l'obligation de soins ? En effet, face aux attentes des juridictions, à la pression sociale et politique, et à la réponse pénale systématique face à certains faits divers, la question de l'obligation de moyens semble au fil du temps remise en cause sur le principe de la minimisation des risques sociaux. Un glissement idéologique s'opère (paragraphe 1). La question de l'obligation de résultat devient de plus en plus prégnante dans les débats afin de légitimer de la lutte contre la récidive. Quelles sont alors les conséquences sur la politique des magistrats (paragraphe 2) ?

#### **Paragraphe 1 : Glissement idéologique : la lutte contre la récidive.**

Dès les années 1970, « *le toxicomane est un malade qu'il faut guérir de son vice. [...] L'obligation de soins vise à la guérison par l'abstinence obtenue à l'issue*

---

84 Marie Sophie Devresse : usagers de drogues et justice pénale, constructions et expériences ; collection : perspectives criminologiques ; Larcier , p 42

85 Clément Margaine: Etude des obligations applicables en milieu ouvert, une analyse de la dimension coercitive de la probation ; CIRAP ; Novembre 2016 ; P.67

86 Rapport d'information N°1811 de l'Assemblée Nationale ; p.146



*d'une cure de désintoxication.* »<sup>87</sup>La circulaire du Garde des Sceaux n°73-11 du 30/03/1973 vient corroborer cette idée que « *l'objectif visé est avant tout le traitement médical* » du condamné. L'obligation de soins viserait ainsi l'abstinence car celle-ci permettrait de s'assurer de la sortie de la délinquance et donc de lutter à la fois contre la récidive et la dangerosité d'une population cible. La loi du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui, bien que peu appliquée, « *a introduit l'idée qu'un individu peut se voir imposer un traitement s'il semble dangereux pour autrui du fait de sa consommation alcoolique.* »<sup>88</sup> Le prononcé par la justice de l'obligation de soins sous-tend alors l'idée de demander à la personne dépendante une guérison de sa maladie dans un but louable de protection sociale. Cette décision ne prend également pas en considération le temps nécessaire à cette supposée guérison, car on ne guérit pas de son addiction, mais on devient abstinent face à l'utilisation des produits. L'addiction est-elle alors considérée comme une maladie ou s'agit-il uniquement du traitement d'un délit ? « *L'objectif premier des soins n'est pas la prévention de la récidive : il s'agirait plutôt de la prévention de la rechute addictive* »<sup>89</sup>. Souvent concomitante avec d'autres délits (les vols, les violences conjugales sous l'effet de l'alcool, les CEA ...), la dangerosité d'une situation résulte le plus souvent du comportement de la personne que du produit qu'il consomme et de ces conséquences sanitaires. « *L'obligation de soins sera déterminée par les objectifs de l'institution pénale au lieu de l'être par des déterminants propres aux usagers et leurs caractéristiques personnelles.* »<sup>90</sup>

## **Paragraphe 2 : Conséquences sur la pratique des magistrats :**

En imposant à la personne condamnée une contrainte de soins, la question du contrôle de cette dernière se pose pour le législateur. La justification doit se faire auprès du juge. Il est cependant important de rappeler que le juge ne peut intervenir dans le déroulement des soins. Il ne contrôle que la régularité et le respect de l'obligation, peu importe que le condamné y adhère ou pas.

87 L.Simmat Durand : L'obligation de soins : une pratique ambiguë. In *Déviante et société*. 1999- Vol.213-N°4,p.422

88 Dominique Beynier : *L'obligation de soins comme alternative à la peine* ; Revue générale de droit médical, santé et droit, numéro spécial, 2010 p. 197

89 Colloque national Santé/Justice : peut-on soigner sous la contrainte ?; Les Actes, Intervention et Échanges, 22 et 23 mars 2007 ; Paris, p. 11

90 Marie Sophie Devresse : usagers de drogues et justice pénale, constructions et expériences ; collection : perspectives criminologiques ; Larcier , p 152

Que vient alors légitimer le justificatif de soins ? De prime abord, il vient confirmer que le délinquant/patient a fait une démarche de rencontre avec les services médicaux. En effet, la prise en charge médicale et l'adhésion aux soins, couvert par le secret médical, n'ont pas à être connu par le magistrat mandant.

Bien que l'obligation de soins soit de prime abord comprise comme une contrainte par le patient, il n'en demeure pas moins qu'elle peut être également considérée comme une incitation à se soigner. Il s'agit dès lors pour la justice de mettre en place, avec la personne condamnée, un engagement vers une démarche thérapeutique. Cette obligation devient alors un moyen de prendre en charge une population qui ne l'aurait pas fait spontanément.

Il s'agira pour le soignant de permettre à son patient une prise de conscience de son problème afin de faciliter le processus thérapeutique et éventuellement le processus de sevrage. En effet, « *L'obligation de soins peut dans un certains nombre de cas offrir au sujet devenu délinquant l'occasion d'une prise de conscience suffisamment décisive et constituer un puissant levier thérapeutique.* »<sup>91</sup>L'obligation de soins permet ainsi une rencontre entre deux monde que tout oppose, sous réserve que les prérogatives de chacun puissent être respectées.

L'obligation devient donc une obligation de rencontre. Mais, comment est-il alors possible de comprendre l'intervention des magistrats sur une demande de suivi particulier ou sur des demandes d'analyses médicales ? L'obligation de soins reste-t-elle, dans ces conditions, l'occasion d'une rencontre avec un soignant ou sert-elle l'objectif d'un contrôle de comportements à risque ?

### **Chapitre III : Le juge prescripteur de soin**

Dans son article "Consentement et injonction de soins", Viriot-Barrial Dominique confirme le fait que « *la situation judiciaire [d'un individu] est utilisée comme une possibilité non seulement d'établir un lien, mais encore de récupérer une dynamique de crise pour construire un projet thérapeutique qui permettra d'éviter la*

---

91 Rapport d'information N°1811 de l'Assemblée Nationale ; Rapport d'information déposé par la Commission des lois Constitutionnelles, de la Législation et de l'Administration Générale de la République, *sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice* ; présenté par M. Etienne Blanc, Député , en conclusion des travaux d'une mission d'information présidée par M. Jean-Luc Warsmann ; p 131

*récidive.* »<sup>92</sup>

Cependant, les politiques répressives centrées sur la dangerosité des individus délinquants semblent renforcer un souhait de contrôle plus accru de la part de certains magistrats. L'affaire dite de "Pornic" semble avoir eu pour conséquence de « *renforcer la place du contrôle en matière probatoire.* »<sup>93</sup> Le juge, dans un souci de réduction des risques et de la prévention de la récidive (section I), sera alors tenté de devenir prescripteur de soins (section II). Remettrait-il alors en cause le diagnostic médico-social pour un plan supérieur : la Loi et son application (section III) ?

### **Section I : Réduction des risques professionnels et prévention de la récidive.**

La gestion de la dangerosité et de la remise en cause de certains professionnels dans la médiatisation de certaines affaires judiciaires ont également participé à une politique de tolérance zéro afin de faire valoir un strict principe de précaution (Paragraphe 1) et ainsi répondre aux normes sociales de plus en plus pressante (paragraphe 2).

#### **Paragraphe 1 : Principe de précaution.**

L'obligation de soin « *fait prévaloir un strict principe de précaution et refusant conséquemment tout risque pénal* »<sup>94</sup> à venir. Paul MBANZOULOU et Philippe POTTIER ajoutent, par ailleurs, que la logique d'intolérance aux risques et de l'intensification de la surveillance « *illustrent la quête contemporaine d'une toujours plus grande transparence [...] au point que le secret des professionnels apparaît désormais [...] comme un obstacle à la mise en place de leurs politiques de sécurité* »<sup>95</sup> Cela explique entre autre la hausse de l'utilisation de l'expertise psychiatrique dans le cadre l'injonction de soins, qui s'est peu à peu étendue à tous les crimes ou délits dont le Suivi Socio-Judiciaire est encouru. La hausse de l'utilisation de l'expertise devient donc un outil indispensable car « *protéger la société, c'est d'abord dépister, diagnostiquer*

---

92 Les soins pénalement ordonnés, journée d'analyse des pratiques professionnelles CPIP 18 du 22 mai 2015 au 23 mai 2015; p 118

93 Clément Margaine: Etude des obligations applicables en milieu ouvert, une analyse de la dimension coercitive de la probation ; CIRAP ; Novembre 2016 ; P.12

94 Paul MBANZOULOU et Philippe POTTIER : Santé et Justice, savoirs et pratiques ; L'Harmattan, p 73

95 IBID, p.74

*pour ensuite contrôler, neutraliser et éventuellement soigner.»<sup>96</sup> Par ailleurs, cette logique de protection et de neutralisation pourraient expliquer le nombre de plus en plus croissant de demande d'analyse de sang et d'urine de la part des Juge de l'Application des Peines dans les affaires d'ILS, de CEA et de délits commis sous l'effet de l'alcool. Comme le souligne également Clément Margaine dans le cadre de l'obligation de soin, « en prononçant quasi automatiquement une obligation de soins ou en étendant et en systématisant l'injonction de soins, l'autorité judiciaire et le législateur renforcent la confusion entre la peine et le soin, entre le droit pénal et le traitement médical. Si le soin peut en effet apparaître comme une réponse adaptée lorsque l'individu souffre d'une réelle problématique nécessitant une prise en charge sanitaire, les professionnels rencontrés admettent que le recours systématique à l'obligation de soins ne se justifie pas toujours. »<sup>97</sup>*

Il existe donc une réelle volonté à vouloir minimiser l'impact de la récidive et de s'en protéger professionnellement. La remise en cause de plus en plus prégnante de la société civile envers le fonctionnement de la justice tend à vouloir « normaliser » son intervention, c'est-à-dire faire en sorte que la réponse judiciaire réponde à la norme sociale en vigueur.

## **Paragraphe 2 :L'obligation de soins en réponse à une norme sociale plus pressante ?**

*« La prescription à visée thérapeutique donnée à un sujet pris en charge par une institution ouverte ou fermée, lui ayant préalablement octroyé un statut, temporaire ou définitif, de déviant par la mise en évidence d'un écart aux normes qu'elle [l'institution] se donne, étant entendu que cette visée thérapeutique consiste à rendre le patient apte à une vie sociale de référence dite "normale" »<sup>98</sup>. A travers de l'obligation de soins ; il s'agit donc de faire du malade atteint d'une dépendance un citoyen répondant aux normes sociales en vigueur qui doit s'inscrire dans un parcours de soin afin de devenir abstinente, l'abstinence étant la norme sociale acceptable pour tous dans le cas des addictions. Néanmoins, il est important de souligner que la consommation de*

<sup>96</sup> AJ pénal ;Dossier : *Loi du 17 juin 1998 : l'obligation de soins, 10 ans après* ; N°2/2009-février 2009 ; p.56

<sup>97</sup> Clément Margaine: *Etude des obligations applicables en milieu ouvert, une analyse de la dimension coercitive de la probation* ; CIRAP ; Novembre 2016 ; P.62

<sup>98</sup> *Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente* ; écrit par Collectif, collection thème et commentaires, Ed. Dalloz ; 2002 ; P.8

produits alcoolisés n'est en aucun cas interdit, ni l'abus d'ailleurs, mais que les actes consécutifs à cette consommation peuvent être punissable par la Loi. Par ailleurs, « *la prise en compte chez le justiciable de troubles addictifs [...] potentiellement à l'origine de la récidive, relève plus directement du champ de l'obligation de soins. Or, les soins ordonnés par le juge ne reposent pas toujours sur des critères d'évaluations précises et fiables en matière d'addictologie[...] La pertinence des soins ordonnés peut apparaître dans ces conditions, discutable et peut être source d'incompréhension de la part des soignants et des justiciables* »<sup>99</sup>, car il s'agit avant tout de répondre à cette norme acceptable par tous. En effet, « *Cette dimension coercitive établissant une connexion entre morale et pénalité est, encore aujourd'hui, au cœur de la rationalité punitive applicable en milieu ouvert. Celle-ci conduirait alors les acteurs du milieu ouvert à devenir de véritables agents de la moralité qui, en se fondant sur ces obligations légales, chercheraient à rééduquer, C'est-à-dire traiter les détenus en leur inculquant des valeurs considérées comme légitimes par la société. Dans ce système, l'action de l'agent de probation est essentiellement dirigée vers une modification des comportements négatifs du délinquant et vers une acceptation par le délinquant des normes et valeurs socialement reconnues comme valables.* »<sup>100</sup>

Néanmoins, la pratique semble peu à peu amener les magistrats à orienter les condamnés vers des structures de soins spécialisées, en dehors de tout avis médical, et demander des analyses afin de confirmer la nécessité de l'abstinence ou de la poursuite de soins.

## **Section II : La question des analyses.**

La remise d'analyses à la demande des magistrats et l'orientation demandée dans le cadre de l'obligation de soins n'est pas sans poser des questions éthiques tant pour les professionnelles du soin que les Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation en charge du suivi des condamnés. En effet, comme le souligne Mme Piccinelli, « *cette situation particulière [en parlant de la prise en charge des personnes dépendantes] ne supporte pas non plus l'interchangeabilité des places. Le juge ne doit pas s'imaginer*

---

<sup>99</sup>Les soins obligés en addictologie; Santé-Justice; Paris ;Fédération Addiction, 2ème édition 2011, p.59

<sup>100</sup>Clément Margaine: Etude des obligations applicables en milieu ouvert, une analyse de la dimension coercitive de la probation ; CIRAP ; Novembre 2016 ; P.103

*thérapeute et le soignant ne doit pas avoir une attitude inquisitoire ou accusatrice [...] La prévention des infractions et de leur récurrence ne peut être que le fruit d'une prise en charge pluridisciplinaire liant la loi qui dit la sanction, une action socio-éducative et d'insertion et une prise en charge psychiatrique ou psychothérapeutique. Pour que la dialectique du soin et de la peine soit humainement féconde, il convient d'être particulièrement attentif aux limites déontologiques de chaque exercice professionnel. »<sup>101</sup>*

Cette limite est posée par l'Art R.3711-18 du CSP qui rappelle les champs d'intervention du juge dans le cadre de l'obligation de soins. Seule l'attestation remise par le condamné indique qu'il fait l'objet d'un suivi car : « *les relations entre la personne condamnée et le médecin traitant sont régies, sous réserve des dispositions du présent titre, par le code de déontologie médicale. Le Juge de l'Application des Peines ne peut intervenir dans le déroulement des soins décidés par le médecin traitant.* »

Cependant l'Art D.49-27-1° précise que « *le Juge de l'Application des Peines fixe les principales modalités d'exécution des peines privatives de liberté ou de certaines peines restrictives de libertés en orientant et en contrôlant les conditions de leur exécution, conformément aux principes fixés par l'article 707.* » L'article 712-6 du CPP autorise également le Juge de l'Application des Peines à prendre toute mesure permettant de « *s'assurer qu'un condamné respecte les obligations qui lui incombent.* » Quelles peuvent être les conséquences pour l'article 132-45-3 du CP? Comment le condamné peut-il justifier ses examens médicaux: par une attestation du médecin, ou une remise des résultats au juge mandant? Le Juge est-il alors en capacité de les interpréter? Que dire du respect des limites de chaque exercice professionnel, du secret médical et du libre consentement? En cas de non-respect de cette "demande d'analyse", la révocation ou le rejet d'aménagement de peine sont-ils envisageables ?

Dans son arrêt du 10 octobre 2006, L.L. contre France, la CEDH a conclu comme nous l'avons vu à la violation de l'article 8 (droit au respect de la vie privée et familiale) de la convention, le requérant dénonçant la production et l'utilisation de pièces médicales le concernant en justice, sans son consentement et sans qu'un médecin expert n'eût été commis à cet effet. Le refus de présenter une analyse médicale est-elle alors une violation de l'art 132-45-3 du CP, dès lors que le condamné justifie de son

---

<sup>101</sup>Les soins pénalement ordonnés, journée d'analyse des pratiques professionnelles CPIP 19, p 40

obligation de soins?

Par ailleurs, la Cour de Cassation dans son arrêt Criminel n°116 du 31 mars 2005, n°04-84.455, vient confirmer le principe que « *les juridictions de l'application des peines ne peuvent pas non plus révoquer ou retirer une mesure de milieu ouvert pour des motifs qui ne constitueraient pas une violation des obligations mises à la charge du condamné.* »<sup>102</sup>

Dans ces conditions, quel sens peut avoir cette demande qui est difficilement refusable par le condamné par crainte de se voir révoquer sa mesure ou de ne pas voir sa peine aménagée ? Quelle est alors la place de la prise en charge sanitaire si le juge devient prescripteur d'analyses ? Même dans le cadre des stupéfiants, cette demande est-elle justifiée et légitime ? Sans douter des compétences des juges, cela n'est-il pas du ressort d'un médecin que de lire et analyser les résultats médicaux et les mettre en perspective par rapport à la maladie et son évolution ?

Comme le souligne très bien Marie-Sophie Devresse, « *dans le cadre de sa mise à l'épreuve, l'usager devient dépositaire d'une sorte de confiance qu'on lui accorde, mais qui est sans cesse soumise à vérification.* »<sup>103</sup>

### **Section III : S'agit-il d'une remise en cause de l'évaluation médico-social au profit d'un plan supérieur : la Loi et son application ?**

L'obligation de soins pose un problème éthique nullement rencontré dans le cadre de l'injonction thérapeutique ou l'injonction de soins. En effet, ces mesures, bien que prononcées par la juridiction comme l'obligation de soin, permettent l'intervention d'un médecin relais et d'un médecin coordonnateur. Ces deux professionnels font ainsi le lien entre la prise en charge sanitaire et le magistrat. Par ailleurs, ces mesures ne sont prononcées que sur avis sur l'opportunité d'une telle obligation. Cela n'est pas le cas dans le cadre de l'obligation de soins qui est soumise à la seule appréciation des juges. « *Le magistrat devient prescripteur médical et le médecin [...] devient l'exécutant d'une sentence judiciaire.* »<sup>104</sup>

---

102Clément Margaine: Etude des obligations applicables en milieu ouvert, une analyse de la dimension coercitive de la probation ; CIRAP ; Novembre 2016 ; P.50-51

103Marie Sophie Devresse : usagers de drogues et justice pénale, constructions et expériences ; collection : perspectives criminologiques ; Larcier , p127

104Les soins pénalement ordonnés, journée d'analyse des pratiques professionnelles CPIP 19, p 38

Cependant force est de constater que même si certaines orientations peuvent être préconisées, rares sont les magistrats qui envisagent d'intervenir dans le processus de soins. Néanmoins, il est important de noter que l'obligation de soins, dans ce qu'elle impose à une personne à se soigner, peut cristalliser chez les soignants un « *chantage au traitement préconisé dans le but d'éviter la récidive [qui] apparaît inacceptable sur le plan éthique dans la mesure où il enfreint le principe de consentement libre et informé.* »<sup>105</sup>

L'obligation de soins est certes une obligation à la consultation spécialisée en vue de répondre à un problème sanitaire, mais il n'en demeure pas moins que le condamné reste libre de choisir son médecin traitant ou la structure où elle souhaite être suivie. L'objectif de l'obligation de soins n'est pas tant une obligation de suivi qui, si elle n'est pas respectée, peut entraîner la révocation de la mise à l'épreuve, que de permettre un espace de parole et d'écoute afin que la personne suivie recouvre l'espace de liberté qu'elle a perdu par son addiction. « *L'obligation de soins offre la possibilité de se soigner à des personnes qui n'auraient sans doute jamais fait la demande d'un suivi psychologique, médical ...* »<sup>106</sup>

En consacrant la notion de dangerosité, le droit pénal tente de sauvegarder l'intérêt général du risque de récidive tout en faisant du délinquant un objet dangereux qu'il faut soigner. L'obligation de soins, objet de multiple critique et d'incompréhension par les professionnels du soin et des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation, impose une improbable rencontre entre deux institutions que tout semble opposer. Le renforcement des dispositions législatives tend à "normaliser" les comportements au risque de faire de l'abstinence la seule règle envisageable dans les situations d'addiction, au mépris de l'histoire et du vécu de la personne. Les demandes des magistrats tendent donc à répondre à cette nouvelle normalisation sans pour autant oublier que la loi est parfois la première à signifier qu'un problème existe. Prescripteur ou non de soins, le juge se doit de garantir la sécurité de tous dans les limites déontologiques de chacun. L'obligation de soins permettrait ainsi la rencontre entre un délinquant/patient avec le milieu médical afin de rompre avec un comportement dangereux pour lui et pour autrui.

---

105IBID

106Op.cit ; p.40



## **Conclusion :**

« Le développement des “obligations de soins”, et autres “injonctions thérapeutiques” [...] amène une confusion toujours plus grande entre le châtement et le soin, dont Foucault avait annoncé qu’elle était caractéristique des sociétés disciplinaires »<sup>107</sup>. L’obligation de soins répond ainsi à une nécessité de surveillance d’une population à risque, considérée comme dangereuse dans l’usage qu’elle fait des produits psychoactifs, car elle est plus à même de récidiver .

Surveiller demande donc d’évaluer les risques et ainsi répondre aux politiques de santé publique. Le soin devient ainsi un moyen de contrôle d’une population cible et à risque. S’agit-il alors de prendre en charge l’individu au vu du délit qu’il a commis, ou de répondre à un intérêt supérieur ?

Les demandes des magistrats à obtenir des personnes condamnées des analyses qu’elles soient sanguines ou urinaires, ne s’inscriraient-elles pas dans cette volonté de répondre à un contrôle de ces populations ? ; et cela au détriment de certain droit fondamentaux comme : celui de disposer de son corps, de consentir aux soins, de consentir aux examens médicaux demandés et enfin de consentir à la lecture de ses analyses.

L’obligation de soin s’inscrit donc dans cette idée qu’il est impératif de punir et de ne pas laisser une infraction sans réponse pénale. Cela met intrinsèquement en œuvre un souci d’évaluation et d’expertise qui tend progressivement à “psychiatriser” ou “médicaliser” l’acte délictuel afin de s’en prévenir. L’espace de travail dessiné par l’obligation de soin devient ainsi un espace où la notion d’évaluation prend une place de plus en plus prégnante. Le Diagnostic à visée criminologique ou la contrainte pénale, issue de la loi du 15 août 2014, mettent en avant cet impératif de diagnostic afin d’évaluer la dangerosité des individus et proposer à la fois un suivi individualisé et un rythme de rencontre.

Existe-t-il alors une marge de manœuvre pour le SPIP entre la demande du juge d’obtenir des justificatifs d’analyses, les droits des condamnés et les exigences de l’Administration Pénitentiaire ? Que devient l’éthique professionnel du CPIP dans la prise en charge de l’obligation de soin ?

---

<sup>107</sup>Frédéric Gros, Foucault et la société punitive, pouvoir 2010/4 (n°135), p13 ; DOI 10.3917/pouv.135.0005

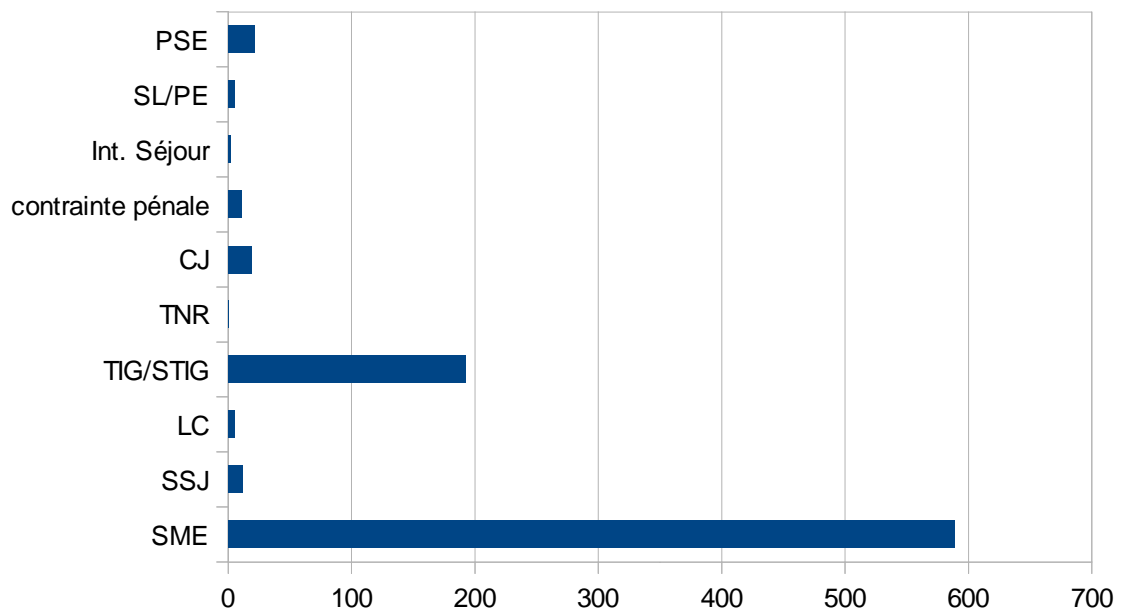
## **ANNEXES**

|   |     |
|---|-----|
| Annexe 1 : Intervention en milieu ouvert SPIP Antenne de Cherbourg au 01/03/2016  | p52 |
| Annexe 2 : Obligation de soin en milieu ouvert au SPIP de la Manche au 01/03/2016   | p53 |
| Annexe 3 : Obligation de soin en milieu ouvert au SPIP de Cherbourg au 01/03/2016   | p54 |
| Annexe 4 : Décret du 01/04/1952 : Décret portant règlement d'administration publique pour l'application de l'article 6 de la loi du 14 août 1885 sur les moyens de prévenir la récidive.    | p55 |
| Annexe 5 : Loi du 15 avril 1954, portant sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui.   | p57 |
| Annexe 6 : Circulaire (Nor : Jus. A. 8700057C) du 12 mai 1987 : Coopération entre les autorités judiciaires et les autorités sanitaires et sociales en application de la loi du 31/12/1970. | p61 |
| Annexe 7 : Circulaire (Nor : JUSA 8700055C) du 12 mai 1987 sur l'application de la législation sur les stupéfiants.   | p67 |
| Annexe 8 : Circulaire GDS n°73-11 du 30 mars 1973.  | p76 |
| Annexe 9 : Avis 94-60 CNCDH.  | p80 |
| Annexe 10 : Circulaire n°69F389 du 17 mai 1978.   | p83 |
| Annexe 11 : Décret no 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.  | p88 |
| Annexe 12 : Loi 53-1270 du 24 décembre 1953   | p93 |
| Annexe 13 : Loi 70-1320 du 31 décembre 1970   | p95 |
| Annexe 14 : Note de service   | p98 |

## Annexe 1

### Intervention en milieu ouvert SPIP Antenne de Cherbourg au 01/03/2016

| Mesures           | En cours au dernier jour du mois 29/02/2016 |
|-------------------|---|
| SME               | 589   |
| SSJ               | 12  |
| LC                | 5   |
| TIG/STIG          | 193   |
| TNR               | 1   |
| CJ                | 19  |
| contrainte pénale | 11  |
| Int. Séjour       | 2   |
| SL/PE             | 5   |
| PSE               | 22  |
| <b>TOTAL</b>      | <b>859</b>                                  |



## Annexe 2

### Obligation de soin en milieu ouvert au SPIP de la Manche au 01/03/2016

| Mesures                        | En cours au premier jour du mois | Obligation de soins | Obligations précisées | Types de soins demandés |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |
|--------------------------------|----------------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|---------------|---------------|--------------|-----------|-------------|---------------------------|----------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------|--------------------|----------------------------------|-----------------------------|
|                                |                                  |                     |                       | Psychologique           | Psychiatrique | Toxicologique | Addictologie | Alcool    | Stupéfiants | psychiatrique+stupéfiants | Psychiatrique+alcool | Psychologique+addictologie | Psychologique+stupéfiants | Psychologique+alcool | Alcool+stupéfiants | Alcool+stupéfiants+psychologique | psychologique+psychiatrique |
| SME                            | 1459                             | 1060                | 104                   | 22                      | 3             | 11            | 4            | 25        | 18          | 1                         | 4                    | 2                          | 2                         | 12                   |                    |                                  |                             |
| SSJ*                           | 55                               | 38                  |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |
| LC                             | 18                               | 2                   |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |
| TIG/STIG                       | 374                              | 52                  | 3                     | 1                       | 1             |               |              | 1         |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |
| TNR                            | 14                               | 0                   |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |
| CJ                             | 76                               | 31                  | 13                    | 4                       |               | 1             |              |           | 1           |                           |                      |                            | 2                         | 2                    | 1                  | 1                                | 1                           |
| Int. Séjour                    | 2                                | 0                   |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |
| SL/PE                          | 11                               | 1                   |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |
| PSE                            | 68                               | 5                   |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |
| LSC PSE                        | 2                                | 0                   |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |
| LSC SL                         | 0                                | 0                   |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |
| Réduction peine Conditionnelle | 1                                | 0                   |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |
| Contrainte pénale              | 16                               | 14                  | 2                     | 1                       |               |               |              |           |             |                           |                      | 1                          |                           |                      |                    |                                  |                             |
| Suspension de peine            | 1                                | 0                   |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |
| Surveillance Judiciaire        | 2                                | 2                   |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>2099</b>                      | <b>1205</b>         | <b>122</b>            | <b>28</b>               | <b>4</b>      | <b>12</b>     | <b>4</b>     | <b>26</b> | <b>19</b>   | <b>1</b>                  | <b>4</b>             | <b>3</b>                   | <b>4</b>                  | <b>14</b>            | <b>1</b>           | <b>1</b>                         | <b>1</b>                    |

\* Pour le SSJ, il s'agit d'une injonction de soin dans la majorité des cas soit psychologiques ou psychiatriques.

### Annexe 3

## Obligation de soin en milieu ouvert au SPIP de Cherbourg au 01/03/2016

| Mesures           | En cours au premier jour du mois | Obligation de soins | Obligations précisées | Types de soins demandés |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |                              |
|-------------------|----------------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|---------------|---------------|--------------|-----------|-------------|---------------------------|----------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------|--------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
|                   |                                  |                     |                       | Psychologique           | Psychiatrique | Toxicologique | Addictologie | Alcool    | Stupéfiants | psychiatrique+stupéfiants | Psychiatrique+alcool | Psychologique+addictologie | Psychologique+stupéfiants | Psychologique+alcool | Alcool+stupéfiants | Alcool+stupéfiants+psychologique | psychologique+psychiatrique | Examen médical + traitements |
| SME               | 589                              | 346                 | 24                    | 4                       |               | 2             |              | 13        | 2           |                           |                      |                            |                           | 3                    |                    |                                  |                             |                              |
| SSJ*              | 12                               | 12                  |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |                              |
| LC                | 5                                | 3                   |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |                              |
| TIG/STIG          | 193                              | 43                  | 1                     |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             | 1                            |
| TNR               | 1                                | 0                   |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |                              |
| CJ                | 19                               | 8                   | 4                     | 1                       |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      | 1                  | 1                                | 1                           |                              |
| Int. Séjour       | 2                                | 0                   |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |                              |
| SL/PE             | 5                                | 5                   |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |                              |
| PSE               | 22                               | 21                  |                       |                         |               |               |              |           |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |                              |
| Contrainte pénale | 11                               | 9                   | 1                     |                         |               |               |              | 1         |             |                           |                      |                            |                           |                      |                    |                                  |                             |                              |
| <b>TOTAL</b>      | <b>859</b>                       | <b>447</b>          | <b>30</b>             | <b>5</b>                |               | <b>2</b>      |              | <b>14</b> | <b>2</b>    |                           |                      |                            |                           | <b>3</b>             |                    | <b>1</b>                         | <b>1</b>                    | <b>2</b>                     |

\* Pour le SSJ, il s'agit d'une injonction de soin dans la majorité des cas soit psychologiques ou psychiatriques.

## Annexe 4

### **Décret du 1er avril 1952 : Décret portant règlement d'administration publique pour l'application de l'article 6 de la loi du 14 août 1885 sur les moyens de prévenir la récidive**

#### Art. 1er.

L'arrêté admettant un détenu au bénéfice des dispositions de l'article 2 de la [loi du 14 août 1885](#) est pris par le garde des sceaux, ministre de la justice. La [libération conditionnelle](#) s'effectue par levée d'[écrou](#) après lecture à l'intéressé de cet arrêté. Il est remis au libéré un permis mentionnant son identité et sa situation pénale et contenant une ampliation de l'arrêté ainsi que du procès-verbal visé à l'article 2 (alinéa 2) du présent règlement.

#### Art. 2.

L'arrêté porte, entre autres mentions, le nom du détenu libéré, l'indication de l'établissement de [détention](#), la date à compter de laquelle la libération conditionnelle est accordée, le lieu où l'intéressé doit fixer son domicile, le délai pour se rendre à ce lieu, l'indication des autorités que le libéré doit aviser de son arrivée, les conditions dans lesquelles il pourra, soit changer de domicile, soit effectuer de courts déplacements hors de ce domicile, éventuellement les conditions particulières auxquelles est subordonné l'octroi ou le maintien de la liberté, conformément aux dispositions de l'article 3 du présent règlement.

Le procès-verbal indique notamment la date à laquelle il est dressé, les noms du chef de l'établissement de détention ou de son représentant et du détenu ; il fait mention de l'acceptation par le libéré des obligations résultant de libération conditionnelle ; il porte la signature des personnes désignées ci-dessus.

#### Art. 3.

L'octroi ou le maintien de la liberté peut être subordonné à l'observation de l'une ou de plusieurs des conditions suivantes fixées par l'arrêté de libération conditionnelle :

Placement sous le patronage de l'un des comités d'assistance aux détenus libérés, définis par l'article 6 du présent règlement ;

Remise de tout ou partie du pécule du libéré audit comité, à charge de le lui restituer par fractions ;

Placement dans une œuvre privée acceptant d'héberger des détenus libérés ;

Engagement dans les armées de terre, de mer ou de l'air dans les cas où la loi du 31 mars 1928 autorise de tels engagements, ou dans la légion étrangère ;

Payement des sommes dues au Trésor, paiement des dommages et intérêts dus à la victime ou à ses représentants locaux ;

Fréquentation régulière d'un dispensaire en vue d'y recevoir un traitement ;

S'il s'agit d'étrangers et dans le cas où cette mesure serait jugée nécessaire, expulsion hors du territoire national dans les conditions prévues par l'ordonnance du 2 novembre 1945.

#### Art. 5.

Le service social des prisons a pour objet de veiller au relèvement moral des détenus et de faciliter leur reclassement après leur libération.

Le service est assuré dans tout établissement pénitentiaire par un ou plusieurs assistants sociaux ou assistantes sociales recrutés sur contrat ou mis à la disposition du ministère de la justice par des organismes publics ou privés. Ces assistants et assistantes ont libre accès dans les locaux de détention.

Des visiteurs de prisons bénévoles, agréés par le garde des sceaux, ministre de la justice, ont également accès aux locaux de détention pour aider les assistants et assistantes.

Les uns et les autres peuvent, sous réserve des dispositions de l'article 613 du code d'[instruction criminelle](#), s'entretenir en dehors de toute autre présence avec chacun des détenus.

Le garde des sceaux, ministre de la justice, peut, par mesure individuelle, retirer l'agrément ainsi accordé. En cas d'urgence, le procureur de la République peut suspendre cet agrément.

#### Art. 6.

Dans chaque département, un comité d'assistance aux détenus libérés a pour mission de veiller sur la conduite des libérés conditionnels astreints à une mesure de contrôle par application de l'article 6 de la loi du 14 août 1385 et de rechercher un placement pour les libérés définitifs ou conditionnels.

Ce comité, composé de membres bénévoles agréés par le garde des sceaux, ministre de la justice, est présidé par le président d'un des tribunaux de première instance du département.

Dans les départements dont la population est supérieure à 500.000 habitants, il peut exister plusieurs comités. Le garde des sceaux déterminera, par arrêté, leur siège et l'étendue de leur circonscription.

L'un des assistants sociaux ou des assistantes sociales d'un des établissements pénitentiaires du département est chargé, sous le contrôle du président du comité, d'assurer la coordination des services s'occupant des détenus et des libérés conditionnels et le fonctionnement du secrétariat du comité.

#### Art. 7.

Le garde des sceaux, ministre de la justice, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

## Annexe 5

### **Loi du 15 avril 1954, portant sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui.**

Titre Ier. - Prophylaxie et cure.

Art. 1er. - Tout alcoolique dangereux pour autrui est placé sous la surveillance de l'autorité sanitaire.

Art. 2. - Tout alcoolique présumé dangereux doit être signalé à l'autorité sanitaire par les autorités judiciaires ou administratives compétentes dans les deux cas suivants :

Lorsque à l'occasion de poursuites judiciaires, il résultera de l'instruction ou des débats des présomptions graves, précises et concordantes permettant de considérer la personne poursuivie comme atteinte d'intoxication alcoolique ;

Sur le certificat d'un médecin des dispensaires, des organismes d'hygiène sociale, des hôpitaux, des établissements psychiatriques.

L'autorité sanitaire peut également se saisir d'office à la suite du rapport d'une assistante sociale lorsque celle-ci se sera rendu compte du danger qu'un alcoolique fait courir à autrui.

Art. 3. - L'autorité sanitaire, saisie du cas d'un alcoolique signalé comme dangereux, fait procéder à une enquête complémentaire sur la vie familiale, professionnelle et sociale et simultanément à un examen médical complet de l'intéressé. Chaque fois que le maintien en liberté de l'alcoolique paraît possible, l'autorité sanitaire essaie par la persuasion de l'amener à s'amender. A cet effet, l'intéressé est placé sous la surveillance des dispensaires d'hygiène sociale ou des formations sanitaires diverses relevant d'organismes publics ou privés, secondés par les sociétés antialcooliques reconnues d'utilité publique.

Art. 4. - Quand le maintien en liberté ne paraît pas possible ou en cas d'échec de la tentative de persuasion prévue à l'article 3 et sur requête d'une commission médicale, l'alcoolique estimé dangereux par elle peut être cité par le procureur de la République devant le tribunal civil siégeant en chambre de conseil.

Le tribunal, s'il reconnaît que l'alcoolique est dangereux, peut ordonner son placement dans l'un des établissements visés à l'article 5. Dans le mois de la signification de cette décision, appel pourra être interjeté devant la cour d'appel statuant en chambre du conseil. L'appel n'est pas suspensif.

Art. 5. - Dans un délai de six mois à compter de la publication du règlement d'administration publique prévu à l'article 13, des centres de rééducation pour alcooliques devront être constitués auprès de hôpitaux existants. Dans tous les cas, ils seront dotés d'un régime particulier et adaptés à leur mission de rééducation.

Dans un délai de deux ans à compter de ladite promulgation, il sera créé des "centres de rééducation spécialisés" ayant pour but :

La désintoxication des alcooliques et leur rééducation ;

L'isolement de ceux d'entre eux qui constituent un danger pour eux-mêmes ou pour autrui ;

Un règlement d'administration publique déterminera les cas dans lesquels les départements seront tenus, avec l'aide de l'État, de prendre les mesures nécessaires pour



permettre le placement des alcooliques dangereux dans l'un des établissements visés au présent article, soit en procédant eux-mêmes, dans un établissement départemental, aux constructions et aménagements nécessaires, soit en créant, à cet effet, un établissement départemental, soit en traitant avec un établissement public ou privé.

Art. 6. - Lorsqu'un alcoolique reconnu dangereux est en même temps atteint de troubles mentaux susceptibles de motiver son placement dans un hôpital psychiatrique, il lui est fait application des dispositions de la loi du 30 juin 1838. Toutefois, dès que le passage de l'internement volontaire ou d'office prévu par ladite loi au placement dans un centre de rééducation pour alcooliques est jugé possible par le médecin chef du service, l'autorité sanitaire est saisie et soumet le cas à l'avis de la commission médicale. Il est, ensuite, procédé conformément aux dispositions de l'article 4.

Lorsque l'alcoolique reconnu dangereux se trouve être détenu pour une raison quelconque, le placement dans un centre de rééducation spécialisé a lieu à l'expiration de la [détention](#).

Art. 7. - Le placement est ordonné pour six mois. Il peut, dans les conditions prévues à l'article 4, être prolongé pour de nouvelles périodes inférieures ou égales à six mois. Il prend fin dès que la guérison paraît obtenue.

Pendant la durée du placement, des sorties d'essai pourront être autorisés par le médecin chef du centre de rééducation.

L'alcoolique peut toujours demander à la commission médicale du lieu de placement à comparaître à nouveau devant le tribunal en vue de mettre fin au placement.

La commission doit, dans la quinzaine de la réception de la demande, transmettre avec son avis motivé au procureur de la République qui saisit immédiatement le tribunal dans le [ressort](#) duquel se trouve le centre de rééducation spécialisé, dans les conditions prévues à l'article 4.

A sa sortie de l'établissement de cure, l'intéressé demeurera, pendant un an, sous la surveillance d'un dispensaire d'hygiène mentale ou, à défaut, d'hygiène sociale.

Art. 8. - Le malade qui se soustrait à l'examen médical visé à l'article 3 est passible d'une amende de 200 à 1.000 F ; en cas de récidive il pourra être condamné à huit jours d'emprisonnement au plus.

Le malade qui quitte sans autorisation l'établissement où il a été placé par le tribunal est passible de 200 à 1.000 F d'amende et de huit jours d'emprisonnement au plus ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 9. - Les frais de placement sont couverts dans les mêmes conditions que pour les cas d'hospitalisation. Sont notamment applicable les lois sur la sécurité sociale et les lois sur l'assistance. Dans ce dernier cas, les dépenses résultant de l'application des présentes dispositions sont inscrites au budget départemental et sont réparties entre l'État, les départements et les communes dans les conditions fixées par le décret du 30 octobre 1935 sur l'unification et la simplification des barèmes en vigueur pour l'application des lois d'assistance.

Art. 10. - Les dispositions des articles 31 à 40 de la loi du 30 juin 1838 sont applicables aux personnes placées dans un des centres de rééducation spécialisés créés par l'article 5 de la présente loi.

Le tribunal, statuant en chambre du conseil, pourra également autoriser la femme à résider séparément, conformément à l'article 215 du code civil, fixer la contribution des époux aux charges du ménage et ordonner la saisie-arrêt d'une part du salaire, du produit

du travail ou des revenus du conjoint défaillant, le jugement étant exécutoire par provision nonobstant opposition ou appel. Il pourra se prononcer sur le placement des enfants, le retrait du droit de garde et sur l'application de l'article 9 (§ 3) de la loi n° 46-1835 du 22 août 1946 organisant la tutelle des allocations familiales, ainsi que sur toutes les questions que pourraient poser les mesures de placement ou de retrait du droit de garde ou de surveillance qu'il a ordonnées.

Titre II. - Mesures de défense.

Art. 11. - Les officiers ou agents de la police administrative ou judiciaire doivent, lors de la constatation d'un crime, d'un délit ou d'un accident de la circulation, faire procéder, sur la personne de l'auteur présumé, aux vérifications médicales, cliniques et biologiques, destinées à établir la preuve de la présence d'alcool dans son organisme, lorsqu'il semble que le crime, le délit ou l'accident a été commis ou causé sous l'empire d'un état alcoolique. Dans le cas d'un accident matériel, il ne sera procédé à cet examen que si le ou les auteurs présumés semblent en état d'ivresse. Dans tous les cas où il peut être utile, cet examen est également effectué sur la victime.

Art. 12. - Lorsque le fait qui a motivé des poursuites en matière pénale peut être attribué, après avis de la commission médicale, à un état alcoolique chronique, la juridiction répressive saisie de la poursuite pourra interdire, à titre temporaire, à l'individu condamné, l'exercice des emplois des services publics ou concédés où la sécurité est directement en cause, ainsi que la délivrance du permis de chasse. En cas de récidive, l'interdiction pourra être prononcée à titre définitif.

Toute infraction aux interdictions prévues à l'alinéa précédent sera punie d'une amende de 12.000 à 50.000 F. En cas de récidive, l'amende pourra être portée au double, et une peine de prison de six mois à un an pourra être prononcée.

Art. 13. - Un décret pris en la forme d'un règlement d'administration publique déterminera :

Les modalités de l'examen médical de l'alcoolique présumé dangereux prévu à l'article 3 ;

La composition et l'organisation des commissions médicales prévues à l'article 4 ;

Les mesures qui devront être prises pour faciliter la pratique des examens prévus à l'article 11 pour établir les diagnostics concernant l'alcoolisme ;

Les conditions d'établissement et de fonctionnement des centres et sections de rééducation spécialisés prévus à l'article 5.

Art. 14. - Un règlement d'administration publique, pris après avis du Conseil économique, pour l'application des répercussions et conséquences de la présente loi sur les lois d'assistance et de solidarité sociale, déterminera les obligations auxquelles seront soumis les alcooliques reconnus dangereux qui bénéficient de ces lois, ainsi que les sanctions encourues en cas d'inexécution de ces obligations.

Art. 15. - Les conditions d'application des autres dispositions de la présente loi seront déterminées par un règlement d'administration publique.

Art. 16. - La présente loi est applicable dans les départements et territoires d'outre-mer, au Cameroun et au Togo. Un règlement d'administration publique y déterminera les modalités d'application et les adaptations nécessaires de la présente loi, notamment les articles 5 et 9. Les règlements d'administration publique prévus aux articles 13, 14 et 15 ne seront pas applicables dans ces territoires.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'État.

## Annexe 6

Paris, le 12 mai 1987

LE GARDE DES SCEAUX, MINISTRE DE LA JUSTICE

LE MINISTRE DELEGUE  
AUPRES DU MINISTRE DES  
AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI  
CHARGE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE

Messieurs les PROCUREURS GENERAUX  
Messieurs les PREFETS, COMMISSAIRES DE LA REPUBLIQUE  
Messieurs les DIRECTEURS DEPARTEMENTAUX DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

NOR : JUS. A. 87 00057 C

O B J E T .- Coopération entre les autorités judiciaires et les autorités sanitaires et sociales pour l'application de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses.

Le développement alarmant de la toxicomanie dans notre pays, la délinquance qu'elle engendre et les nouvelles formes de maladie dont elle favorise la propagation ont conduit le Gouvernement à multiplier les campagnes d'information, renforcer l'effort de prévention, aggraver la répression des faits de trafic.

Certaines de ces mesures ont déjà été mises en oeuvre avec le concours des départements ministériels concernés; d'autres seront prochainement soumises au Parlement.

L'action engagée pour lutter contre l'usage illicite de produits stupéfiants - dont le législateur avait, en 1970, rappelé l'interdiction - doit tenir le plus grand compte de la variété des situations individuelles et de la nécessité de protéger notre société.

Encore faut-il appliquer la loi et tout mettre en oeuvre pour inciter l'usager à se faire soigner; à cet égard, les Procureurs généraux vont être destinataires, pour ce qui les concerne, d'une circulaire (1) définissant les principes qui, désormais devront guider leur action en la matière.

Mais le bon déroulement de la procédure de l'injonction thérapeutique, de la cure de désintoxication et des mesures de surveillance médicale suppose impérativement que s'instaurent entre les autorités judiciaires et les autorités des affaires sanitaires et sociales des relations aussi étroites et confiantes que possible, dans le strict respect des attributions de chacun.

.../

---

(1) dont les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales seront destinataires pour information.

A votre initiative, devront être prises localement, en tenant compte de la spécificité de chaque région, département ou ville, toutes dispositions pour que l'action des magistrats et des fonctionnaires placés sous vos autorités respectives soit animée par l'unique souci de donner son plein effet à la loi précitée.

A cet égard, vous pourriez utilement vous inspirer des pratiques actuellement en vigueur dans les ressorts des tribunaux de grande instance de PARIS, CRETEIL et BORDEAUX. L'économie en est décrite, de façon schématique, dans les fiches ci-jointes et des précisions complémentaires peuvent être obtenues en s'adressant directement à ces trois parquets et aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales concernées.

Pour assurer le succès de cette opération, il convient que les Directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales soient attentifs à l'information régulière des Procureurs de la République sur le "suivi", par le toxicomane, de l'injonction thérapeutique ou de la cure de désintoxication.

\* \* \*

Vous veillerez personnellement à la réussite de cette entreprise, à laquelle nous attachons tous deux une particulière importance et vous voudrez bien, avant le 1er juillet 1987, nous rendre compte, en nous adressant respectivement tous éléments d'information nécessaires, des dispositions que vous aurez prises.



Albin CHALANDON



Michèle BARIACH

INJONCTION THERAPEUTIQUE  
PRATIQUE SUIVIE PAR LE PARQUET DE PARIS

---

L'interpellation de tout usager de stupéfiants donne lieu à l'établissement de procès-verbaux avec mention des antécédents connus des services de police. Pendant la durée de la garde à vue, ces derniers réunissent des éléments d'information sur sa situation matérielle, familiale et sociale.

- \* Si l'usager de drogue ne paraît relever d'aucun traitement, il est remis en liberté après avoir été averti par le service interpellateur des dangers que comporte la consommation de produits stupéfiants. La procédure transmise au parquet est classée sans suite.
- \* Si, en cas de réitération, une enquête rapide ou tout autre élément d'information permet d'établir que l'intéressé offre des garanties d'insertion sociale, il est présenté au substitut qui le remet en liberté après l'avoir averti qu'il pourra faire l'objet de poursuites en cas de nouvelle infraction.
- \* Si l'intéressé présente des signes d'intoxication, il fait l'objet d'une injonction thérapeutique et est immédiatement dirigé vers un médecin-inspecteur de la D.A.S.S. (disposant d'un bureau au Palais de Justice), qui prend toutes les décisions utiles pour l'orienter éventuellement sur la structure médicale la plus adaptée à sa situation. Il est ensuite remis en liberté.
- \* Si l'usager refuse l'alternative thérapeutique, il fait l'objet de poursuites immédiates.

\* \* \*

La section du parquet chargée des stupéfiants veille, en liaison directe avec la D.A.S.S., à l'exécution du traitement et décide de la nécessité de poursuites pénales en cas de non exécution des prescriptions médicales.

---

INJONCTION THERAPEUTIQUE  
PRATIQUE SUIVIE PAR LE PARQUET DE CRETEIL

---

Tous les toxicomanes interpellés par les services de police et de gendarmerie sont présentés au parquet et, s'ils sont usagers d'habitude, font l'objet de la procédure d'injonction thérapeutique.

Pour la mise en oeuvre de celle-ci, les toxicomanes sont reçus séparément et informés de leur situation judiciaire ainsi que des conséquences que l'usage illicite de produits stupéfiants peut avoir sur leur état de santé.

Ils sont ensuite adressés directement au centre antitoxicomanie dépendant de la D.D.A.S.S. pour y être pris en charge.

L'information des médecins de cette administration est facilitée par l'établissement, au cours de la garde à vue, d'une fiche signalétique individuelle comportant différents renseignements d'ordre juridique et mentionnant l'état d'intoxication du patient selon ses propres dires (usage d'une ou de plusieurs drogues spécifiques, degré d'accoutumance à cette pratique etc...).

Une fois l'usager reçu et examiné au Centre, le médecin-chef fait savoir au parquet s'il paraît ou non relever d'un traitement.

Dans l'affirmative, le dossier de l'intéressé est mis en instance au parquet jusqu'à réception soit d'un "avis de fin de cure", auquel cas l'affaire est classée, soit d'un avis d'interruption volontaire de la cure, ce qui donne lieu à des poursuites judiciaires par voie de citation directe.

Dans la négative, le dossier fait l'objet, de la part du parquet, d'une décision de classement.

Enfin, lorsque l'usager ne se présente pas à la D.D.A.S.S. des poursuites judiciaires par voie de citation directe sont engagées contre lui.

---

INJONCTION THERAPEUTIQUE  
PRATIQUE SUIVIE PAR LE PARQUET DE BORDEAUX

---

\* Le service qui a procédé à l'interpellation se met en rapport, pendant le délai de garde à vue, avec le substitut de permanence; celui-ci décide :

- soit de la mise en liberté après que l'usager ait été invité à se rendre au parquet où il lui sera proposé de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique;

Avis est donné à l'intéressé que s'il ne se présente pas à la convocation, il fera l'objet de poursuites sur le fondement de l'article L.628 du code de la santé publique.

- soit de la conduite au parquet aux fins de comparution immédiate, convocation par procès-verbal ("rendez-vous judiciaire") ou ouverture d'information.

Dans cette deuxième hypothèse, l'infraction d'usage illicite de stupéfiants peut faire l'objet d'une disjonction permettant, le cas échéant, la poursuite immédiate des autres infractions tout en laissant ouverte la voie de l'injonction thérapeutique.

\* Un mineur usager de stupéfiants est convoqué avec l'un de ses parents.

\* Le délai entre la date de la constatation de l'infraction et la date de la convocation est d'une quinzaine de jours environ.

\* \* \*

Le substitut spécialisé en matière de stupéfiants reçoit l'intéressé en présence d'un médecin inspecteur de la santé (D.D.A.S.S.).

Après lui avoir rappelé que des présomptions d'usage illicite de stupéfiants pèsent à son encontre, ce magistrat lui indique qu'il a la possibilité d'éviter des poursuites pénales s'il accepte de se soumettre à un contrôle médical et de recevoir les soins qui pourraient éventuellement être jugés nécessaires par l'autorité sanitaire.

.../



- Si l'usager refuse l'alternative thérapeutique, des poursuites sont exercées selon la procédure de rendez-vous judiciaire;

- Si l'usager l'accepte, s'engage un entretien, conduit par le médecin inspecteur de la santé, qui vise à déterminer le centre le plus adapté tant à la demande de la personne en cause qu'aux nécessités médicales.

Un rendez-vous est aussitôt fixé avec ce centre (dans un délai de quelques jours voire de quelques heures en cas d'urgence).

Un engagement tripartite est alors immédiatement pris et signé :

- \* l'intéressé accepte de se soumettre à un examen médical et, éventuellement, au traitement qui pourrait lui être prescrit sous le contrôle de la D.D.A.S.S.;
- \* l'autorité sanitaire met à sa disposition les structures médicales les mieux adaptées;
- \* le magistrat du ministère public suspend la procédure judiciaire et la classe sans suite une fois avisé par la D.D.A.S.S. que l'intéressé a satisfait, très exactement et jusqu'à leur terme, aux prescriptions médicales.

L'échange d'informations sur les personnes ayant fait l'objet d'une injonction thérapeutique est hebdomadaire.

En cas de manquement aux engagements pris par l'intéressé, des poursuites sont exercées par voie de citation directe.

## Annexe 7

PARIS, le 12 MAI 1987

MINISTÈRE  
DE LA JUSTICE

LE GARDE DES SCEAUX, MINISTRE DE LA JUSTICE

LE GARDE DES SCEAUX

à

NO R JUSA8700055C

Messieurs les PROCUREURS GÉNÉRAUX

MESDAMES ET MESSIEURS LES PROCUREURS DE LA RÉPUBLIQUE

-----

### O B J E T : APPLICATION DE LA LEGISLATION SUR LES STUPEFIANTS.

La lutte contre la toxicomanie et le trafic de produits stupéfiants constitue l'une des priorités de l'action du Gouvernement. La multiplication inquiétante des infractions d'usage et de trafic constatées au cours des dernières années, la gravité des actes de délinquance liés à la recherche et à la consommation de drogues, les risques que la toxicomanie fait courir à la santé publique avec le développement du SIDA, exigent une ferme réaction des pouvoirs publics.

Si l'information et la prévention doivent revêtir, en ce domaine, une importance toute particulière, il s'impose également d'assurer et d'accentuer la répression.

A cet égard, l'institution judiciaire a des responsabilités essentielles ; aussi me suis-je vu confier, il y a quelques mois, la tâche de coordonner, par l'intermédiaire de la Mission Interministérielle de lutte contre la toxicomanie, les activités des différents départements ministériels concernés par ce phénomène.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 31 décembre 1970, plusieurs circulaires vous ont été adressées.

Dans un souci de simplification et de clarté, d'importantes divergences étant apparues dans les pratiques suivies par les parquets -surtout à l'égard des usagers de stupéfiants- il s'impose aujourd'hui de réunir en un seul document - les précédentes circulaires étant abrogées - les principes appelés à guider votre action face aux simples usagers, aux usagers-trafiquants ou auteurs d'un autre délit et aux véritables trafiquants.

## I - L'USAGER SIMPLE

La loi du 31 décembre 1970, tout en prévoyant un ensemble de mesures sanitaires pour inciter l'utilisateur à se faire soigner, a posé le principe de la répression de l'usage illicite de produits stupéfiants.

Il s'avère toutefois qu'en pratique, dans certains ressorts, les usagers n'ayant pas commis d'infractions connexes ne sont pas présentés au parquet et que leur interpellation ne donne lieu qu'à une simple inscription sur un registre de main courante.

Une telle procédure, essentiellement dictée par le souci d'alléger la tâche des services de Police et des Parquets, ne permet toutefois pas à ces derniers de jouer pleinement leur rôle. Aussi convient-il désormais de veiller à ce que l'interpellation des simples usagers fasse également l'objet de procès-verbaux et que, dans toute la mesure du possible, les intéressés soient présentés aux magistrats du parquet spécialisés en matière de stupéfiants.

A cet égard, il serait très souhaitable qu'au sein des juridictions d'une certaine taille qui n'auraient pas déjà pris une telle initiative, plusieurs magistrats, du siège comme du parquet, soient plus spécialement appelés à connaître des affaires de cette nature et puissent ainsi établir des contacts utiles avec tous ceux qui, à des titres divers, sont associés, dans le cadre de l'Institution Judiciaire comme à l'extérieur, à l'action menée contre le développement de la toxicomanie.

Afin d'être ensuite en mesure de prendre une décision aussi éclairée que possible, les magistrats du parquet devront, partout où il en existe, demander aux services d'enquête rapide (qu'il s'agisse d'associations habilitées à cet effet ou de comités de probation) de réunir, conformément aux dispositions de l'article 41 alinéa 5 du code de procédure pénale, tous éléments d'information utile sur la situation matérielle, familiale ou sociale des mis en cause.

La voie procédurale à retenir variera alors, sous réserve de la nécessaire adaptation à laquelle pourra donner lieu l'examen de chaque situation particulière, selon que l'on se trouve en présence d'un usager occasionnel, d'un usager d'habitude ou d'un usager de nationalité étrangère en situation irrégulière sur le territoire français.

.../...

### A - L'usager occasionnel

Si l'enquête rapide, ou tout autre élément d'information, permet d'établir que l'intéressé présente des garanties suffisantes d'insertion sociale : logement, travail, milieu familial etc..., le magistrat du parquet pourra se contenter d'adresser un avertissement. Encore convient-il que, sauf cas exceptionnel tenant, par exemple, à l'éloignement du lieu d'interpellation, il y procède personnellement afin de donner à cette décision toute sa signification.

### B - L'usager d'habitude

Il s'agit de celui qui présente des signes d'intoxication ou qui reconnaît se livrer régulièrement à la consommation de stupéfiants ou encore de celui qui a déjà été interpellé pour des faits analogues.

Une fois en possession des éléments d'information recueillis sur sa personnalité et son environnement socio-professionnel, le Procureur de la République, à moins que des poursuites lui apparaissent s'imposer d'emblée, devra lui notifier l'injonction thérapeutique en lui faisant connaître avec précision les suites que pourrait comporter, sur le plan pénal, un refus de se soumettre à la cure ou aux mesures de surveillance prescrites.

1 - Si l'usager accepte de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique :

Le magistrat du parquet informera de sa décision l'autorité sanitaire compétente et il appartiendra à celle-ci d'orienter l'intéressé sur la structure médicale la plus adaptée en fonction des éléments que le parquet aura portés à sa connaissance ainsi que des résultats de sa propre enquête.

Le déroulement du traitement sera contrôlé par l'autorité sanitaire qui préviendra immédiatement le parquet soit en cas d'interruption ou de refus du toxicomane de se soumettre à l'examen médical ou au traitement prescrit, soit en cas de non présentation à l'établissement de soins qui lui a été désigné.

.../...

Le succès de cette procédure suppose toutefois impérativement que s'instaurent entre les parquets et les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (D.D.A.S.S.) des relations aussi étroites que confiantes.

A l'échelon central, toutes mesures sont prises, en liaison avec le Ministère de la Santé, pour que, en dépit de la différence de formation et de statut de ceux qui sont conduits à intervenir dans le cadre de la loi du 31 décembre 1970, s'établisse, partout, une collaboration dictée par le seul souci de permettre aux dispositions légales de produire leur plein effet et, par là même, d'enrayer la montée de la toxicomanie.

Il vous appartient, dans vos ressorts, de prendre des initiatives de même nature avec les autorités préfectorales et les responsables des D.D.A.S.S. en vous inspirant éventuellement des protocoles mis en place par certaines juridictions. C'est ainsi qu'à BORDEAUX, le magistrat du parquet notifie l'injonction thérapeutique au toxicomane en présence d'un médecin-inspecteur de la D.D.A.S.S. qui est ainsi en mesure de s'entretenir aussitôt avec l'intéressé.

2 - Si l'utilisateur refuse l'alternative thérapeutique ou si, l'ayant initialement acceptée, il s'y soustrait, il y aura lieu d'envisager l'exercice de poursuites pénales.

Les textes en vigueur offrent toutefois à cet effet un éventail de procédures et de pénalités qui, dans ce domaine plus qu'en tout autre, permettent de tenir compte des situations les plus diverses et d'adapter, autant que de besoin, l'intervention répressive.

Le recours à la procédure de convocation par procès-verbal prévue par l'article 394 du code de procédure pénale, assortie ou non d'une mesure de contrôle judiciaire, est actuellement le mode de poursuites le plus utilisé et semble effectivement bien adapté.

.../...

. D'une façon générale, le placement sous contrôle judiciaire pendant la durée de la procédure préalable à l'audience revêt ici un réel intérêt en raison des mesures d'assistance et d'accompagnement" dont peut ainsi bénéficier le toxicomane. Encore faut-il, comme c'est déjà le cas dans un certain nombre de ressorts, que vous vous attachiez à développer les structures de contrôle judiciaire et à améliorer la formation des contrôleurs pour leur permettre de répondre aux exigences très spécifiques des usagers de stupéfiants. Des actions de formation devraient être entreprises prochainement dans différentes cours d'appel et vous recevrez, en temps utile, toutes précisions sur ce point.

. De même, qu'elles soient prononcées au terme d'une procédure de citation directe, de comparution immédiate ou d'information, les pénalités doivent, s'agissant de simples usagers, tendre avant tout à la réinsertion des condamnés. Il convient donc, selon les cas, d'avoir largement recours au sursis avec mise à l'épreuve ou à l'ajournement du prononcé de la peine qui permettront, le cas échéant, dans la première hypothèse, de poursuivre, avec l'aide du comité de probation, l'action d'accompagnement entamée dans le cadre d'une mesure de contrôle judiciaire, dans la seconde, d'envisager une dispense de peine ou d'inscription au bulletin n° 2 du casier judiciaire.

En revanche, si le mis en cause ne respecte pas les obligations mises à sa charge et rompt le contrat ainsi passé avec l'autorité judiciaire, il s'impose de faire preuve de fermeté en veillant, en cas d'incarcération, à ce que la peine soit exécutée rapidement et dans des conditions tenant compte de son état de toxicomane.

#### C - L'usager ressortissant étranger en situation irrégulière

Il convient de le déférer, selon la procédure de comparution immédiate, devant le tribunal correctionnel et de requérir l'interdiction du territoire soit à titre de peine principale exécutoire par provision soit, le cas échéant, assortie d'une courte peine d'emprisonnement permettant de préparer la mise à exécution de la mesure d'éloignement.

## II - L'USAGER-TRAFIQUANT OU AUTEUR D'UN AUTRE DELIT

Au cours de ces dernières années, le nombre des infractions en relation avec la toxicomanie, qu'il s'agisse de faits de petit trafic ou de délits commis pour se procurer des produits stupéfiants, s'est considérablement accru.

Aussi, lorsque vous êtes saisi d'une procédure dans laquelle se rencontrent, chez une même personne, la qualité d'usager et celle de trafiquant, convient-il de poursuivre, en priorité, les actes de trafic. De même, importe-t-il de réprimer les atteintes aux personnes ou aux biens lorsqu'elles ont été commises par quelqu'un qui prétend avoir agi sous l'influence de la drogue ou pour s'en procurer.

Cet indispensable souci de fermeté, face à des agissements qui, dans les grands centres urbains, représentent un pourcentage de plus en plus important de la délinquance, n'exclut toutefois pas, là encore, que soit utilisé tout l'éventail des dispositions prévues par la loi ; si le comportement de l'usager qui commet par ailleurs d'autres délits doit en effet conduire à protéger d'abord les tiers qui peuvent en être les victimes, il s'impose également de toute mettre en oeuvre pour prévenir la récidive, ce qui implique de prendre en considération la "dimension curative" dans les modalités d'exécution de la peine à infliger.

Une telle exigence se justifie davantage encore lorsqu'on est en présence de mineurs ; il convient alors de privilégier, en recueillant l'avis des services éducatifs, le prononcé de mesures tenant compte des objectifs de protection et de prévention propres à l'ordonnance du 2 février 1945, voire, le cas échéant, faire application des dispositions des articles 375 à 375-8 du code civil.

## III - LE TRAFIQUANT

En prévoyant des pénalités très sévères pour les faits de trafic et en diversifiant les peines complémentaires applicables, le législateur a nettement marqué sa volonté de rigueur. Encore faut-il bien préciser le rôle respectif des divers services habilités à intervenir et distinguer entre le grand trafic, à dimension souvent internationale, et le petit trafic auquel se livrent parfois de véritables professionnels.

.../...

#### A - La coordination des services

En raison de la diversité des services susceptibles d'intervenir en cette matière, le Ministère Public, comme cela a déjà été maintes fois souligné, doit jouer pleinement son rôle de coordination et définir, avec précision, les attributions de chacun de telle sorte qu'une intervention inopinée ne puisse nuire à la qualité d'une enquête, voire compromettre ses chances d'aboutir. Les magistrats du parquet doivent donc, dès qu'ils sont informés de l'ouverture d'une procédure, déterminer le service compétent pour la conduire. Compte tenu des enjeux, le souci d'efficacité doit ici impérativement primer sur les rivalités qui ont pu naguère exister entre certains services. La saisine de l'Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants (O.C.R.T.I.S.), dont les services régionaux de polices judiciaires (SRPJ) sont les correspondants naturels, doit être privilégiée dès lors qu'on est en présence d'une quantité importante de drogues, de personnes connues pour se livrer habituellement au trafic ou appartenir au grand banditisme, d'une affaire paraissant se développer à l'échelle nationale ou internationale. Il en va de même, compte tenu des informations et des moyens dont dispose l'O.C.R.T.I.S., chaque fois qu'il est envisagé de recourir à la technique de la "livraison surveillée".

Dans ce domaine, l'apport de l'administration des douanes est également considérable ; son implantation sur l'ensemble du territoire, et notamment aux frontières, l'importance de ses effectifs, les pouvoirs dont elle dispose en font un auxiliaire indispensable pour la répression du trafic des stupéfiants.

De même, l'administration fiscale peut, en recherchant l'origine de certains enrichissements suspects et en signalant aux parquets, en application de l'article 40 du code de procédure pénale, les faits délictueux dont elle a connaissance, contribuer de façon décisive, par le biais d'une approche financière, à la lutte contre ce type de délinquance.

#### B - La répression des diverses formes de trafic

A l'encontre les responsables du trafic, les réquisitions du parquet doivent être particulièrement rigoureuses et utiliser toute la gamme des mesures et sanctions prévues par la loi. Ils ne devront pas hésiter, notamment, à requérir l'application des dispositions de

.../...



*l'article L. 629 alinéa 3 du code de la santé publique qui prévoit la saisie et la confiscation de tout produit provenant de l'infraction. Rejoignant en cela des initiatives prises dans la plupart des pays européens, le Gouvernement devrait d'ailleurs prochainement saisir le Parlement d'un projet de loi tendant à renforcer encore, en cette matière, la gravité des sanctions susceptibles d'être prononcées. De même, ils ne manqueront pas de requérir, chaque fois que cela s'avèrera nécessaire, le prononcé des mesures de fermetures prévues par l'article L. 629-1.*

*Contre les petits trafiquants ou les revendeurs non usagers, le parquet devra soit faire application de l'article L. 627-2 du code de la santé publique et recourir, de préférence, à la procédure de comparution immédiate, soit, si des investigations se révèlent nécessaires, en particulier pour remonter une filière, requérir l'ouverture d'une information et la délivrance d'un mandat de dépôt.*

*S'agissant enfin des revendeurs étrangers, il conviendra systématiquement de requérir, et sauf circonstances tout à fait exceptionnelles, le prononcé de mesures d'interdiction du territoire.*

*D'une manière générale, les magistrats du parquet siégeant dans les commissions d'application des peines devront faire preuve d'une particulière vigilance chaque fois que sera examinée la situation d'auteurs de faits de trafic en vue notamment de l'éventuel octroi d'une mesure de libération conditionnelle ou d'une permission de sortir et ne pas hésiter à user, le cas échéant, des voies de recours prévues par l'article 733-1 du code de procédure pénale tel qu'il résulte de la loi du 9 septembre 1986.*

\* \* \*

\*

*Les risques que font courir à notre société le développement de la toxicomanie et l'augmentation du nombre des infractions qu'elle engendre doit conduire l'autorité judiciaire à assurer pleinement son rôle qui est ici primordial.*

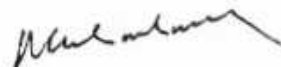
.../...

Au mois de juin dernier, vous avez ainsi été invités à diriger un certain nombre d'opérations de police judiciaire dans des lieux connus pour abriter des échanges de produits stupéfiants. Il est souhaitable que, selon une périodicité que vous déterminerez, avec les services de police et de gendarmerie, en fonction des spécificités de chaque ressort, cette action répressive, mais aussi très dissuasive, soit poursuivie. Vous voudrez bien m'en rendre compte une fois par semestre (avant le 30 juin et avant le 30 décembre), comme d'ailleurs de l'ensemble de votre action en ce domaine, en me fournissant toutes précisions statistiques utiles.

L'institution judiciaire ne saurait toutefois parvenir seule - en privilégiant la seule répression - à maîtriser un phénomène qui justifie très largement un vaste effort de prévention. A cet égard, je vous demande de multiplier les initiatives qu'il s'agisse, en particulier, d'apporter votre contribution à l'accroissement du nombre des structures d'accueil et de soins pour toxicomanes ou d'améliorer les conditions de leur prise en charge dans le cadre du contrôle judiciaire et de vous associer, en concertation étroite avec les responsables locaux, à tout ce qui pourrait être entrepris au sein des comités départementaux de lutte contre la toxicomanie comme des comités départementaux ou communaux de prévention de la délinquance.

\* \*  
\*

Vous voudrez bien veiller personnellement à la mise en oeuvre des présentes orientations : elles revêtent pour moi une importance particulière et doivent être l'une des actions prioritaires de l'ensemble des parquets.



Albin CHALANDON

## Annexe 8

### MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Direction  
des Affaires Criminelles  
et des Grâces

|           |
|-----------|
|           |
| 728-11    |
| 30-3-1973 |

Application de la loi n° 70-1220  
du 31 décembre 1970  
Circulaire n° 71-8 du 25 août 1971

LE GARDE DES Sceaux, MINISTRE DE LA JUSTICE,

à Messieurs les Procureurs généraux.

Je vous ai adressé le 25 août 1971 une circulaire sur l'application de la loi n° 70-1220 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. Des griefs extrêmement vifs ont été exprimés à diverses reprises, notamment dans des enceintes internationales, contre l'aspect répressif de cette loi à l'égard des simples usagers de stupéfiants, alors qu'en réalité ce texte a réduit considérablement les peines applicables à ces derniers et a introduit en leur faveur dans notre législation pénale des mesures tout à fait nouvelles telles que l'exemption de poursuites et l'exemption de peines lorsqu'ils se sont soumis à un traitement médical approprié à leur état. Ces réactions m'inclinent à penser que les dispositions libérales de la loi du 31 décembre 1970 relatives à l'usage des stupéfiants méritent d'être rappelées, en même temps que doivent être signalées certaines difficultés auxquelles peut donner lieu leur application.

#### I. — CHAMP D'APPLICATION DU DELIT D'USAGE DE STUPEFIANTS

1° La loi du 31 décembre 1970 a nettement distingué les actes de trafic de stupéfiants, prévus et punis par l'article L. 627 du Code de la santé publique, de l'acte d'usage prévu et puni par l'article L. 628. Elle a fixé des peines très différentes pour ces deux catégories d'infractions et des règles de procédure pénale particulières à chacune d'elles. Il importe de souligner ces différences : antérieurement à la loi du 31 décembre 1970, les infractions relatives au trafic et à certaines formes d'usage des stupéfiants étaient en effet définies dans un même texte, l'article L. 627, et punies des mêmes peines.

2° L'article L. 626 du Code de la santé publique auquel renvoie l'article L. 627 prévoit notamment l'intervention de règlements d'administration publique en ce qui concerne l'emploi des substances ou plantes vénéneuses. L'emploi visé lui est celui qui peut être fait dans les arts, l'industrie, l'agriculture et l'économie domestique. Il ne peut en aucune manière être confondu avec l'usage-absorption. Cette notion de l'emploi est constante dans la législation des substances vénéneuses et n'a jamais été remise en cause; elle a été précisée dans les travaux préparatoires des lois sur les substances vénéneuses et confirmée par les dispositions réglementaires concernant l'emploi (voir notamment les articles R. 5151, R. 5152, R. 5156, R. 5160, R. 5167 du Code de la santé publique).

3° L'article L. 628 prévoit et punit uniquement l'usage illicite des stupéfiants (tableau B); il ne s'applique pas aux autres substances vénéneuses, s'agit-il de produits toxiques (tableau A) et aux produits dangereux (tableau C). L'usage de ces produits n'est donc pas pénalement réprimé puisqu'il n'est pas interdit.

D'une manière générale, il faut observer que seuls les articles L. 628, L. 629-1 et L. 630-2 concernent toutes les substances vénéneuses, les articles L. 627 à L. 630 étant consacrés aux stupéfiants.

Par ailleurs, l'usage visé par l'article L. 628 est celui fait par une personne qui consomme ou absorbe elle-même un produit stupéfiant, par quelque moyen que ce soit, et de manière habituelle ou occasionnelle, individuelle ou collective; l'usage en société ne constitue plus à présent une infraction spéciale.

4° Si l'article L. 628 prévoit et punit l'usage illicite des stupéfiants, l'article L. 628-1 ajoute aussitôt que l'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui, sur l'initiative préalable du procureur de la République, auront subi une cure de désintoxication ou se seront placées sous surveillance médicale, ou qui se seront de leur propre initiative soumis à une de ces deux mesures.

De même, l'article L. 628-3 dispose que la juridiction de jugement pourra ne pas prononcer les peines prévues par l'article L. 628, lorsque l'individu aura subi une cure de désintoxication ou se sera soumis à une surveillance médicale ordonnée par le juge d'instruction ou par ailleurs.

Ces dispositions, qui constituent de réelles innovations en droit pénal français, montrent bien que l'objectif visé par la poursuite pénale est avant tout le traitement médical du délinquant, la condamnation à une peine n'étant que subsidiaire.

A ces dispositions des articles L. 628-1 et L. 628-3, correspond le principe que le législateur a placé en tête de la loi dans le nouvel article L. 353-14 du Code de la santé publique et selon lequel toute personne avant de faire usage de stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire.

Un certain nombre de conséquences doivent être tirées de ces dispositions.

## II. — USAGE DES STUPEFIANTS ET DETENTION DE STUPEFIANTS POUR USAGE PERSONNEL

L'article L. 628 prévoit et punit uniquement l'usage de stupéfiants; la détention de stupéfiants en vue de cet usage n'est pas expressément visée par ce texte. Il serait donc théoriquement possible de poursuivre un usager pour détention en fondant la poursuite sur l'article L. 627 lorsque le fait matériel de détention en vue de l'usage est établi. Toutefois, une telle action priverait l'article L. 628 de toute portée car, dans la quasi-totalité des cas, l'usager est inévitablement presque toujours détenteur, et conduirait à ignorer les dispositions des articles L. 628-1 à L. 628-6.

Il ne serait pas plus justifié de poursuivre une même personne à la fois pour usage et pour détention lorsque cette personne ne détient que des quantités minimes de substances ou de plantes. La seule infraction commise est celle prévue par l'article L. 628.

Cette assimilation avec l'usage doit également être faite en cas de transport, d'importation, d'exportation, ou d'acquisition, lorsque la quantité minime de stupéfiants transportés, importés, exportés ou acquis permettrait de penser qu'elle est destinée à l'usage exclusif du délinquant, et que celui-ci n'a commis que subsidiairement un des délits visés par l'article L. 627. Telles étaient bien sur ce point, au demeurant, les instructions données par le circulaire du 25 août 1971.

Il semble cependant que des poursuites aient été engagées, et des condamnations prononcées pour détention et infraction à l'article L. 627, à l'égard de personnes trouvées en possession de quantités négligeables de stupéfiants telles que deux décigrammes, cinq décigrammes ou un gramme de chaux indien. De tels errements ne doivent plus être suivis à l'avenir.

## III. — RECOURS A LA PROCEDURE DE FLAGRANT DELIT EN CAS D'USAGE DES STUPEFIANTS

Il ne semble pas douteux malgré les dispositions de l'article 71, alinéa 3, du Code de procédure pénale, que la procédure de flagrant délit puisse être utilisée en cas d'usage des stupéfiants.

Toutefois, l'emploi de cette procédure apparaît peu opportun : il implique en effet la délivrance d'un mandat de dépôt à l'égard du simple usager, et il traiterait l'usager de l'objet visé par la loi du 31 décembre 1970, tel qu'il a été souligné ci-dessus et qui est non de punir, mais d'assurer le traitement médical du prévenu.

A l'égard d'usagers de stupéfiants étrangers, l'emploi de la procédure de flagrant délit peut ne pas présenter les mêmes inconvénients lorsqu'il s'agit de personnes qui sont simplement de passage sur le territoire national ou qui y font un séjour provisoire. Dans ce cas en effet,

l'astreinte à un traitement médical peut être inopportune pour de multiples raisons : longue durée du traitement incompatible avec le court séjour envisagé par le prévenu; absence d'incrimination de l'usage ou de traitement obligatoire dans le pays du prévenu. En outre, il ne faut pas omettre que l'interdiction du territoire national pour une durée de deux à cinq ans peut être prononcée à son égard par le tribunal.

#### IV. — CAS PARTICULIERS DES INFRACTIONS DOUANIÈRES

La détention d'une quantité minime de stupéfiants, même si elle est destinée à l'usage personnel peut constituer une infraction aux dispositions du Code des douanes; il en va de même du transport, de l'importation ou de l'exportation de ces substances. De sorte qu'un fait unique tel que la détention peut recevoir plusieurs qualifications et constituer à la fois une infraction au Code de la santé publique et une infraction au Code des douanes. Bien qu'il s'agisse là en réalité d'un conflit de qualifications et non d'un concours d'infractions, il est possible, en cas de détention de stupéfiants pour usage personnel, d'engager des poursuites à la fois pour infraction à l'article L. 628 du Code de la santé publique et pour infraction au Code des douanes lorsque les deux textes sont applicables, et de prononcer à la fois les peines ou mesures de droit commun prévues par les articles L. 628 et suivants du Code de la santé publique, et les peines pécuniaires prévues par le Code des douanes pour l'infraction ou les infractions douanières retenues conformément à l'article 430 du Code des douanes.

Il ne serait cependant pas admissible de tenir en échec les dispositions de la loi du 31 décembre 1970 pour assurer strictement l'application du Code des douanes : quel que soit le cas qui se présente, il convient, soit d'obtenir de l'Administration des douanes qu'elle renonce à son action propre, soit, à défaut, de veiller à ce que l'application des textes du Code des douanes n'empêche pas celle des dispositions de la loi du 31 décembre 1970.

La Direction générale des douanes et droits indirects a d'ailleurs donné à ses services des instructions fermes et précises dans ce sens (Instruction générale du 13 mars 1971) :

Il a été prescrit à ces services, en cas de constatations faites à la charge de simples toxicomanes, de se préoccuper d'abord des suites qui seront données à ces constatations sur le plan du droit commun, et de se garder d'assimiler à des trafiquants les toxicomanes se procurant la drogue pour la seule satisfaction de leurs besoins personnels.

Si les délinquants sont manifestement de simples toxicomanes ayant agi pour la seule satisfaction de leurs besoins personnels, et lorsqu'ils ne sont pas eux-mêmes pourvoyeurs de drogue ou intermédiaires dans des trafics de stupéfiants ou encore lorsqu'il n'est pas établi qu'ils ont incité d'autres personnes à user de stupéfiants, les services des douanes ont comme directive de ne pas contrarier les actions éventuellement entre-

prises par ailleurs en vue de favoriser le traitement médical ou le reclassement social des intoxiqués (mise à l'épreuve, cure de désintoxication, etc.). A cet effet, et notamment en cas de doute sur les suites à donner aux constatations douanières, les agents des douanes ont été invités à prendre tous contacts utiles avec les parquets pour tenir le plus large compte, dans le règlement du contentieux douanier, de la ligne de conduite adoptée par l'autorité judiciaire.

Lorsque, compte tenu des circonstances (délinquant primaire, faible quantité de stupéfiants saisis), le parquet renonce à poursuivre le délit de droit commun ou encore lorsque le parquet entend poursuivre le délit de droit commun mais estime que les dispositions pénales assurent une répression suffisante et adaptée aux faits constatés et à la personnalité des délinquants, l'infraction douanière est normalement réglée soit par un avertissement adressé aux toxicomanes, soit par transaction à des conditions très modérées; mais, dans tous les cas, les agents des douanes doivent saisir les stupéfiants ou les matériels utilisés par les toxicomanes (seringues, pipes, etc.) ou en exiger l'abandon par transaction.

Lorsque, au contraire, les délinquants sont considérés comme des trafiquants, qu'ils aient agi pour leur compte personnel ou dans le cadre d'une organisation de fraude, l'action douanière est engagée et les affaires portées en justice.

Compte tenu de ces précisions, il apparaît opportun de rappeler certaines particularités de la législation douanière :

1° En cas de concours idéal d'infractions douanières la qualification qui entraîne les peines les plus sévères doit seule être retenue (art. 430-1 du Code des douanes).

En cas de concours idéal d'une infraction douanière avec une infraction de droit commun, seules les peines pécuniaires peuvent se cumuler.

En cas de concours réel d'infractions douanières, de même qu'en cas de concours réel d'une infraction douanière et d'une infraction de droit commun, la règle du non-cumul des peines est applicable à l'emprisonnement ; en revanche les peines pécuniaires considérées comme des réparations civiles se cumulent (art. 430-2 du Code des douanes).

Il ne peut donc en aucun cas y avoir cumul des peines d'emprisonnement.

2° L'action pour l'application des peines en matière douanière est exercée par le ministère public, l'action pour l'application des sanctions fiscales étant la seule qui puisse être exercée par l'Administration des douanes (art. 343 du Code des douanes).

En revanche, dans le cas d'infractions commises par des mineurs de dix-huit ans l'action publique appartient dans sa totalité au procureur de la République qui l'exerce sur la plainte préalable de l'Administration intéressée (art. 37, selon, du 2-3-1945).

- 3° L'action pour l'application des sanctions fiscales peut s'éteindre :
- Par la transaction, qui est toujours possible (art. 350 du Code des douanes et décret du 15-3-1966);
  - Par la condonation, ordonnée par le tribunal d'instance lorsque les intérêts s'en sont pas fait l'objet de poursuites, en raison du peu d'importance de la fraude (art. 375 du Code des douanes).

Ainsi l'extinction de l'action pour l'application des sanctions fiscales peut et doit être recherchée chaque fois que la détention de stupéfiants porte sur des quantités minimes qui semblent destinées à l'usage personnel.

4° En matière douanière, « la capture » des personnes ne peut être effectuée qu'en cas de flagrant délit (art. 323 du Code des douanes) et les prévenus « capturés » sont conduits devant le procureur de la République (art. 323 du Code des douanes).

La procédure des flagrants délits est applicable, mais non obligatoire (art. 303 du Code des douanes).

5° La mise en liberté provisoire des prévenus, que la poursuite ait lieu selon la procédure de flagrant délit ou selon la procédure d'instruction, est toujours possible, sauf à l'égard des personnes qui résident à l'étranger, et qui sont arrêtées pour délit de contrebande. La mise en liberté dans ce cas doit être subordonnée à l'obligation de fournir un cautionnement garantissant le paiement des condamnations pécuniaires encourues (art. 364 du Code des douanes).

Toutefois, l'Administration des douanes ne se refuse pas, par principe, à limiter le montant du cautionnement lorsque cette réduction paraît opportune et s'avère conciliable avec les divers intérêts en jeu.

Il convient de souligner en outre que, conformément à la jurisprudence constante de la Cour de cassation :

- a) Les textes du Code des douanes sont d'interprétation stricte; et que, notamment, seul le délit de contrebande permet de soumettre à certaines conditions la mise en liberté provisoire;
- b) Les tribunaux apprécient souverainement la qualification juridique des faits qui leur sont soumis, et doivent la rechercher avec exactitude;
- c) Les tribunaux évaluent souverainement la valeur des marchandises prohibées saisies, notamment pour servir au calcul des pénalités douanières « sans être tenus de faire connaître la base de cette estimation ».

Il résulte de ces règles que, si l'Administration douanière renonce à sa poursuite, rien n'interdit d'appliquer les solutions précitées lorsque seule l'infraction de délit commun d'usage est retenue.

Si l'action pour l'application des sanctions fiscales est exercée, seule la règle contenue dans l'article 364 du Code des douanes — mais elle a une portée limitée — peut, en principe, gêner la mise en œuvre des dispositions de la loi du 31 décembre 1970.

## V. — CHOIX ET EXECUTION DES MESURES THERAPEUTIQUES ORDONNEES

L'article L. 628-1 prévoit que le procureur de la République peut enjoindre aux personnes ayant fait usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale dans les conditions prévues par les articles L. 355-16 à L. 355-17. L'article L. 355-17 précise notamment que cette surveillance médicale peut être exercée par un médecin librement choisi par l'intéressé.

De même, l'article L. 628-5 prévoit que la cure de désintoxication ordonnée par le juge d'instruction ou la juridiction de jugement est subie soit dans un établissement spécialisé, soit sous surveillance médicale. L'article 8 du décret du 19 août 1971 précise à encore que cette surveillance peut être exercée par un médecin choisi par l'intéressé, mais sur une liste spéciale de médecins agréés.

Ces dispositions ont pour lui de respecter la règle du libre choix du médecin par le malade, règle qui répond à une nécessité thérapeutique, alors et surtout que le traitement est imposé.

Mais aucune disposition législative ou réglementaire n'indique quel doit être le contenu d'une telle surveillance. Il appartient au médecin traitant seul, en toute liberté, de le fixer. La surveillance médicale peut donc se limiter à des visites périodiques de l'intéressé au médecin. L'usager de stupéfiants est ainsi placé sous la surveillance d'un médecin sans être pour autant un malade. Cette conception extrêmement large de la surveillance médicale adoptée par la loi du 31 décembre 1970 est conforme à la doctrine internationale la plus récente telle qu'elle a été exprimée par la conférence du Conseil de l'Europe sur la drogue le 24 mars 1972 :

« Qu'il soit considéré ou non comme un malade, le toxicomane et parfois aussi celui qui fait un usage abusif de drogues ont besoin d'un traitement adéquat et ont droit à celui-ci ».

Tels sont les principes qu'il m'a semblé utile de rappeler pour l'application de la loi du 31 décembre 1970. Je vous demande de bien vouloir me faire connaître, le cas échéant, les difficultés que vous pourriez rencontrer dans leur mise en œuvre.

Pour le Garde des Sceaux,  
Ministre de la Justice,  
et par délégation :

Le Directeur  
des Affaires criminelles et des Grâces,  
P. ANPALLANG.

DESTINATAIRES :  
MM. les Procureurs généraux.

POUR INFORMATION :  
MM. les Premiers Présidents;

les Magistrats du siège et du ministère public.

(Métropole — D.O.M. — T.O.M.)

## Annexe 9



### COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME

#### Avis sur le projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs

(Texte finalisé le 19 juillet 2007, et adopté par l'Assemblée Plénière le 20 septembre 2007)

La Commission nationale consultative des droits de l'homme a pris connaissance de la note suivante de son Président en date du 19 juillet 2007, l'approuve, et lui donne force d'avis.

1. La Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDDH) n'a pas été saisie en amont par le gouvernement du projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, actuellement en discussion au Parlement, ce qui est regrettable dans la mesure où ce texte concerne les droits de l'homme et que les délais ne lui permettent plus de se prononcer par un avis adopté en assemblée plénière. Conformément à sa faculté d'auto-saisine, elle a cependant constitué un groupe de travail<sup>1</sup>, qui a considéré nécessaire de rappeler des principes qu'elle a déjà exprimés et de formuler quelques observations sur le projet de loi. Ces observations sont formulées alors même que certains membres ont exprimé leur approbation sur le projet de loi<sup>2</sup>.

2. A titre liminaire, les positions exprimées à plusieurs occasions dans les précédents travaux de la CNCDDH méritent d'être réaffirmées :

- La CNCDDH considère la lutte contre la récidive comme un objectif légitime, répondant à la préoccupation des citoyens et participant à la sécurité des personnes et des biens, condition de l'exercice des libertés et des droits individuels. A ce titre, les travaux de la *Commission d'analyse et de suivi de la récidive*, mise en place par le Garde des sceaux en 2005 et constituée d'experts dans ce domaine, mériteraient d'être rendus publics par le Gouvernement afin de garantir un débat public éclairé.
- La CNCDDH est attachée à un système pénal cohérent et stable, aisément accessible aux citoyens comme aux professionnels. Or, le projet de loi en cours de discussion entend d'ores et déjà réformer certains textes très récents sur lesquels aucun bilan n'a été fait, comme par exemple la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, des dispositions issues de la loi du 9 mars 2004 relatives à l'application des peines, entrées en vigueur le 1er janvier 2005, ou encore la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et qui pour certaines n'ont pas eu le temps d'être appliquées. Cette instabilité de notre procédure pénale et de notre droit pénal ne peut que rendre toujours plus difficile l'accès à la règle de droit, condition d'un procès équitable.

<sup>1</sup> Ce groupe de travail, ouvert à tous les membres de la CNCDDH, a réuni deux sous-commissions compétentes (la sous-commission C « Questions nationales » et la sous-commission D « Education et formation aux droits de l'homme. Droits de l'enfant, de la femme et de la famille »)

<sup>2</sup> Lorsque référence est faite à des avis ou travaux adoptés en Assemblée plénière, la formulation « la CNCDDH » a été retenue, alors que « les membres de la CNCDDH » renvoie aux observations formulées par le comité de rédaction de cette note.



## I. Sur l'instauration de peines minimales de privation de liberté

3. Les membres de la CNCDH notent que le projet de loi n'instaure pas de peines automatiques. Toutefois, il restreint les pouvoirs d'appréciation du juge quant au choix de la peine et à ses modalités, alors que le principe d'individualisation de la peine a depuis longtemps, et notamment dans le nouveau code pénal, conduit le législateur à renoncer à toute idée de systématisation de la sanction.

4. Les membres de la CNCDH relèvent que les possibilités de dérogation aux peines minimales prévues sont très limitées, dans la mesure où la condition de « garanties exceptionnelles d'insertion ou de réinsertion » sera difficile à démontrer. Ainsi, le caractère « exceptionnel » exigé est excessif et surtout la limitation aux « garanties d'insertion et de réinsertion » impossible à constater pratiquement<sup>3</sup>. La CNCDH rappelle que le principe de la stricte nécessité et de proportionnalité des peines, proclamé par l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, et les textes internationaux, doivent servir de référence au législateur. Il conviendrait tout au moins, y compris en cas de seconde récidive, de laisser aux juges la possibilité de prendre en considération des conditions tenant à la personnalité du délinquant ou aux circonstances de l'infraction et prévoir -ce qui impose des moyens- que pour prononcer de telles peines une enquête de personnalité soit obligatoirement ordonnée.

5. A l'occasion de ses travaux sur le sens de la peine, les droits de l'homme dans la prison et les alternatives à l'incarcération, la CNCDH a en outre démontré que l'une des priorités dans la prévention de la récidive réside moins dans un recours accru à l'emprisonnement que dans un renforcement des moyens qui permettraient un accompagnement socio-éducatif en milieu ouvert, notamment pour les services d'insertion et de probation. Les alternatives à la détention obtiennent ainsi de meilleurs résultats que la prison en termes de lutte contre la récidive et représentent un moindre coût pour la collectivité<sup>4</sup>. Il en est de même pour les aménagements de peine, notamment la libération conditionnelle.

## II. Sur le renversement de l'excuse atténuante de minorité pour les mineurs de 16 à 18 ans

6. Soucieux du respect du primat de l'éducatif sur le répressif, tel qu'exprimé à l'article 2 de l'ordonnance du 2 février 1945 sur les mineurs et dans la Convention internationale sur les droits de l'enfant de 1989, les membres de la CNCDH constatent que, même si le projet de loi ne change pas les principes énoncés à l'article 2, la modification de son article 20-2 représente une présomption d'inapplicabilité des mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation. L'esprit de l'ordonnance de 1945, qui repose toujours, malgré les nombreuses modifications qu'elle a connues, sur la priorité donnée à l'éducatif et sur l'atténuation de responsabilité, semble ainsi être remis en cause dans le projet de loi, d'une part par l'instauration de peines minimales, d'autre part par le renversement de l'excuse de minorité pour les mineurs âgés de 16 à 18 ans.

7. Les membres de la CNCDH accueillent favorablement l'amendement voté par le Sénat selon lequel seules les sanctions pénales peuvent constituer le premier terme retenu pour la qualification de la récidive pour les mineurs. Pour autant, ils estiment excessives les strictes conditions de dérogation aux peines minimales prévues par la loi, le maintien de la nécessité de constater des garanties « exceptionnelles d'insertion ou de réinsertion » étant, au vu du passé intrinsèquement limité du mineur, encore plus difficile à déterminer que pour les majeurs.

<sup>3</sup> Comme l'a relevé la Commission des Lois du Sénat, « le critère permettant à la juridiction de déroger aux peines minimales en cas de nouvelle récidive apparaît excessivement restrictive » (Sénat, Rapport n° 358, fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, par M. François ZOCCHETTO, sénateur)

<sup>4</sup> Voir « Sanctionner dans le respect des droits de l'homme, volume II : Les alternatives à la détention », *Les Etudes de la CNCDH*, La Documentation Française, 2007.



8. Si les membres de la CNCDH notent que le principe de l'excuse atténuante de minorité n'est pas supprimé, il devient pour les mineurs âgés de 16 à 18 ans au moment des faits, en cas de seconde récidive, une exception au lieu d'un principe. En l'état actuel du droit, cette excuse atténuante de minorité peut être écartée par le juge, dans des conditions dès à présent élargies par la loi du 5 mars 2007 sur la prévention de la délinquance. Aux yeux des membres de la CNCDH, un tel renversement est contraire à l'esprit des textes internationaux selon lesquels un mineur de moins de 18 ans doit bénéficier d'une justice prenant en compte les spécificités de son âge et pour lequel la peine d'emprisonnement doit être l'exception. Alors même qu'il est démontré que la prison est un facteur aggravant de récidive, particulièrement pour les mineurs, les membres de la CNCDH considèrent que la France devrait s'abstenir de s'inscrire dans la tendance à l'œuvre dans quelques pays voisins qui ont sensiblement atténué l'excuse de minorité. Par ailleurs, les membres de la CNCDH rappellent que « l'intérêt supérieur de l'enfant » est une notion primordiale instituée par l'article 3.1 de la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies et que ce projet de loi risque, dans bien des cas, de s'opposer à cette priorité. Ils rappellent également que le Conseil d'Etat, dans son arrêt n° 161364 du 22 septembre 1997, a reconnu l'application directe en droit interne de cet article de la Convention. Cette position a également été adoptée à plusieurs reprises en 2005 par la Cour de Cassation.

### III. Sur le renforcement de l'injonction de soins

9. Sur le plan des principes, l'autonomie de la volonté de la personne et l'inviolabilité du corps humain impliquent que le consentement libre et éclairé aux soins soit un droit fondamental. Le droit de refuser un traitement, qui en découle directement, est par conséquent mis à mal si des sanctions y sont liées. Comme l'a exprimé le Comité Consultatif National d'Ethique en 2006<sup>5</sup>, "le chantage au traitement dans le but d'éviter une récidive apparaît inacceptable sur le plan éthique dans la mesure notamment où il enfreint le principe de consentement libre et informé, c'est-à-dire la possibilité d'accepter ou de refuser en dehors de toute sanction."

10. Les membres de la CNCDH voient en outre une contradiction entre la systématisation de l'injonction de soins et le principe d'individualisation de la peine, en raison de la faible marge d'appréciation laissée au juge. A l'instar de la Commission des lois du Sénat, les membres estiment qu'il conviendrait de « rétablir la faculté du juge de l'application des peines de s'opposer à la suppression, motivée par un refus de soins, d'une réduction de peine supplémentaire ».

11. La CNCDH rappelle enfin que la mise en œuvre de la loi du 17 juin 1998 relative au suivi socio-judiciaire se heurte à une dramatique pénurie de moyens. Les citoyens sont inégaux devant l'application de la loi, la moitié des tribunaux ne disposant pas de médecin coordonnateur.

### Observations finales

12. L'impact de ce projet de loi sur l'augmentation certaine de la population carcérale a été largement exprimé. L'inflation carcérale reposera en outre essentiellement sur l'accroissement des peines pour les faits les moins graves, le quantum moyen des peines prononcées pour les crimes en état de récidive légale étant aujourd'hui supérieur aux peines minimales ainsi introduites. Cette tendance ne fera qu'accroître les atteintes aux droits de l'homme liées aux conditions pénitentiaires, pour lesquels la France a été condamnée à plusieurs reprises par diverses instances internationales.

13. Enfin, la CNCDH estime qu'il conviendrait de répondre aux besoins matériels et humains avant de légiférer une nouvelle fois. De cela dépendent la crédibilité et l'efficacité de la justice. Car, comme l'a écrit la CNCDH dans son avis du 20 janvier 2005, « si l'inexécution des condamnations discrédite le juge, l'inapplication des lois déconsidère l'Etat ».

\*\*\*\*\*

(Résultat du vote en Assemblée plénière - pour : 56 voix ; contre : 5 ; abstention : 0)

<sup>5</sup> Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, Avis n°94, *La Santé et la Médecine en Prison*, 2006.

## Annexe 10

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
**MINISTÈRE  
DE LA JUSTICE**

DIRECTION  
DES AFFAIRES CRIMINELLES  
ET DES GRACES

13, place Vendôme  
75042 PARIS Cedex 01  
TÉL. : 261.54.88 261.55.85

PARIS, LE 17 mai 1978

LE GARDE DES Sceaux, MINISTRE DE LA JUSTICE

à

Messieurs les PREMIERS PRESIDENTS  
et PROCUREURS GÉNÉRAUX

Messieurs les PRESIDENTS  
et PROCUREURS DE LA RÉPUBLIQUE

Référence à rappeler

Action Publique  
n° 69 F 389

Objet : Usage de stupéfiants. Application de certaines recommandations du rapport de la mission d'étude sur la drogue.

Réf. : Circulaires n° 71-8 du 25 août 1971, n° 73-11 du 30 mars 1973 et n° 69 F 389 des 29 mai 1972, 8 juillet 1975, 17 juillet 1976 et 7 mars 1977.

La mise en oeuvre des instructions relatives à l'application de la loi du 30 décembre 1970 ainsi que les efforts accrus des services de Police et de Gendarmerie et de l'Administration des Douanes ont permis de contenir le phénomène de la toxicomanie dans des limites très inférieures à celles que connaissent certains pays étrangers. Néanmoins, l'évolution signalée au début de l'année 1977 n'a pu être totalement enrayerée.

Cette constatation, très préoccupante, a conduit le Président de la République à estimer qu'une étude approfondie sur l'ensemble du phénomène était devenue nécessaire. C'est dans ces conditions qu'au mois de juin 1977, il a chargé Mme Monique PELLETIER d'une mission d'études sur la drogue. Celle-ci a remis son rapport (1) au Président de la République le 19 janvier 1978 et le Gouvernement souhaite que les propositions qu'il contient puissent être mises en oeuvre dans les meilleurs délais.

.../...

(1) Un exemplaire du rapport, destiné à votre juridiction, est joint à l'envoi de la présente circulaire.

En ce qui concerne le Ministère de la Justice, trois de ces recommandations doivent dès maintenant recevoir application : elles ont trait à l'information des magistrats, la spécialisation de certains d'entre eux, l'attitude des autorités judiciaires à l'égard des usagers de stupéfiants.

#### I - Information des magistrats.

Dès le mois de septembre 1977, la Chancellerie, consciente de la nécessité d'une meilleure information des magistrats en matière de toxicomanie, a décidé d'organiser à leur intention, un cycle de conférences animées conjointement par un magistrat spécialisé et un médecin psychiatre. Six conférences ont ainsi eu lieu en 1977, successivement à BORDEAUX, BOBIGNY, LILLE, STRASBOURG, EVRY et AIX-en-PROVENCE.

En dépit de quelques imperfections, cette formule a généralement reçu un accueil favorable de la part des magistrats. Cependant, pour des raisons d'organisation matérielle, il a paru préférable de demander à l'Ecole Nationale de la Magistrature, qui a notamment pour mission d'assurer la formation permanente des magistrats, de prendre en charge désormais cette formation spécialisée. C'est ainsi que huit journées régionales sur l'ensemble des problèmes de drogue ont été prévues en 1978 ; la première a eu lieu à TOULOUSE le 1er mars 1978, et une autre à VERSAILLES le 21 mars 1978.

Il importe au plus haut point que tous les magistrats qui traitent, à quelque niveau que ce soit, des affaires de cette nature puissent bénéficier de l'information ainsi dispensée. Il ne peut naître d'en résulter une meilleure adéquation des décisions judiciaires aux situations diverses qui se présentent, et plus généralement une meilleure efficacité de l'intervention judiciaire en ce domaine.

#### II - Spécialisation des magistrats.

Dans le prolongement de ce qui vient d'être dit sur l'information, il apparaît souhaitable que certains magistrats soient, dans chaque tribunal, spécialisés en matière de stupéfiants ; une telle situation existe d'ailleurs déjà dans certaines juridictions. Je vous demande donc de faire désigner à cet effet, dans chaque Tribunal de Grande Instance, au moins un vice-président siégeant aux audiences correctionnelles, un juge d'instruction et un magistrat du Parquet. Tout naturellement, ces magistrats devront bénéficier en priorité de la formation permanente assurée par l'Ecole Nationale de la Magistrature.

.../...

Une telle spécialisation, jointe à une meilleure information, est de nature à réduire les disparités importantes qui ont pu être constatées dans l'application de la loi du 31 décembre 1970. Je vous serais donc obligé de bien vouloir veiller personnellement à ce que les désignations évoquées ci-dessus interviennent sans retard et soient renouvelées chaque fois que des mouvements le rendront nécessaire.

### III - Attitude des autorités judiciaires à l'égard des usagers de stupéfiants.

En matière d'usage illicite de stupéfiants, le rôle et l'attitude des Parquets doivent être précisés à la lumière des conclusions de la Mission d'étude.

La loi du 31 décembre 1970, distinguant très nettement les trafiquants de stupéfiants des simples usagers, avait entendu réserver aux premiers les rigueurs de la répression, tandis qu'elle incitait les seconds, considérés comme relevant d'un traitement médical, à se faire soigner. La possibilité pour les autorités judiciaires, à tous les stades de la procédure, de prescrire à l'usager de se soumettre à un traitement ou à une surveillance médicale, l'obligation pour le Parquet de ne pas exercer l'action publique si une telle injonction est suivie d'effet, la faculté pour la juridiction de jugement de ne pas prononcer de peine lorsque l'usager a satisfait à des obligations de cette nature, témoignent de la volonté du législateur d'aider le toxicomane plutôt que de le sanctionner.

Ces dispositions libérales -très favorablement commentées sur le plan international et dont se sont inspirées plusieurs législations étrangères- étaient prévues pour s'appliquer à toute personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants, quelle que soit la drogue consommée. Or, les études menées depuis lors, reprises dans le rapport de la Mission d'étude, font apparaître que le cannabis ou chanvre indien et ses dérivés (à l'exception de l'huile de cannabis classée parmi les drogues plus dangereuses), doivent être nettement distingués des autres stupéfiants du point de vue des effets produits sur l'organisme.

La consommation de haschich ou de marihuana n'engendrant pas une véritable dépendance physique au sens médical du terme, une cure de désintoxication ou tout autre traitement médical ne se justifie pas en règle générale à l'égard des usagers de ces drogues qui ne doivent pas être considérés comme de véritables toxicomanes. Il en résulte qu'ils ne peuvent alors bénéficier de "l'option" médicale, prévue par le législateur pour éviter le prononcé de sanctions pénales, qui est sans objet en ce qui les concerne. On ne saurait cependant admettre qu'ils puissent se trouver, de ce fait, dans une situation plus rigoureuse au regard de la loi pénale que ne le sont les véritables toxicomanes.

.../...

C'est pourquoi, si les dispositions des articles L.628-1, L.628-2 et L.628-3 du Code de la Santé publique doivent être largement utilisées à l'égard des toxicomanes de préférence à l'exercice de poursuites pénales, même en cas de réitération, il est nécessaire de les adapter lorsqu'on est en présence de simples usagers de haschich qui relèvent seulement d'une prise en charge d'ordre psychologique aussi légère et "personnalisée" que possible.

Il conviendra à cet égard que le Parquet, lorsqu'il sera saisi d'une procédure d'usage illicite de haschich, examine très attentivement les cas pour lesquels il lui paraît absolument indispensable d'engager des poursuites judiciaires, en se bornant, dans tous les autres cas, à adresser ou à faire adresser une mise en garde à l'usager. A cette occasion, ce dernier sera invité à se présenter de lui-même, en fonction des possibilités locales, soit à une personne qualifiée, appartenant ou non au corps médical (le médecin de famille par exemple) soit à une association spécialisée, publique ou privée, pouvant lui apporter une aide psychologique ou éducative.

Il va de soi que l'utilisation de cette procédure allégée, qui devrait être la règle et qui ne comporte pour l'organisme ou la personne auprès de qui l'intéressé aura été orienté aucune obligation de rendre compte, exclut l'exercice de poursuites pénales.

Le résultat escompté ne pouvant être toujours acquis dès la première infraction constatée, certains usagers pourront faire l'objet de plusieurs mises en garde successives. Cependant, de multiples réitérations pouvant laisser à penser qu'une prise en charge structurée est devenue nécessaire, il appartiendra alors au ministère public d'apprécier l'opportunité de faire une application stricte des dispositions de l'article L.628-1 du Code de la Santé publique et, contrairement à l'hypothèse précédente, de s'assurer que la personne qui fait l'objet de cette injonction s'y est effectivement soumise. (cf. : circulaire n° 71-8 du 25 août 1971).

Dans le même esprit, lorsque le Parquet sera amené à considérer comme indispensable l'ouverture d'une information, il serait souhaitable qu'il requière du juge d'instruction saisi le placement de l'usager sous contrôle judiciaire. Cette mesure devrait être assortie d'obligations particulières adaptées à la situation, tant matérielle que psychologique de l'intéressé. A cet effet, il serait en outre particulièrement utile que les services, autorités ou personnes qualifiées désignés par le magistrat instructeur pour contribuer ainsi à l'application du contrôle judiciaire, soient sensibilisés aux problèmes de la drogue et suffisamment informés sur la psychologie et le comportement de l'usager de drogues dites "douces". Il importe qu'ils soient en mesure, par un contact positif et des entretiens suivis, d'apporter l'aide et le soutien qui permettront à l'intéressé de surmonter ses propres difficultés. Dans ce but, il serait opportun de prévoir le recrutement d'enquêteurs de personnalité particulièrement au fait de ces questions.

.../...



Lorsque, dans le cadre du contrôle judiciaire ainsi entendu, l'usager aura eu un comportement satisfaisant, il s'imposera généralement que le Parquet requière du Tribunal Correctionnel une dispense de peine sur le fondement des articles 469-1 et 469-2 du Code de procédure pénale. Ces dispositions, résultant de la loi du 11 juillet 1975, sont d'ailleurs inspirées de celles prévues par l'article L.628-3 dernier alinéa du Code de la Santé publique.

Enfin, pour l'exécution des présentes directives, il conviendra que les magistrats du Parquet assimilent à l'usage illicite de haschich la détention d'une faible quantité de la même drogue pouvant raisonnablement être considérée comme destinée à la consommation personnelle de l'usager ; tel était d'ailleurs le sens des circulaires antérieures.

En ce qui concerne les mineurs, il y a lieu en outre de noter que, lorsque les circonstances le justifieront, la saisine du juge des enfants au titre de l'assistance éducative pourra également intervenir.

° ° °

S'il est nécessaire que la pratique définie par la présente circulaire soit dès maintenant mise en oeuvre tant pour tenir compte des recommandations du rapport de la mission d'étude sur la drogue que pour harmoniser l'attitude des Parquets dans les différents ressorts, il importe cependant de souligner qu'elle ne revêt qu'un caractère expérimental.

Je demande donc aux Procureurs Généraux de me faire part, à l'occasion de leur rapport annuel sur les conditions d'application de la loi du 31 décembre 1970, de leurs observations quant à l'incidence qu'aura pu avoir cette pratique sur l'évolution de la toxicomanie dans leur ressort ainsi que sur l'opportunité de la maintenir ou de l'aménager.

ESTINATAIRES :

- M. les Premiers Présidents  
et Procureurs Généraux
- M. les Présidents  
et Procureurs de la République

OUR INFORMATION :

- M. les Magistrats du Siège  
et du Parquet

Le Garde des Sceaux,  
Ministre de la Justice

Par délégation

Le Directeur des Affaires  
Criminelles et des Grâces



Christian Le GUNHEC

## **Annexe 11**

**le 13 avril 2017**

JORF n°152 du 2 juillet 1992

### **Décret no 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes**

NOR: SANP9201106D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 355-14 à L.

355-21, L. 628-1 à L. 628-6 et L. 711-8;

Vu la loi no 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses modifiée, et notamment son article 3;

Vu la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales modifiée, et notamment son article 14;

Vu le décret no 83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier, modifié;

Vu le décret no 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et l'organisation de la sectorisation psychiatrique;

Vu le décret no 88-279 du 24 mars 1988 relatif à la gestion budgétaire et comptable et aux modalités de financement de certains établissements sociaux et médico-sociaux à la charge de l'Etat ou de l'assurance maladie;

Après avis du Conseil d'Etat (section sociale),

Décète:

Art. 1er. - Les structures ayant pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux toxicomanes mentionnées à l'article 3 de la loi du 31 décembre 1970 susvisée sont financées par l'Etat à condition qu'elles satisfassent aux prescriptions du présent décret et que les organismes qui les gèrent passent la convention définie à l'article 7.

Ces structures sont dénommées centres de soins conventionnés spécialisés pour toxicomanes.

Art. 2. - Les centres de soins mentionnés à l'article 1er assurent au moins: 1o La prise en charge médico-psychologique du toxicomane;

2o La prise en charge sociale et éducative du toxicomane, qui comprend l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Toutefois, s'ils n'assurent que l'une des deux missions définies ci-dessus, ils doivent effectuer en outre au moins l'une des missions suivantes:

1o L'accueil, l'orientation et l'information des toxicomanes et de leurs familles;

2o Le sevrage, ainsi que l'accompagnement du sevrage lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier;

3o Le soutien à l'environnement familial.

Une ou plusieurs sections peuvent être rattachées aux centres de soins;

elles correspondent à des modes de prise en charge spécifiques comportant notamment des appartements thérapeutiques, des appartements relais, des réseaux de famille d'accueil et des permanences d'accueil et d'orientation effectuées à l'extérieur des centres.

Art. 3. - Chaque centre de soins doit élaborer un projet thérapeutique qui fixe ses objectifs thérapeutiques et socio-éducatifs et, le cas échéant, ceux de ses sections ainsi que les modalités de réalisation de ces objectifs; le projet détermine également les modalités d'évaluation des actions entreprises.

Le projet est établi pour une durée maximum de cinq ans. Il peut être révisé à l'initiative de l'organisme gestionnaire du centre ou sur demande du préfet.

Le projet ainsi que ses modifications éventuelles doivent être transmis au préfet pour accord.

Art. 4. - Les centres de soins doivent rédiger un rapport annuel d'activité établi conformément à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la santé et adressé au



préfet.

Art. 5. - Les centres de soins peuvent participer à toutes actions de prévention, de formation et de recherche en matière de toxicomanie organisées par des personnes morales de droit public ou privé.

Art. 6. - Les centres de soins peuvent être gérés par des associations régies par la loi du 1er juillet 1901 ou, conformément à l'article L. 711-8 du code de la santé publique, par des établissements publics de santé.

Ils peuvent aussi être gérés directement par les services de l'Etat dans le département; dans ce cas, ils sont soumis aux prescriptions des articles 2,

3, 4, 5 et 10.

Art. 7. - Lorsque les organismes gestionnaires des centres de soins sont des associations régies par la loi du 1er juillet 1901 ou des établissements publics de santé, ils doivent passer avec le préfet du département où ils sont implantés une convention conforme à l'une des conventions types fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. La convention doit notamment préciser les modalités de fixation du budget et de versement des crédits, les postes de personnel financés et les modalités de contrôle de l'Etat. Le projet thérapeutique du centre et, le cas échéant, de ses sections doit être annexé à la convention.

Cette convention est conclue pour une période d'une année; elle est renouvelable par tacite reconduction pour la même période.

Si le préfet n'entend pas reconduire la convention, il doit en prévenir l'organisme gestionnaire au moins trois mois avant l'échéance de la période annuelle.

Art. 8. - L'établissement de la convention est précédé de l'envoi d'un dossier dont la composition est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 9. - Sans préjudice de l'application des dispositions du dernier alinéa de l'article 7, la convention définie par cet article peut être dénoncée à tout moment par le préfet, à l'expiration du préavis qu'elle fixe et qui ne peut être inférieur à trois mois:

1o Si ses stipulations ne sont pas respectées par l'organisme gestionnaire du centre ou s'il n'a pas été donné suite à la demande de révision du projet thérapeutique;

2o Si le centre a subi une baisse importante et continue de son activité,

qui remet en cause son fonctionnement;

3o S'il a été constaté sur deux exercices consécutifs un dépassement important des prévisions de dépenses.

La convention peut également être dénoncée dans les mêmes conditions pour les motifs énoncés aux 2o et 3o du troisième alinéa de l'article 14 de la loi du 30 juin 1975 susvisée; ces motifs doivent être communiqués à l'organisme gestionnaire; en cas d'urgence, l'exécution de la convention peut être suspendue sans préavis.

Art. 10. - La liste des centres spécialisés de soins pour toxicomanes est publiée chaque année au bulletin des actes administratifs de la préfecture du département dans lequel le centre se situe.

Art. 11. - Chaque centre conventionné reçoit une dotation globale de financement annuelle, arrêtée par le préfet et égale au montant des charges inscrites dans les prévisions annuelles de dépenses approuvées par le préfet déduction faite, le cas échéant, des produits autres que ladite dotation,

notamment de la participation des collectivités territoriales ou des organismes de sécurité sociale.

Dans la limite des crédits inscrits en loi de finances, l'approbation par le préfet des dépenses figurant au budget prévisionnel tient compte, d'une part, d'un taux national d'évolution des dépenses et, d'autre part, des prévisions d'activité du centre.

Art. 12. - La gestion financière et comptable des centres conventionnés gérés par une association régie par la loi du 1er juillet 1901 est soumise aux dispositions des articles 3, 5 à 15, 17, troisième alinéa, 18 à 24 et 38 du décret du 24 mars 1988 susvisé.

Art. 13. - Outre les documents budgétaires dont la transmission au préfet est prévue par les dispositions réglementaires mentionnées à l'article 12,

les centres de soins conventionnés gérés par une association régie par la loi du 1er juillet 1901 doivent également communiquer au préfet, avant le 1er juillet, le bilan de l'exercice écoulé, son annexe ainsi que le compte de résultats.

Art. 14. - Les centres conventionnés gérés par un établissement public de santé sont soumis aux dispositions du décret du 11 août 1983 susvisé.

Leurs activités sont retracées dans un budget annexe.

Art. 15. - Les personnels des centres de soins conventionnés fonctionnant en milieu

pénitentiaire relèvent de l'autorité administrative du directeur de l'établissement public de santé où ils sont affectés; ils sont placés sous l'autorité technique du praticien hospitalier chef du service médico-psychologique régional le plus proche.

Art. 16. - Les organismes gestionnaires de structures de prévention et de soins aux toxicomanes financées par l'Etat en application de l'article 3 de la loi du 31 décembre 1970 susvisée qui ont passé convention avec l'Etat avant la publication du présent décret devront, dans le délai de dix-huit mois suivant cette publication, se conformer aux prescriptions du présent décret; à défaut, les conventions ne seront pas renouvelées.

La même obligation de mise en conformité s'applique, dans le même délai, aux centres de soins mentionnés au deuxième alinéa de l'article 6.

Art. 17. - Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre du budget et le ministre de la santé et de l'action humanitaire sont chargés,

chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 29 juin 1992.

PIERRE BEREGOVOY

Par le Premier ministre:

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,

BERNARD KOUCHNER

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

MICHEL VAUZELLE

Le ministre du budget,

MICHEL CHARASSE

leur activité lorsqu'ils sont ou étaient rémunérés sur un autre budget.

Ils peuvent être accordés aux personnes autres que les fonctionnaires et ayants cause de ces personnes sur les seuls budgets des territoires ou lesdites personnes exercent ou exerçaient leur activité et, pour les personnes originaires d'outre-mer, sur les seuls budgets des territoires dont elles sont originaires.

Les secours accordés aux personnes ayant rendu des services exceptionnels sont, en principe, attribués sur les budgets des territoires où les services ont été rendus. Ils peuvent l'être exceptionnellement sur le budget de l'État lorsque ces derniers ne sont pas localisés dans des territoires déterminés.

Les fonctionnaires des autres départements ministériels détachés outre-mer et pendant la période de leur détachement peuvent obtenir des secours immédiats et éventuels sur les budgets des territoires où ils sont en service.

Les fonctionnaires ou anciens fonctionnaires des autres départements ministériels, y compris les originaires des territoires d'outre-mer qui ont été détachés outre-mer et les militaires et anciens militaires des armées de terre, de mer et de l'air ayant servi outre-mer, ne peuvent solliciter de secours que de leur département ministériel. Il en est de même de leurs veuves, ascendants et descendants.

Toutefois, ces fonctionnaires et anciens fonctionnaires ainsi que leurs ayants cause peuvent de même que les militaires et anciens militaires visés à l'alinéa précédent et leurs ayants cause, obtenir des secours sur les budgets des territoires relevant du ministère de la France d'outre-mer et, éventuellement sur le budget de l'État, dans les circonstances et conditions prévues à l'article 11.

#### Article 13.

Sont abrogés l'arrêté ministériel n° 35 SSC/I/S du 14 avril 1949 et l'arrêté ministériel n° 123 SO/DI du 29 juillet 1952.

#### Article 14.

Le chef du service des affaires sociales d'outre-mer, ainsi que les hauts commissaires et chefs de territoires relevant du ministère de la France d'outre-mer, sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 3 décembre 1953.

*Le secrétaire d'Etat à la France d'outre-mer,*  
François SCHLEITER.

**LOI n° 53-1270 modifiant et complétant les dispositions législatives relatives à la répression du trafic et de l'usage illicite des stupéfiants.**

(Du 24 décembre 1953)

L'Assemblée nationale et le Conseil de la République ont délibéré,

L'Assemblée nationale a adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1er.— Le dernier alinéa de l'article 116 du code de la pharmacie est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les locaux où l'on usera en société des stupéfiants et ceux où seront fabriquées illicitement lesdites substances seront assimilés aux lieux livrés notamment à la débauche, en conformité de l'alinéa 2 de l'article 10 du décret des 19-22 juillet 1791 ».

Art. 2.— Le deuxième alinéa de l'article 117 du code de la pharmacie est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ceux qui, au moyen d'ordonnances fictives ou d'ordonnances de complaisance, se sont fait délivrer ou auront tenté de se faire délivrer l'une des substances vénéneuses visées audit article ».

Art. 3.— Il est inséré, dans le code de la pharmacie, les articles 117 bis et 117 ter ci-après :

« Art. 117 bis.— Les peines prévues à l'article 116, y compris l'interdiction de séjour, seront portées au double lorsque le délit aura consisté dans la fabrication illicite des substances vénéneuses visées audit article ou la culture illicite de plantes présentant des principes actifs de ces substances.

« Il en sera de même lorsque l'usage desdites substances aura été facilité à un mineur ou lorsque lesdites substances auront été délivrées à un mineur dans les conditions prévues par l'article 117.

« Art. 117 ter.— Les personnes reconnues comme faisant usage de stupéfiants et inculpés d'un des délits prévus aux articles 116 et 117 pourront être astreintes, par ordonnance du juge d'instruction, à subir une cure de désintoxication dans un établissement spécialisé, dans les conditions qui seront fixées par règlement d'administration publique pris sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre de la santé publique et de la population, sur avis conforme d'une commission dont la composition sera fixée par arrêté conjoint de deux ministres précités.

La majorité des membres de cette commission devra être composée par des représentants du corps médical. L'avis donné par ladite commission sur le projet de règlement d'administration publique prévu ci-dessus ne sera valable que dans la mesure où la moitié plus un des membres présents au moment du vote final seront des représentants du corps médical.

« Le même règlement d'administration publique fixera dans quelles conditions les dépenses d'aménagement du ou des établissements de cure, ainsi que les frais d'hospitalisation et de cure, seront pris en charge par l'Etat.

« Ceux qui se soustraient à l'exécution de l'ordonnance précitée seront punis d'un emprisonnement de six jours à deux mois et d'une amende de 24.000 à 720.000 F. Ces peines ne se confondront pas avec celles prononcées en application des articles 116, 117 et 117 bis ».

Art. 4.— L'article 118 du code de la pharmacie est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans tous les cas prévus par le présent chapitre, les tribunaux pourront ordonner la confiscation des substances saisies. Cette confiscation ne pourra toutefois être prononcée, lorsque le délit aura été constaté dans une entreprise pharmaceutique, si le délinquant n'est que le gérant responsable, à moins que le propriétaire de l'officine n'ait fait acte de complicité.

« Dans les cas prévus au premier alinéa de l'article 116 et au deuxième alinéa de l'article 117, les tribunaux pourront interdire au condamné l'exercice de la profession à l'occasion de laquelle le délit aura été commis pendant un temps qui ne pourra excéder deux ans. Ce temps sera porté à cinq ans dans les cas prévus à l'article 117 bis et en cas de récidive.

« Dans les cas prévus au quatrième alinéa de l'article 116, les tribunaux devront ordonner la confiscation des substances, ustensiles, matériels, meubles et des effets mobiliers dont les lieux seront garnis et décorés, ainsi que l'interdiction pour le délinquant, pendant un délai que le tribunal fixera, d'exercer la profession sous le couvert de laquelle le délit aura été perpétré.

« Dans les cas prévus au premier alinéa de l'article 117 bis, la confiscation des matériels et installations ayant servi à la fabrication et au transport des substances devra être ordonnée.

\* Quiconque contreviendra à l'interdiction d'exercice de sa profession prononcée en vertu des alinéas 2 et 3 du présent article sera puni d'un emprisonnement de six mois au moins et de deux ans au plus et d'une amende de 240.000 F au moins et de 2.400.000 F au plus ».

Art. 5.— Le paragraphe 2<sup>e</sup> de l'article 4 de la loi du 9 novembre 1915 est modifié comme suit :

\* 2<sup>e</sup> Ceux qui auront été condamnés à l'emprisonnement d'un mois au moins pour vol, recel, escroquerie, filouterie, abus de confiance, recel de malfaiteurs, outrage public à la pudeur, excitation de mineurs à la débauche, tenue d'une maison de jeu, vente de marchandises falsifiées ou nuisibles à la santé, infraction aux dispositions législatives ou réglementaires en matière de stupéfiants ou pour récidive de coups et blessures et d'ivresse publique ».

Art. 6.— Les dispositions du chapitre Ier du titre III du code de la pharmacie sont applicables dans les territoires d'outre-mer, au Togo et au Cameroun.

Art. 7.— Les articles 1er, 3 et 4 de la présente loi sont applicables à l'Algérie.

Le paragraphe 3<sup>e</sup> de l'article 3 du décret du 25 mars 1901 sur les débits de boissons en Algérie est modifié comme suit :

\* 3<sup>e</sup> Ceux qui auront été condamnés à l'emprisonnement d'un mois au moins pour vol, recel, escroquerie, filouterie, abus de confiance, recel de malfaiteurs, outrage public à la pudeur, excitation de mineurs à la débauche, tenue d'une maison de jeu, vente de marchandises falsifiées ou nuisibles à la santé, infraction aux dispositions législatives ou réglementaires en matière de stupéfiants. »

(Le reste sans changement).

Art. 8.— Le paragraphe b de l'article 6 de l'acte dit loi du 16 août 1941, portant réglementation des débits de boissons à la Martinique, à la Guadeloupe et à la Guyane est modifié comme suit :

\* b) Ceux qui auront été condamnés à l'emprisonnement d'un mois au moins pour vol, recel, escroquerie, filouterie, abus de confiance, recel de malfaiteurs, outrage public à la pudeur, excitation de mineurs à la débauche, tenue d'une maison de jeu, vente de marchandises falsifiées ou nuisibles à la santé, infraction aux dispositions législatives ou réglementaires en matière de stupéfiants ou pour récidive de coups et blessures et d'ivresse publique ».

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 24 décembre 1953.

Vincent AURIOL.

Par le Président de la République :

Le président du conseil des ministres,

Joseph LANIEL.

Le garde des sceaux,  
ministre de la justice,  
Paul RIBEYRE.

Le ministre de l'intérieur,  
Léon MARTINAUD-DEPLAT.

Le ministre des finances,  
et des affaires économiques,  
Edgar FAURE.

Le ministre de la France d'outre-mer,  
Louis JACQUINOT.

Le ministre de la santé publique  
et de la population,  
Paul COSTE-FLORET.

DÉCRET n° 53-1279 relatif à la révision du plan de classement hiérarchique des grades et emplois des personnels civils et militaires de l'Etat relevant du régime général des retraites.

(Du 29 décembre 1953.)

Le président du conseil des ministres,

Sur le rapport du secrétaire d'Etat au budget, du ministre des finances et des affaires économiques et du secrétaire d'Etat à la présidence du conseil,

Vu la loi du 19 octobre 1946 portant statut général des fonctionnaires ;

Vu le décret n° 48-1108 du 10 juillet 1948 modifié portant classement hiérarchique des grades et emplois des personnels civils et militaires de l'Etat relevant du régime général des retraites ;

Vu le décret n° 49-508 du 14 avril 1949 modifié et complété par le décret n° 53-1218 du 9 décembre 1953 relatif à la révision du plan de classement hiérarchique des grades et emplois des personnels civils et militaires de l'Etat relevant du régime général des retraites ;

Vu les avis émis par le conseil supérieur de la fonction publique sur les demandes de révision du plan de classement formulé en application du décret du 14 avril 1949 susvisé ;

Le conseil des ministres entendu,

DÉCRET :

Article 1<sup>er</sup>. — Les tableaux annexés au décret susvisé du 10 juillet 1948 sont complétés par le tableau A, annexé au présent décret.

Ils sont modifiés à compter du 1<sup>er</sup> octobre 1953, conformément au tableau B, annexé au présent décret.

Art. 2. — Le ministre des finances et des affaires économiques, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre des affaires étrangères, le ministre de l'intérieur, le ministre de la défense nationale et des forces armées, le ministre de l'éducation nationale, le ministre des travaux publics, des transports et du tourisme, le ministre de l'industrie et du commerce, le ministre de l'agriculture, le ministre de la France d'outre-mer, le ministre du travail et de la sécurité sociale, le ministre de la reconstruction et du logement, le ministre des anciens combattants et victimes de la guerre, le ministre de la santé publique et de la population, le ministre des postes, télégraphes et téléphones, le secrétaire d'Etat à la présidence du conseil, le secrétaire d'Etat au budget, le secrétaire d'Etat à la présidence du conseil chargé des relations avec les Etats associés, le secrétaire d'Etat aux affaires économiques, le secrétaire d'Etat au commerce, le secrétaire d'Etat à l'agriculture, le secrétaire d'Etat à la France d'outre-mer, le secrétaire d'Etat à la marine, le secrétaire d'Etat à l'air, le secrétaire d'Etat à l'intérieur, le secrétaire d'Etat à la guerre, le secrétaire d'Etat aux beaux-arts et le secrétaire d'Etat à la marine marchande sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 29 décembre 1953.

JOSEPH LANIEL.

Par le président du conseil des ministres,

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

PAUL RIBEYRE.

Le ministre des affaires étrangères,  
GEORGES BIDAULT.

LOI n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,  
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1<sup>er</sup>. — Le livre III du code de la santé publique est complété ainsi qu'il suit :

#### TITRE VI

##### Lutte contre la toxicomanie.

« Art. L. 355-14. — Toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire.

#### CHAPITRE I<sup>er</sup>

##### Dispositions particulières aux personnes signalées par le procureur de la République.

« Art. L. 355-15. — Chaque fois que le procureur de la République, par application de l'article L. 628-1, aura enjoint à une personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants, de suivre une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale, il en informera l'autorité sanitaire compétente. Celle-ci fait procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé.

« Art. L. 355-16. — 1° Si, après examen médical, il apparaît que la personne est intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint de se présenter dans un établissement agréé choisi par l'intéressé, ou à défaut désigné d'office, pour suivre une cure de désintoxication.

« 2° Lorsque la personne a commencé la cure à laquelle elle a été invitée, elle fait parvenir à l'autorité sanitaire un certificat médical indiquant la date du début des soins, la durée probable du traitement, et l'établissement dans lequel ou sous la surveillance duquel aura lieu l'hospitalisation ou le traitement ambulatoire.

« 3° L'autorité sanitaire contrôle le déroulement du traitement et informe régulièrement le parquet de la situation médicale et sociale de la personne.

« 4° En cas d'interruption du traitement, le directeur de l'établissement ou le médecin responsable du traitement en informe immédiatement l'autorité sanitaire qui prévient le parquet.

« Art. L. 355-17. — 1° Si, après examen médical, il apparaît à l'autorité sanitaire que l'état de la personne ne nécessite pas une cure de désintoxication, cette autorité lui enjoindra de se placer, tout le temps nécessaire, sous surveillance médicale, soit d'un médecin choisi par elle, soit d'un dispensaire d'hygiène sociale ou d'un établissement sanitaire agréé, public ou privé.

Loi n° 70-1320 TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

#### Assemblée nationale :

Proposition de loi n° 829 ;  
Rapport de M. Mazeaud, au nom de la commission des lois (n° 1155 et 1330) ;  
Discussion et adoption le 30 juin 1970.

#### Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 358 (1969-1970) ;  
Rapport de M. Lemarié, au nom de la commission des affaires sociales, n° 39 (1970-1971) ;  
Avis de la commission des lois n° 35 (1970-1971) ;  
Discussion et adoption le 3 novembre 1970.

#### Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1427 ;  
Rapport de M. Mazeaud, au nom de la commission des lois (n° 1496) ;  
Discussion et adoption le 10 décembre 1970.

#### Sénat :

Proposition de loi, modifiée par l'Assemblée nationale, n° 102 (1970-1971) ;  
Rapport de M. Lemarié, au nom de la commission des affaires sociales, n° 117 (1970-1971) ;  
Avis de la commission des lois n° 121 (1970-1971) ;  
Discussion et adoption le 17 décembre 1970.

#### Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1555 ;  
Rapport de M. Mazeaud, au nom de la commission des lois (n° 1563) ;  
Discussion et adoption le 18 décembre 1970.

« 2° Lorsque la personne s'est soumise à la surveillance médicale à laquelle elle a été invitée, elle fait parvenir à l'autorité sanitaire un certificat médical indiquant la date du début de cette surveillance et sa durée probable.

« 3° L'autorité sanitaire contrôle le déroulement du traitement et informe régulièrement le parquet de la situation médicale et sociale de la personne.

« 4° En cas d'interruption de la surveillance médicale, le médecin responsable du traitement en informe immédiatement l'autorité sanitaire qui prévient le parquet.

#### CHAPITRE II

##### Dispositions particulières aux personnes signalées par les services médicaux et sociaux.

« Art. L. 355-18. — L'autorité sanitaire peut être saisie du cas d'une personne usant d'une façon illicite de stupéfiants soit par le certificat d'un médecin, soit par le rapport d'une assistante sociale. Elle fait alors procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé.

« Art. L. 355-19. — Si, après examen médical, il apparaît que la personne est intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint d'avoir à se présenter dans un établissement agréé, choisi par l'intéressé, ou à défaut désigné d'office, pour suivre une cure de désintoxication et d'en apporter la preuve.

« Art. L. 355-20. — Si, après examen médical, il apparaît que l'état de la personne ne nécessite pas une cure de désintoxication, l'autorité sanitaire lui enjoindra de se placer, tout le temps nécessaire, sous surveillance médicale, soit du médecin choisi par elle, soit d'un dispensaire d'hygiène sociale ou d'un établissement agréé, public ou privé.

#### CHAPITRE III

##### Dispositions particulières aux personnes se présentant spontanément aux services de prévention ou de cure.

« Art. L. 355-21. — Les toxicomanes qui se présenteront spontanément dans un dispensaire ou dans un établissement hospitalier, afin d'y être traités, ne seront pas soumis aux dispositions indiquées ci-dessus. Ils pourront, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne pourra être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.

« Les personnes ayant bénéficié d'un traitement dans les conditions prévues à l'alinéa précédent pourront demander au médecin qui les aura traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement. »

Art. 2. — Le chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre V du code de la santé publique est rédigé comme suit :

#### CHAPITRE I<sup>er</sup>

##### Substances vénéneuses.

« Art. L. 626. — Seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2.000 F à 10.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions des règlements d'administration publique concernant la production, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi des substances ou plantes ou la culture des plantes classées comme vénéneuses par voie réglementaire, ainsi que tout acte se rapportant à ces opérations.

« Les règlements visés ci-dessus pourront également prohiber toutes les opérations relatives à ces plantes et substances.

« Dans tous les cas prévus au présent article, les tribunaux pourront, en outre, ordonner la confiscation des substances ou des plantes saisies.

« Art. L. 627. — Seront punis d'un emprisonnement de deux ans à dix ans et d'une amende de 5.000 F à 50.000.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions des règlements d'administration publique prévus à l'article précédent et concernant les substances ou plantes vénéneuses classées comme stupéfiants par voie réglementaire. Lorsque le délit aura consisté dans

l'importation, la production, la fabrication, ou l'exportation illicites desdites substances ou plantes, la peine d'emprisonnement sera de dix à vingt ans.

« La tentative d'une des infractions réprimées par l'alinéa précédent sera punie comme le délit consommé. Il en sera de même de l'association ou de l'entente en vue de commettre ces infractions.

« Les peines prévues aux deux alinéas précédents pourront être prononcées alors même que les divers actes qui constituent les éléments de l'infraction auront été accomplis dans des pays différents.

« Seront également punis d'un emprisonnement de deux à dix ans et d'une amende de 5.000 F à 50.000.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement :

« 1° Ceux qui auront facilité à autrui l'usage desdites substances ou plantes, à titre onéreux ou à titre gratuit, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen ;

« 2° Ceux qui, au moyen d'ordonnances fictives ou d'ordonnances de complaisance, se seront fait délivrer ou auront tenté de se faire délivrer lesdites substances ou plantes ;

« 3° Ceux qui, connaissant le caractère fictif ou de complaisance de ces ordonnances, auront, sur la présentation qui leur en aura été faite, délivré lesdites substances ou plantes.

« Lorsque l'usage desdites substances ou plantes aura été facilité à un ou des mineurs de moins de vingt et un ans ou lorsque ces substances ou plantes leur auront été délivrées dans les conditions prévues au 3° ci-dessus, la peine d'emprisonnement sera de cinq à dix ans.

« Les tribunaux pourront, en outre, dans tous les cas prévus aux alinéas précédents, prononcer la peine de l'interdiction des droits civiques pendant une durée de cinq à dix ans.

« Ils pourront prononcer l'interdiction de séjour, pendant une durée de deux ans au moins et de cinq ans au plus, contre tout individu condamné en vertu du présent article. Ils pourront également prononcer le retrait du passeport ainsi que, pour une durée de trois ans au plus, la suspension du permis de conduire.

« Les dispositions de l'article 59 (alinéa 2) du code de procédure pénale sont applicables aux locaux où l'on usera en société de stupéfiants et à ceux où seront fabriqués, transformés ou entreposés illicitement lesdites substances ou plantes.

« Les visites, perquisitions et saisies ne pourront se faire que pour la recherche et la constatation des délits prévus au présent article. Elles devront être précédées d'une autorisation écrite du procureur de la République lorsqu'il s'agira de les effectuer dans une maison d'habitation ou un appartement, à moins qu'elles ne soient ordonnées par le juge d'instruction. Tout procès-verbal dressé pour un autre objet sera frappé de nullité.

« Art. L. 627-1. — Dans les hypothèses prévues à l'article L. 627, le délai de garde à vue est celui prévu aux premier et second alinéas de l'article 63 du code de procédure pénale.

« Toutefois, le procureur de la République, dans les cas visés aux articles 63 et 77 du code de procédure pénale et le juge d'instruction, dans le cas prévu à l'article 154 du même code, peuvent, par une autorisation écrite, la prolonger pour une durée de quarante-huit heures.

« Une deuxième prolongation peut être accordée dans les mêmes conditions pour une durée supplémentaire de vingt-quatre heures.

« Dès le début de la garde à vue, le procureur de la République doit désigner un médecin expert qui examinera toutes les vingt-quatre heures la personne gardée à vue et délivrera après chaque examen un certificat médical motivé qui sera versé au dossier.

« D'autres examens médicaux pourront être demandés par la personne retenue. Ces examens médicaux seront de droit.

« Art. L. 628. — Seront punis d'un emprisonnement de deux mois à un an et d'une amende de 500 F à 5.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants.

« Art. L. 628-1. — Le procureur de la République pourra enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer

sous surveillance médicale, dans les conditions prévues par les articles L. 355-15 à L. 355-17.

« L'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui se seront conformées au traitement médical qui leur aura été prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme.

« De même, l'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants, lorsqu'il sera établi qu'elles se sont soumises, depuis les faits qui leur sont reprochés, à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale, dans les conditions prévues par les articles L. 355-18 à L. 355-21.

« Dans tous les cas prévus au présent article, la confiscation des plantes et substances saisies sera prononcée, s'il y a lieu, par ordonnance du président du tribunal de grande instance sur la réquisition du procureur de la République.

« Les dispositions prévues aux alinéas 2 et 3 ci-dessus ne sont applicables que lors de la première infraction constatée. En cas de réitération de l'infraction, le procureur appréciera s'il convient ou non d'exercer l'action publique, le cas échéant dans les conditions du premier alinéa.

« Art. L. 628-2. — Les personnes inculpées du délit prévu par l'article L. 628, lorsqu'il aura été établi qu'elles relèvent d'un traitement médical, pourront être astreintes, par ordonnance du juge d'instruction ou du juge des enfants, à subir une cure de désintoxication accompagnée de toutes les mesures de surveillance médicale et de réadaptation appropriées à leur état.

« L'exécution de l'ordonnance prescrivant cette cure se poursuivra, s'il y a lieu, après la clôture de l'information, les règles fixées par l'article 148-1 (alinéas 2 à 4) du code de procédure pénale étant, le cas échéant, applicables.

« Art. L. 628-3. — La juridiction de jugement pourra, de même, astreindre les personnes désignées à l'article précédent à subir une cure de désintoxication, notamment en confirmant l'ordonnance visée à l'article précédent ou en en prolongeant les effets. Dans ces deux derniers cas, cette mesure sera déclarée exécutoire par provision à titre de mesure de protection. Dans les autres cas, elle pourra, au même titre, être déclarée exécutoire par provision.

« Lorsqu'il aura été fait application des dispositions prévues à l'article L. 628-2 et au premier alinéa du présent article, la juridiction saisie pourra ne pas prononcer les peines prévues par l'article L. 628.

« Art. L. 628-4. — Ceux qui se soustrairont à l'exécution d'une décision ayant ordonné la cure de désintoxication seront punis des peines prévues à l'article L. 628, sans préjudice, le cas échéant, d'une nouvelle application des dispositions des articles L. 628-2 et L. 628-3.

« Toutefois, ces sanctions ne seront pas applicables lorsque la cure de désintoxication constituera une obligation particulière imposée à une personne qui avait été condamnée à une peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve.

« Art. L. 628-5. — La cure de désintoxication prévue par les articles L. 628-2 et L. 628-3 sera subie soit dans un établissement spécialisé, soit sous surveillance médicale. L'autorité judiciaire sera informée de son déroulement et de ses résultats par le médecin responsable. Un règlement d'administration publique fixera les conditions dans lesquelles la cure sera exécutée.

« Les dépenses d'aménagement des établissements de cure ainsi que les frais d'hospitalisation, de cure et de surveillance médicale entraînés par l'application des articles L. 628-1 à L. 628-3 seront pris en charge par l'Etat. Le règlement visé ci-dessus fixera les modalités d'application de cette disposition.

« Art. L. 628-6. — Lorsque le juge d'instruction ou la juridiction saisie aura ordonné à un inculpé de se placer sous surveillance médicale ou l'aura astreint à une cure de désintoxication, l'exécution de ces mesures sera soumise aux dispositions des articles L. 628-2 à L. 628-5 ci-dessus, lesquelles font exception aux articles 138 (alinéa 2-10°) et suivants du code de procédure pénale en ce qu'ils concernent la désintoxication.

« Art. L. 629. — Dans tous les cas prévus par les articles L. 627 et L. 628, les tribunaux devront ordonner la confiscation des substances ou plantes saisies. Cette confiscation ne pourra toutefois être prononcée lorsque le délit aura été constaté dans une officine pharmaceutique si le délinquant n'est que

le gérant responsable, à moins que le propriétaire de l'officine n'ait fait acte de complicité ou que la détention de ces substances ou plantes ne soit illicite.

« Dans les cas prévus au premier alinéa et au 3° du quatrième alinéa de l'article L. 627, les tribunaux pourront interdire au condamné l'exercice de la profession à l'occasion de laquelle le délit aura été commis pendant un délai qui ne pourra excéder cinq ans.

« Dans les cas prévus au premier alinéa de l'article L. 627, la confiscation des matériels et installations ayant servi à la fabrication et au transport des substances ou plantes devra être ordonnée.

« Dans les cas prévus au 1° du quatrième alinéa de l'article L. 627, les tribunaux pourront ordonner la confiscation des ustensiles, matériels et meubles dont les lieux seront garnis et décorés, ainsi que l'interdiction pour le délinquant, pendant un délai qui ne pourra excéder cinq ans, d'exercer la profession sous le couvert de laquelle le délit aura été perpétré.

« Quiconque contreviendra à l'interdiction de l'exercice de sa profession prononcée en vertu des alinéas 2 et 4 du présent article sera puni d'un emprisonnement de six mois au moins et de deux ans au plus, et d'une amende de 3.600 F au moins et de 36.000 F au plus, ou de l'une de ces deux peines seulement.

« Art. L. 629-1. — En cas de poursuites exercées pour l'un des délits prévus aux articles L. 627 et L. 628, le juge d'instruction pourra ordonner à titre provisoire, pour une durée de trois mois au plus, la fermeture de tout hôtel, maison meublée, pension, débit de boissons, restaurant, club, cercle, dancing, lieu de spectacle ou leurs annexes, ou lieu quelconque ouvert au public ou utilisé par le public, où ont été commis ces délits par l'exploitant ou avec sa complicité.

« Cette fermeture pourra, quelle qu'en ait été la durée, faire l'objet de renouvellement dans les mêmes formes pour une durée de trois mois au plus chacun.

« Les décisions prévues aux alinéas précédents et celles statuant sur les demandes de mainlevée peuvent faire l'objet d'un recours devant la chambre d'accusation dans les vingt-quatre heures de leur exécution ou de la notification faite aux parties intéressées.

« Lorsqu'une juridiction de jugement est saisie, la mainlevée de la mesure de fermeture en cours, ou son renouvellement pour une durée de trois mois au plus chaque fois, est prononcée selon les règles fixées par l'article 143-1 (alinéas 2 à 4) du code de procédure pénale.

« Sans préjudice de l'application des dispositions du titre III du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, le tribunal pourra, dans tous les cas visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, ordonner la fermeture de l'établissement pour une durée de trois mois à cinq ans et prononcer, le cas échéant, le retrait de la licence de débit de boissons ou de restaurant.

« Art. L. 630. — Sans préjudice des dispositions de l'article 60 du code pénal, seront punis d'un emprisonnement de un an à cinq ans et d'une amende de 5.000 F à 500.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué à l'un des délits prévus et réprimés par les articles L. 627 et L. 628, alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet, ou qui les auront présentés sous un jour favorable.

« Seront punis des mêmes peines ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué, alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet, à l'usage de substances présentées comme ayant les effets de substances ou plantes stupéfiantes.

« En cas de provocation au moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger, pourvu qu'elles aient été perçues en France, les poursuites prévues aux alinéas précédents seront exercées contre les personnes énumérées à l'article 285 du code pénal, dans les conditions fixées par cet article, si le délit a été commis par la voie de la presse, et contre les personnes reconnues responsables de l'émission, ou, à leur défaut, les chefs d'établissements, directeurs ou gérants des entreprises ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit, si le délit a été commis par toute autre voie.

« Art. L. 630-1. — Sans préjudice de l'application des articles 23 et suivants de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945, les tribunaux pourront prononcer l'interdiction du

territoire français, pour une durée de deux à cinq ans, contre tout étranger condamné pour les délits prévus par les articles L. 626, L. 628, L. 628-4 et L. 630. Ils pourront prononcer l'interdiction définitive du territoire français contre tout étranger condamné pour les délits prévus à l'article L. 627.

« Le condamné sera dans tous les cas soumis aux dispositions des articles 27 et 28 de l'ordonnance précitée.

« Art. L. 630-2. — Les peines prévues au présent chapitre seront portées au double en cas de récidive, dans les conditions de l'article 58 du code pénal. »

Art. 3. — Les dépenses de prévention résultant de l'application de l'article 1<sup>er</sup> ainsi que les dépenses d'hospitalisation et de soins des personnes visées au chapitre III dudit article, sont réparties entre l'Etat et les départements selon les dispositions de l'article L. 190 du code de la famille et de l'aide sociale.

Art. 4. — Les dispositions de l'article 2 de la présente loi sont applicables aux territoires d'outre-mer.

Toutefois, dans les territoires des Comores, des îles Wallis et Futuna, de la Nouvelle-Calédonie et dépendances, de la Polynésie française, et dans le territoire français des Afars et des Issas, les conditions dans lesquelles les personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants subiront la cure de désintoxication prévue par les articles L. 628-1, L. 628-2, L. 628-3 et L. 628-5, seront fixées par des délibérations des assemblées locales.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 31 décembre 1970.

GEORGES POMPIDOU.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,  
JACQUES CHABAN-DELMAS.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,  
RENÉ PLEVEN.

Le ministre de l'intérieur,  
RAYMOND MARCELLIN.

Le ministre de l'économie et des finances,  
VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Le ministre délégué auprès du Premier ministre,  
chargé des départements et territoires d'outre-mer,  
HENRY REY.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale,  
ROBERT BOULIN.

**LOI n° 70-1321 du 31 décembre 1970 relative aux actes de disposition afférents à certains biens ayant appartenu à des contumax (1).**

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1<sup>er</sup>. — Les ventes faites par l'Etat, avant l'entrée en vigueur de l'article 639 du code de procédure pénale, d'immeubles confisqués en vertu d'une condamnation prononcée par contumace, dont la résolution a été, avant la publication de la présente loi, judiciairement constatée en raison de la représentation du contumax, sont validées sous la seule condition que les acquéreurs ou leurs ayants droit occupent encore matériellement les lieux.

La résolution est, dans ce cas, réputée n'avoir jamais produit effet.

Loi n° 70-1321 TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Assemblée nationale :

Proposition de loi n° 1190 ;  
Rapport de M. Foyer, au nom de la commission des lois (n° 1284) ;  
Discussion et adoption le 30 juin 1970.

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 361 (1969-1970) ;  
Rapport de M. J. Piot, au nom de la commission des lois, n° 105 (1970-1971) ;  
Discussion et adoption le 17 décembre 1970.

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1561 ;  
Rapport de M. Foyer, au nom de la commission des lois (n° 1588) ;  
Discussion et adoption le 18 décembre 1970.



## Annexe 14



**DIRECTION  
DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE**

DIRECTION INTERRÉGIONALE  
DES SERVICES PÉNITENTIAIRES DE RENNES

SERVICE PÉNITENTIAIRE D'INSERTION  
ET DE PROBATION DE LA MANCHE

Loïc KAPINSKI  
DIRECTEUR FONCTIONNEL DES SERVICES PÉNITENTIAIRES  
D'INSERTION ET DE PROBATION

Référence : 2017/LK/04

☎ 02 33 19 10 70  
☎ 02 33 19 10 72  
✉ [loic.kapinski@justice.fr](mailto:loic.kapinski@justice.fr)

### NOTE DE SERVICE

**Objet : Prise en charge PPSMJ / Analyses biologiques**

Afin de poursuivre l'harmonisation des pratiques professionnelles sur le service, je tiens à vous informer des procédures de travail à suivre dans le cadre de la gestion des analyses biologiques relatives aux obligations de soins des PPSMJ pour lesquelles vous assurez la prise en charge.

Les CPIP ne sont pas habilités à solliciter d'initiative la transmission d'une analyse auprès de leurs PPSMJ.

Ils ne peuvent le faire que dans trois cas particuliers :

- 1- Lorsque le magistrat l'a spécifiquement indiqué sur le jugement ou l'ordonnance transmis au service.
- 2- Lorsque le magistrat l'a indiqué sur APPI, que ce soit dans le cadre d'un rapport ou dans le cadre d'une note.
- 2- Lorsque la PPSMJ refuse de s'inscrire dans une démarche de soins, malgré l'obligation, et que le CPIP estime que la transmission régulière d'analyses biologiques pourrait être pertinente pour la situation en question. Auquel cas le CPIP transmettra cette proposition au JAP et attendra sa validation éventuelle avant de solliciter les analyses auprès de la PPSMJ.

**S.P.I.P. DE LA MANCHE**  
07 rue Eléonor Daubrée  
50207 COUTANCES Cedex

Dès lors qu'une PPSMJ se trouve dans l'obligation de présenter des analyses biologiques dans le cadre de son suivi, les CPIP veilleront à s'assurer que la PPSMJ dispose d'une couverture sociale et/ou des capacités financières de la personne prise en charge.

Au travers de la fiche diagnostic, cette analyse de la situation permettra au CPIP :

- 1- D'indiquer au magistrat que les capacités de la PPSMJ lui permettent de transmettre les analyses au rythme qu'il a imposé.
- 2- En cas d'absence de précisions par le magistrat, de lui proposer un rythme de transmission des analyses.

Il ne revient pas aux CPIP de déterminer les marqueurs qui doivent apparaître dans les analyses biologiques relatives aux problématiques alcooliques (GGT, CDT...). C'est aux magistrats d'indiquer quels sont leurs desideratas en la matière.

A cet effet les cadres chefs d'antenne feront le point avec leurs magistrats respectifs si cette question n'a jamais été soulevée.

Les CPIP ne doivent en aucun cas procéder à une interprétation des analyses biologiques.

Leur mission consiste à :

- 1- Soit transmettre l'analyse au magistrat si ce dernier la sollicite
- 2- Soit faire apparaître les valeurs dans les rapports qu'ils transmettent au magistrat, en précisant si ces dernières sont ou ne sont pas dans les normes.

A la lecture de ces éléments, vous pourriez être amenés à penser que les analyses biologiques n'ont que peu d'intérêt dans le travail que vous effectuez avec les PPSMJ, notamment lorsqu'il s'agit d'une problématique alcoolique.

Pour autant les discussions que j'ai pu mener avec certains d'entre vous sur le sujet m'ont amené à prendre conscience d'un élément indispensable.

En effet, au cours de ces échanges m'ont été relatés des exemples de situations au cours desquelles la PPSMJ avait pris conscience du taux anormalement élevé de certains marqueurs. La prise de conscience, non pas de la problématique addictive, mais de problèmes de santé était de fait initiée.

Vous comprendrez de fait comme moi qu'un tel élément constitue une possible première accroche pour aborder par la suite la question de la problématique.

Quoi qu'il en soit, les CPIP veilleront, dans ce type de situation, à orienter leurs PPSMJ vers leurs médecins traitants.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous apporterez à la présente note et vous prie de m'informer de toutes difficultés que vous pourriez rencontrer dans son application.

L. KAPINSKI  
DFSPIP

## ***Bibliographie :***

### **Ouvrages**

Marie-Sophie DEVRESSE : *Usagers de drogues et justice pénale ; perspectives criminologiques*, édition de Boeck, 360p.

Anne-Laure Fabas-Serlooten: *L'Obligation de soin en Droit Privé*, Presse de l'université Toulouse 1 capitole, Collection des Thèses de l'IFR, 2015, 659p.

Paul Mbanzoulou; Philippe Pottier: *Santé et Justice, Savoirs et pratiques*, Ed. L'harmattan, 2014 178p.

### **Rapport d'information**

*La prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice ; Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la Commission des Lois Constitutionnelles, de la Législation et de l'Administration Générale de la République, Présenté par M. Etienne Blanc, Député, 08/07/2009.*

L.Simmat-Durand, S. Toutain, *Les obligations de soins aux toxicomanes dans le cadre du sursis probatoire*, Centre de Recherche Sociologiques sur le droit et les Institutions Pénales (CESDIP), Ministère de la Justice et CNRS, 1999- n°80.

### **Lois, décrets :**

1er avril 1952. Décret portant règlement d'administration publique pour l'application de l'article 6 de la loi du 14 août 1885 sur les moyens de prévenir la récidive, *Criminocorpus* [en ligne] publié le 20 mars 2013, consulté le 13 juin 2016. Permalien : <https://criminocorpus.org/fr/ref/25/17199/>

15 avril 1954. Loi sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui, *Criminocorpus* [en ligne] publié le 21 mars 2013, consulté le 13 juin 2016. Permalien : <https://criminocorpus.org/fr/ref/25/17200/>

### **Guide pratique**

*Les soins obligés en addictologie*; Santé-Justice ; Fédération Addiction, 2<sup>e</sup> édition 2011.

*Les règles européennes relative à la probation*, Direction de l'Administration Pénitentiaire, collection Travaux et documents n°81, octobre 2013, Service de la communication et des relations internationales, p.18-19.

### **dossier documentaire/ cahier thématique:**

*Les soins pénalement ordonnés-* Journée d'analyse des pratiques professionnelles CPIP 19, le 09 avril 2015; Réalisé le 04/03/2015 par l'unité Médiathèque ENAP/DRD.

*Les soins pénalement ordonnés-* Journée d'analyse des pratiques professionnelles CPIP 18, le 22 et 23 mai 2014; Réalisé le 11/04/2014 par l'unité Médiathèque ENAP/DRD.

*Peut-on soigner sous contrainte :* Actual n°1 : Santé/Justice ; Les cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie, décembre 2006.

*Le secret médical : entre droit des patients et obligation déontologique :* Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins ; numéro spécial novembre-décembre 2012.

*Peut-on soigner sous la contrainte ?:* Colloque national Santé/justice ; les actes, intervention et échanges 22 et 23 mars 2007 ; Paris.

*Les Soins Obligés, ou l'utopie de la triple entente\_:* XXXIII Congrès français de criminologie, Association française de criminologie, Société belge de criminologie, Université Lille II, Dalloz ; 2002.

### **Articles :**

Biadi-Imhof Anne : *Relation thérapeutique et « soins obligés » en toxicomanie*, Psychotrope 3/2005 (vol.11), p.159-178.

URL : [www.cairn.info/revue-psychotropes-2005-3-page-159.htm](http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2005-3-page-159.htm).

DOI : [10.3917/psyt.113.0159](https://doi.org/10.3917/psyt.113.0159).

Blanc A. et Danet J. : *Loi du 17 juin 1998 : l'obligation de soin, 10 ans après*. AJ Pénale n°2 de février 2009 ; p 53 à p 67.

Roselyne Créte : *« L'obligation de soins : des contraintes partagées »*; Pour une clinique du toxicomane. Journée de Reims. Clinique et Contexte dans le traitement des toxicomanes. IRS ; 1998.

Licence accordée à olivier triquet olit1971@gmail.com – ip:192.54.145.146

Thérèse Ferragut : *De la récidive à la répétition ou le travail clinique et l'obligation de soins*, Psychotropes 2004/3 (Vol. 10), p. 173-185.

DOI 10.3917/psyt.103.0173

Frédéric Gros, Foucault et la société punitive, pouvoir 2010/4 (n°135), p13.

DOI 10.3917/pouv.135.0005

Xavier Lameyre : *Pour une éthique des soins pénalement obligés* ; Revue des sciences criminelles(3), juillet-septembre 2001.

Bernard Odier : “*On m’a dit de venir*”. *L’obligation judiciaire de soins*, L’information psychiatrique 2007/1 (Volume 83), p. 9-12.  
DOI 10.3917/inpsy.8301.0009

Senon JL. Et Manzanera C. : *L’obligation de soin dans la loi renforçant la lutte contre la Récidive* ; AJ Pénal n°9 de septembre 2007 ; p 367 à p 371.

### **Recherches internet**

Mary Hélène Bernard, Professeur de médecine légale; Frédéric Canas, assistant en médecine légale, Faculté de médecine de Reims : *Le secret médical*.  
[www.univ-reims.fr/gallery\\_files/site/1/90/1129/1384/1536/1545.pdf](http://www.univ-reims.fr/gallery_files/site/1/90/1129/1384/1536/1545.pdf)

Dominique Beynier : *L’obligation de soins comme alternative à la peine*.  
[dominiquebeynier.perso.sfr.fr/TxtDB/obligation\\_soins.pdf](http://dominiquebeynier.perso.sfr.fr/TxtDB/obligation_soins.pdf)

Conseil National de l’Ordre des Médecins: Art 4- Secret Professionnel ; 05/10/2015.  
[www.conseil-national.medecin.fr/print/913](http://www.conseil-national.medecin.fr/print/913)

L.Simmat Durand : *L’obligation de soins : une pratique ambiguë*. In *Déviance et société*. 1999-Vol.213-N°4.pp421-436.  
[Http://www.persee.fr/doc/ds\\_0378-7931\\_1999-num23-4-1705](http://www.persee.fr/doc/ds_0378-7931_1999-num23-4-1705)

Simmat-Durand L., Rouault T. : *Injonction thérapeutique et autres obligations de soins*.  
[www.cirddalsace.fr/docs/revue\\_toxibase/pdf/dossier\\_injonc.pdf](http://www.cirddalsace.fr/docs/revue_toxibase/pdf/dossier_injonc.pdf)

# *Table des Matières*

|   |    |
|---|----|
| <b>Introduction</b> .....   | 1  |
| <b>Première partie</b> : L'obligation de soins : la confrontation de deux logiques indissociables. .... | 7  |
| Chapitre I : La difficile définition de l'obligation soin.....  | 7  |
| Section I : La conceptualisation législative de l'OS.....   | 7  |
| Paragraphe 1 : Anamnèse .....   | 8  |
| A: Décret du 1er avril 1952 .....   | 8  |
| B: Loi du 24/12/1953 .....  | 8  |
| C: Loi du 15 août 1954 relative au traitement des personnes alcooliques dangereuse .....                | 9  |
| Paragraphe 2 : Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 .....  | 10 |
| Paragraphe 3 : Les obligations de soins.....  | 11 |
| A : Injonction de soins et injonction thérapeutique .....   | 11 |
| B : L'obligation de soins : art 132-45-3 du CP .....  | 13 |
| Section II : Les objectifs de l'obligation de soins et son évolution .....                              | 15 |
| Paragraphe 1 : De la contrainte vers le soin .....  | 15 |
| Paragraphe 2 : Les soins : variable d'ajustement des politiques de santé publique.....                  | 16 |
| Section III : Les limites du judiciaire .....   | 18 |
| Paragraphe 1 : Limitation de l'intervention du JAP.....   | 18 |
| Paragraphe 2 : Avis du comité consultatif national d'éthique.....                                       | 19 |
| Chapitre II : Obligation et soin : des notions antagonistes .....                                       | 20 |
| Section I : L'addiction et sa prise en charge .....   | 20 |
| Section II : Le secret médical .....  | 21 |
| Paragraphe 1 : Origine du secret médical et à qui s'oppose-t-il ? .....                                 | 22 |
| Paragraphe 2 : Le secret partagé .....  | 23 |
| A : Le secret partagé en matière médicale .....   | 23 |
| B : Le secret partagé ou le partage d'informations à caractère secret .....                             | 23 |



|   |     |
|---|-----|
| Section III : Les soins : obligation de moyen ou de résultat ? .....  | 41  |
| Paragraphe 1 : Glissement idéologique par le renforcement de la<br>lutte contre la récidive.....  | 41  |
| Paragraphe 2 : Conséquence sur la pratique des magistrats.....  | 42  |
| <br>Chapitre III : Le juge prescripteur de soin. ....   | 43  |
| Section I : Réduction des risques professionnelles et prévention<br>de la récidive. ....  | 44  |
| Paragraphe 1 : Principe de précaution .....   | 44  |
| Paragraphe 2 : L'obligation de soins en réponse à une norme<br>sociale plus pressante ? .....   | 45  |
| Section II : La question des analyses. ....   | 46  |
| Section III : S'agit-il d'une remise en cause de l'évaluation<br>médico-social au profit d'un plan supérieur : la Loi et son application ? .. | 48  |
| <br><b>Conclusion</b> .....   | 50  |
| <br><b>Annexes :</b> .....  | 51  |
| <br><b>Bibliographie :</b> .....  | 100 |
| <br><b>Table des matières :</b> .....   | 103 |



### **Obligation de soins et addictions : légitimité juridique des demandes d'analyses médicales en réponse à la prévention de la récidive.**

L'obligation de soins, dans les mesures probatoires, a pris une part de plus en plus importante parmi les obligations particulières prononcées par les juridictions.

L'obligation de soins pose une multitude de questions sur la prise en charge des personnes condamnées, et un paradoxe impossible : la confrontation d'une pluralité de point de vue que tout oppose : la santé et la justice. Cette interrogation soulève ainsi la question de la compétence des juges dans ses demandes d'analyses médicales. Du professionnel qui fait appliquer la loi, il devient prescripteur de soin.

Bien que condamnés, les personnes n'en gardent pas moins des droits reconnus mais qui semblent être remis en cause dans le cadre de l'obligation de soins. La question du consentement aux soins ou de la contractualisation du soin, le droit de dire non et de disposer de son corps face à la demande des analyses médicales réinterrogent les pratiques des magistrats, des soignants et des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation.

Cependant, depuis la loi du 10 août 2007, renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, les textes ont peu à peu établi des principes directeurs pour la mise en place de sanctions de plus en plus dissuasives en cas de récidive : du traitement de la délinquance, on a peu à peu basculé vers un traitement de la récidive pour faire de l'obligation de soins un traitement de la dangerosité et faire du juge un prescripteur de soin.

**Mots-clés :** obligation de soins – analyses médicales – prévention – consentement – secret.