

Master 2

Droit de l'Exécution des peines et Droits de l'Homme

Institut de Droit et d'Economie d'Agen

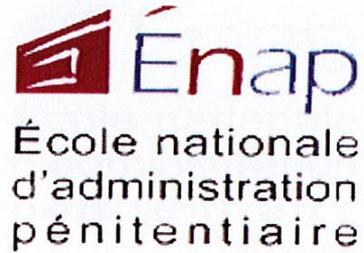
Promotion Française TULKENS 2023-2024

Infractions d'usages de stupéfiants et prises en
charge de leurs auteurs

Mémoire présenté par Déborah MICHEL

Sous la direction de Monsieur Pascal FAUCHER

Vice-président chargé de l'application des peines, TJ Bordeaux



Master 2

Droit de l'Exécution des peines et Droits de l'Homme

Institut de Droit et d'Economie d'Agen

Promotion Française TULKENS 2023-2024

Infractions d'usages de stupéfiants et prises en
charge de leurs auteurs

Mémoire présenté par Déborah MICHEL

Sous la direction de Monsieur Pascal FAUCHER

Vice-président chargé de l'application des peines, TJ Bordeaux

« 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 remercie tout d'abord Monsieur Pascal FAUCHER d'avoir accepté de diriger mon mémoire.

Je remercie également, l'ENAP, la DAP ainsi que Monsieur François FEVRIER et Monsieur Jean Paul CERE de nous permettre, nous professionnels, de poursuivre ce Master II droit de l'exécution des peines et droits de l'Homme. Il s'agit d'une véritable chance et opportunité dont je suis fier d'avoir pu bénéficier.

Aussi, je remercie l'ensemble des intervenants du Master pour la qualité des cours dispensés.

Je tiens également à remercier Monsieur Bruno FEDON, Monsieur John STURGEON et Monsieur NEGGAR, Chef de Service à ALT CSAPA à Strasbourg ; pour leurs disponibilités, leurs réponses et leurs conseils particulièrement enrichissants pour ma réflexion.

Je remercie bien évidemment mes collègues qui ont répondu à mon questionnaire, qui m'ont confié leurs points de vue et leurs conseils précieux. Ils ont contribué à la technicité et à l'approfondissement des réflexions pour la réalisation de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement l'une d'entre eux pour son soutien particulier et ses apports pour faire évoluer mon mémoire.

J'adresse également ma gratitude à l'ensemble des personnels de la Médiathèque Gabriel Tarde de l'ENAP pour la qualité de leur accueil, de leurs services et la qualité des ressources mises à disposition des élèves.

Je remercie aussi chaleureusement toutes les personnes de mon entourage avec qui j'ai eu des échanges intéressants, pertinents, et qualitatifs autour de mon sujet ; ces personnes qui se sont intéressés à ce travail et qui m'ont fait progresser grâce à leurs questions et leurs remarques.

Je tiens aussi à remercier mes proches pour leur soutien logistique indispensable à la réalisation de ce mémoire, et particulièrement Charline pour son soutien indéfectible dans tous mes travaux

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

CP : Code Pénal

CPIP : Conseiller.ère Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CPP : Code de Procédure Pénale

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP : Code de la Santé Publique

ILS : Infractions à la Législation des Stupéfiants

JAP : Juge d'Application des Peines

REP : Règles Européennes relatives à la Probation

RPO : Référentiel des Pratiques Opérationnelles

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

TIG : Travail d'Intérêt Général

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 - DE LA PENALISATION DES FAITS D'USAGES A L'EXECUTION DES PEINES EN MATIERE DE STUPEFIANTS	11
1. CHAPITRE 1 - LA PENALISATION DES USAGES DE STUPEFIANTS : L'INTERVENTION DES INSTITUTIONS JUDICIAIRES AU SERVICE DE LA PROHIBITION.....	12
2. CHAPITRE 2 : L'EXECUTION DES PEINES AU SERVICE DE LA REPRESSION DES USAGERS	22
PARTIE 2 - DES PRISES EN CHARGE DES USAGERS DE STUPEFIANTS A L'IMPACT SUR LES POLITIQUES PENALES EN MATIERE DE STUPEFIANTS.....	30
1. CHAPITRE 1 - LE TEMPS DE LA PROBATION : LA CRIMINOLOGIE AU SOUTIEN DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE STUPEFIANTS	31
2. CHAPITRE 2 – DE LA PROBATION A DES PISTES DE REFLEXIONS POUR L'AMELIORATION DU TRAITEMENT DES FAITS D'USAGES ?	42
CONCLUSION	54
ANNEXES.....	56
RESSOURCES	69

INTRODUCTION

« *Magistrat ou médecin, sociologue ou philosophe ; des enjeux différents pour une même recherche : approcher cette exigence du « bien dire » ou se nouent en dernier ressort les fils d'une éthique* » cette citation extraite du livre *L'esprit des drogues*¹ illustre parfaitement la pluralité d'acteurs intéressés par un fait social, qui est la consommation de drogues, et comment chacun tente d'appréhender au mieux ce fait qui pose autant de problèmes que de questionnements en matière de liberté individuelle, de santé, de justice, entre autre.

Xavier, anonyme citoyen lambda et consommateur de stupéfiants, sur radio France dans l'émission *le 18/20* du 08 septembre 2020 dont le sujet du jour pose la question « peut-on éradiquer le trafic de stupéfiants ? » témoigne. Il affirme « *peu importe ce qu'ils veulent [les autorités] nous faire je pense que les consommateurs ils ne s'arrêteront jamais...* ». Il ajoute « *avant on voulait nous mettre en prison, on nous mettait en garde à vue, ça changeait rien* ».

Quelques secondes après Monsieur Samuel VUELTA SIMON procureur de la République (PR) de Toulouse en réponse « *en faisant ça il (Xavier) participe à plein de chose, sans le savoir peut-être, il participe au fait que les enfants préfèrent être guetteurs que aller à l'école [...] que les groupes criminels qui se disputent les territoires finissent par s'entretuer...* », « *toute cette consommation anodine et décomplexée [...] favorise tout cela [...] consommer de la dogue alors que c'est interdit ça entraine des conséquences* ».

Plus tard, c'est Madame Sabrina RIGOLLE, officier de police judiciaire, qui évoquera les problèmes de santé publique que les consommations de stupéfiants posent.

1. Une fois ces points de vue posés, d'une part la difficile prévention et lutte contre les consommations, et d'autres part la nécessité de lutter contre les trafics et de favoriser la santé publique, que fait-on ? Aujourd'hui la seule et unique réponse est pénale, elle fait une petite place à la réponse sanitaire qui, bien qu'existante, ne peut être engagée que dès lors que la consommation est relevée par les services de police et de gendarmerie. L'usage et le commerce de drogues sont érigés au statut d'infractions pénales, dites infractions à la législation des stupéfiants (ILS) depuis la loi de 1970 relative *aux mesures sanitaires*

¹Jean-Michel HERVIEU, *L'Esprit des drogues : la dépendance hors la loi ?* éditions autrement, série Mutations, avril 1989 (n°106), page 63.

*de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses*² dites loi sur les stupéfiants et seule loi, toujours en vigueur, régissant ces phénomènes.

2. À l'appui de ces commentaires et témoignages quelques chiffres : En 2022, la France compterait 5 millions d'usagers de stupéfiants sans considération de la régularité³. Les trafics de stupéfiants généreraient eux, entre 3,5 milliards et 6 milliards d'euros⁴. Plus de 250 000 personnes sont mises en cause pour des usages de stupéfiants⁵. Surtout les chiffres des taux de récidive et de réitération sont inquiétants, en 2020 les ILS connaissaient des taux de récidive à 16% et de réitération à 34,4% ce qui est supérieur aux taux pour tous les délits confondus⁶.

3. Finalement, santé publique, sécurité, enjeux sociaux, liberté individuelle, sont concernés par les consommations et trafics de stupéfiants. À cela il faut ajouter d'autres conséquences, celles-ci préjudiciables sans conteste : trafics internationaux, règlements de compte, délits routiers, conduite addictive... Néanmoins, malgré les champs concernés et les conséquences connues et dommageables, aujourd'hui, en politique, la préoccupation des ILS est en second plan. Les politiques de santé publique ont fait une large place aux politiques pénales et judiciaires suite au vote de la loi de 1970 ou s'est d'ailleurs joué un bras de fer « santé-pénalisation ». L'accent des politiques pénales et judiciaires, lui, est mis sur d'autres sujets sociétaux notamment les violences conjugales et la radicalisation violente. Outre ces politiques publiques, qui ne peuvent agir sans les sciences ; la criminologie, elle aussi, ne s'est probablement pas ou peu intéressée aux ILS. Cette discipline récente de laquelle découlent de nombreuses théories d'évaluation du risque de récidive, et qui rend plus efficace sa prévention, ne fait pas encore une part bien spécifique à cette catégorie d'infraction. Pendant ce temps les consommations et trafics de stupéfiants demeurent avec leurs lots de conséquences sociales et sociétales et le constat est commun : opinion publique, consommateurs, acteurs sanitaires et pénaux (magistrats, administration pénitentiaire), tous affirment que « rien ne change » et qu'il est difficile de prendre en

² Loi du 31 décembre 1970 n°70-1320

³ Selon l'Observatoire français des drogues (OFDT)

⁴ Chiffres les Echos - mai 2024

⁵ Selon le service statistique ministériel de la sécurité intérieure

⁶ Chiffres JUSTICE PÉNAL, le traitement judiciaire des auteurs d'infractions pénales, 7.7 LA RÉCIDIVE ET LA RÉITÉRATION DES CONDAMNÉS, année 2020

charge les phénomènes de consommations et de trafics. Nous sommes dans une impasse et ce depuis des décennies.

4. LES Histoires des drogues et des trafics

Il est fondamental de rappeler que l'histoire des trafics de drogues se distingue de l'histoire des drogues et de leurs usages. L'histoire des trafics éclaire sur la prohibition. Cette histoire nous raconte que les motivations premières ont été de restreindre et contrôler un outil commercial, instrument de guerre et de domination. L'histoire des drogues elle est bien plus large, plus ancienne et renseigne davantage sur des pratiques spirituelles, sociologiques, médicales et sur l'évolution de l'Homme avec son environnement. Ainsi l'une (l'histoire des trafics) a fait place à un débat socio-criminel menant à la régulation des produits et la lutte contre les trafics, quand l'autre (l'histoire de la drogue) a fait place à un débat socio-philosophique sur l'utilisation des stupéfiants. Et c'est bien ces débats qui aujourd'hui s'opposent encore, contre quoi et qui lutte-t-on ?

Evidemment ces deux histoires ne sont pas parallèles, elles s'entremêlent autour de l'aspect dit « hygiéniste⁷ » qui se traduit aujourd'hui dans la notion de « sanitaire » et sont indissociables de l'évolution sociale et sanitaire du XXème siècle. Alfred William MacCoyl historien affirmait :

« Le contrôle des drogues et la prohibition sont nés du même mouvement progressiste qui nous a donné l'Etat moderne, L'Etat providence qui nous a apporté les réformes sociales, la protection des travailleurs et les syndicats. »

5. Des lois et conventions originelles au support du contrôle des échanges et de la fabrication de stupéfiants.

Au départ, l'Occident lutte pour le contrôle du marché⁸. La Convention de La Haye de 1912, à dimension internationale, est le premier texte qui propose un contrôle des produits stupéfiants. Il s'agit de créer un marché licite pour l'opium, et contrôler que sa production est à destination du marché pharmaceutique et médical. Il s'agit de droit commercial international. On ne parle pas encore de mesure sanitaire et il n'est pas interdit de se droguer.

⁷ Il faut entendre la définition du traité d'hygiène qui définit ainsi la notion : « branche de la médecine qui traite de tout ce qu'il convient de faire pour préserver et pour améliorer la santé ».

⁸ - Repère de l'Histoire : la guerre de l'Opium menée par la Grande-Bretagne en Chine au 19^{ème} siècle.
- Histoire du trafic de drogues | Docurama podcast

En 1916, pour la première fois, le législateur français adopte une loi⁹ qui permet un contrôle de la distribution des stupéfiants en criminalisant les distributions hors cadre légal. L'objectif est toujours de contrôler la délivrance de marchandises. L'usager et l'usage ne sont toujours pas réprimés mais on commence à scruter les fumeurs d'opium qui représentent à cette époque des catégories sociales plutôt aisées et intellectuelles. C'est la jurisprudence qui, sur la base de ce texte, réprimera en première, expressément l'usager¹⁰.

En 1925, on crée le Comité Central Permanent des Stupéfiants et, en 1931, l'Organe de Contrôle des Stupéfiants qui sont deux organes issus de conventions internationales.

Dans le début des années 60, il y a une massification des consommations de drogues en France. On voit se dessiner les prémices de l'amalgame trafics / consommations mais les volontés à cette époque, ne sont pas suffisamment fortes et dotées d'outils pour enrayer réellement les trafics. L'épidémie continue à se propager.

A partir de 1961, la Convention de Genève ouvre la voie législative internationale du contrôle de la fabrication. Elle sera complétée par des conventions de 1971 et de 1988. En 1968 on crée l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS) organe effectif de contrôle et de sanction.

6. Puis en 1970, en France, le législateur tranche pour continuer à lutter contre les trafics et par la même condamner les usages de substances dangereuses

Il s'agit de la transcription des conventions des lois internationales en droit interne qui s'inscrit dans un contexte propre au territoire national. Dans les propositions de lois on s'interrogeait déjà sur la distinction trafiquants / usagers. Les perceptions des trafiquants profitant de bénéfices, et celles des usagers comme malades étaient présentes dans les débats¹¹. Monsieur MASSOT rapporteur à l'Assemblée Nationale affirmait « *le toxicomane est un malade qu'il faut soigner plutôt qu'un délinquant qu'il faut punir* »¹². Le message est simple, limpide et concis. Néanmoins on sait que la dangerosité du produit et la volonté d'enrayer les trafics à emporter l'assentiment du législateur dans un contexte où, les consommateurs apparaissaient de plus en plus incontrôlables, et en proie à des

⁹ Loi du 12 juillet 1916

¹⁰ Olivier MAGUET et Dominique DUMAND, *Histoire de la constitution d'une norme anti-drogue internationale*, dans *Multitudes* 2011/1 (n° 44), pages 60 à 63.

¹¹ Elisabeth DOLARD, *Drogue pourquoi a-t-on interdit l'usage de stupéfiants*, ed ESKA, ed Alexandre Lacassagne, page 46.

¹² *Ibid*, page 46, référence note numéro 149.

difficultés d'ordre sanitaire à l'image de l'héroïnomane (crises de manque, dépendances, délires etc.), mais aussi dans un contexte où la consommation apparaissait la lubie de groupes dissidents et contestataires des pouvoirs politiques. Si les discussions n'ont pas différé d'alors, le penchant pour cet assentiment en faveur de la dangerosité du produit se trouve donc dans le contexte socio-sanitaire et politique de l'époque.

Nombreux sont les auteurs qui mettent en avant cette dichotomie entre les propositions et discussions autour de ce texte et le résultat répressif. Ce résultat irrigue encore le traitement des ILS à ce jour puisqu'il n'y a eu aucune réforme profonde en la matière. De la même manière les points de désaccords dans les discussions sont toujours les mêmes¹³.

7. Une loi inédite au support de la lutte contre l'épidémie sanitaire

Finale­ment l'histoire de la répression et de la prohibition des drogues est très récente à l'échelle de l'être humain puisque les premières lois de contrôle apparaissent au XXème siècle. Avec la loi de 1970 l'usage privé devient expressément interdit, c'est une première. Toutefois c'est aussi à partir de la loi de 1970 que l'on prend vraiment en compte la dimension médico-sanitaire. On fait une place aux arguments du corps médical alors que ce qui a toujours primé, depuis le début de l'encadrement des drogues dans les années 1910, ce sont les arguments commerciaux, de régulation et de contrôle de substances. Finale­ment ça ne fait pas encore 55 ans que l'on s'intéresse à l'intervention sanitaire et médicale auprès des usagers dans la loi. Ce fait est à saluer, outre le caractère répressif prégnant de la loi, elle ouvre une possibilité d'intervention et de considération de l'épidémie sanitaire, en phase d'application des peines, par des acteurs qui interviendront auprès des usagers à savoir : magistrats, service pénitentiaire d'insertion et de probation et leurs conseillers (CPIP), acteurs sanitaires etc.

L'association Addiction France évoque, à propos de la loi de 1970 : *« l'accord des ministres sur la nécessité d'une liaison entre la santé, la justice et l'intérieur pour encadrer les usagers avec une possibilité d'échapper aux poursuites grâce à une surveillance sanitaire »*.¹⁴

Ainsi s'il résulte de l'étude des histoires des drogues, des débats suscités et des textes législatifs en découlant que, définir une drogue comme licite ou non est d'abord un

¹³ Voir infra : paragraphe « Des propositions de loi en cours, la poursuite de l'impossible consensus répressif / sanitaire ».

¹⁴ Bernard BASSET, Alain RIGAUD, Myriam SAVY, Association Addiction France, décryptage n°43, *la loi de 70 sur les stupéfiants 50 ans de répression ou pas*, janv 21.

choix politique et social plus qu'un choix médical et culturel, ces considérations permettent toutefois de considérer l'usager et ses problématiques d'usage.

8. Des infractions prévues par le Code de la Santé Publique (CSP) et par le Code Pénal (CP)

*« L'objectif du classement d'une substance dans la liste des stupéfiants est de protéger la santé publique et d'éviter la libre circulation de substances jugées dangereuses. La loi française sur les stupéfiants cherche à réprimer la demande de ces substances (usage illicite) et leur offre sur le marché (trafic des stupéfiants) ».*¹⁵ Ce résumé de la loi applicable en France de l'agence santé publique France¹⁶ illustre que la demande et l'offre sont réprimés. On parle d'ILS sur le plan pénal, c'est la classification officielle de la nomenclature française des infractions (NFI)¹⁷ reprise dans l'élaboration de statistiques.

S'agissant de la demande de substances c'est au code de la santé publique (CSP) que sont prévus les textes réprimant la demande, ou l'usage. Le CSP contient un livre, le livre IV, intitulé « lutte contre la toxicomanie ». On y trouve les dispositions générales¹⁸ où il est prôné la prise en charge sanitaire. La politique de réduction des risques¹⁹ vient ensuite. Puis vient l'article L3421-1 qui condamne l'usage et le punit de 1 an d'emprisonnement et 3750 euros d'amende. Il est aussi interdit la provocation à l'usage de stupéfiant et la présentation sous un jour favorable des faits d'usage ou de trafic de stupéfiants. Ces faits peuvent être punis d'une peine de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende²⁰.

S'agissant de l'offre, tous les autres faits et actes en lien avec les stupéfiants sont prévus au code pénal qui prévoit notamment la criminalisation des comportements organisant la circulation et la production des stupéfiants. Les peines encourues vont de la réclusion à 20 ans, à la réclusion criminelle à perpétuité, et les amendes peuvent atteindre 7,5 millions d'euro²¹. Le code de procédure pénale prévoit un régime d'enquête spécifique pour les

¹⁵ Drogue info-servie.fr

¹⁶ Placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé

¹⁷ Division 06.A de la NFI

¹⁸ Articles L3411-1 à L3411-6 du code de la santé publique

¹⁹ Loi du 09 août 2004 – article L3411-7 et suivant du code de la santé publique

²⁰ Article L3421-4 du code de la santé publique

²¹ Articles 222-34 et -35 et -36 du code pénal

affaires de trafic de stupéfiants²². Enfin les faits de trafic de stupéfiants constituent également des délits douaniers²³.

Ainsi il y a, d'une part les usages, et d'autres parts les trafics, dont la distinction est évidente, tant par les textes prévus à des codes différents, que par les peines encourues. Toutefois l'offre et la demande, l'usage et le trafic, ne sont pas des actions, des faits systématiquement séparés. Ils s'imbriquent nécessairement et c'est d'ailleurs pour cela que la NFI les classe dans la catégorie commune des ILS. Ainsi une série de délits envisagés par le CP, à la section « du trafic de stupéfiants », prévoient les infractions qui ne sont pas des simples usages, ni des trafics au sens criminel mais qui s'en rapprochent dans les actes prévus. Ces articles font état du transport, de la détention, de l'offre, de la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants, et font encourir à leurs auteurs jusqu'à 10 ans d'emprisonnement et 7 500 000 euros d'amende²⁴. Sont prévus également la délivrance de stupéfiants au moyen d'ordonnances fictives ou de complaisances, et la facilitation, par quelque moyen que ce soit, d'usage illicite de stupéfiants, ainsi que le « blanchiment »²⁵. Enfin sont prévues la cession ou l'offre illicite de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle qui sont passibles de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros²⁶ d'amende. Toutes ces infractions font aussi encourir à leurs auteurs des peines complémentaires : travaux d'intérêts généraux (TIG), stage, confiscation, interdictions, etc.

Plus récemment, en 2003, on vient sanctionner d'emprisonnement et de peines complémentaires la conduite sous stupéfiants²⁷.

9. La récente procédure d'amende forfaitaire en cas d'usages de stupéfiant

La dernière réforme en matière de stupéfiants, qui s'ajoute au cadre existant, est entrée en vigueur en 2019²⁸. Elle instaure l'amende forfaitaire pour l'usager de stupéfiants interpellé. On voit bien à travers cette mesure que, à rebours de ce qui a été proposé auparavant dans un axe sanitaire certes secondaire mais présent tout de même, désormais

²² Allongement du temps de garde à vue jusqu'à 96 heures sur autorisation du magistrat, perquisitions de nuit, sonorisations, livraisons surveillées notamment.

²³ Articles 414 à 416 bis du code des douanes

²⁴ Articles 222-37 et suivants du code pénal

²⁵ Article 222-38 du code pénal

²⁶ Article 222-39 du code pénal

²⁷ Loi du 3 février 2003 et du 12 juin 2003, articles L235-1 à -5 du code de la route

²⁸ Loi du 23 mars 2019 modifiant l'article L3421-1 du code de la santé publique en renvoyant à l'article 495-17 du CPP qui prévoit une amende forfaitaire de 200 euros en cas d'usage de stupéfiants.

c'est bien la répression qui prime. Cette mesure n'a aucune valeur motivante pour les consommateurs malades. Pire encore cela instaure une inégalité de traitement, si on a les moyens on paye. D'autant plus que cette amende forfaitaire, qui concerne d'autres délits, exclu les cas de récidive, à l'exception prévue au texte des usages de stupéfiants.

A noter que cette procédure ne concerne pas les mineurs, leur mise à l'écart est certainement à saluer, il s'agit de les préserver dans des dispositifs davantage sanitaires.

Force est de constater que cette loi vient réduire la marge de lutte contre les conduites addictives. Elle est, une nouvelle fois, révélatrice de la difficulté pour le législateur d'agir et de définir les termes de la prise en charge des ILS.

10. Des propositions de loi en cours, la poursuite de l'impossible consensus répressif / sanitaire

Actuellement deux propositions de lois sont en cours, l'une du 18 mai 2021²⁹ et l'autre du 25 avril 2023³⁰. L'une parle de « trafic » et de « stupéfiants » quand l'autre évoque « le commerce illégal » et « les drogues ». Ces propositions, qui emploient des mots différents pour cibler des maux similaires, visent toutes les deux à prendre en charge la lutte contre la délinquance liée aux drogues et ont la volonté de redonner de l'efficacité dans les dispositifs de prise en charge. L'une des propositions (de 2021), est portée sur la prévention des risques liés à l'usage des drogues et vise, entre autres, à dépénaliser l'usage du cannabis, quand l'autre proposition (de 2023), elle souhaite renforcer la responsabilité de l'usager et va jusqu'à employer les termes de lutte efficace contre les consommateurs. Néanmoins, et sans surprise, les déclarations liminaires de ces deux textes s'accordent à dire que nous faisons actuellement face à un échec des politiques publiques et pénales, en matière de lutte contre les trafics et les usages de drogues, et affirment que le commerce et la consommation de drogue sont un fléau social. Ces deux propositions perpétuent l'interminable débat polarisé, ou les uns veulent plus de mesures sanitaires, et les autres plus de répression, poursuivant pourtant la même volonté de redonner de l'efficacité aux politiques publiques, pénales, sanitaires, et de sécurité.

Mais de quoi parle-t-on précisément lorsque l'on évoque les usages de stupéfiants ?

²⁹ Proposition de loi n°4173 relative à la lutte contre le commerce illégal de drogues. Cette proposition fait l'objet d'un renvoi devant la commission des affaires sociales.

³⁰ Proposition de loi n°1147 visant à lutter efficacement contre le trafic de stupéfiants renvoyé devant la Commission des lois constitutionnelles.

11. Qu'est-ce qu'une drogue ? un stupéfiant ?

Une confusion majeure est faite entre la drogue et les stupéfiants qu'il convient de clarifier. L'appellation « drogue » désigne « *toute substance psychotrope ou psychoactive qui perturbe le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience* ». ³¹

Les stupéfiants eux sont définis ainsi : « *Substance, médicamenteuse ou non, dont l'action sédatrice, analgésique, narcotique et/ou euphorisante provoque à la longue une accoutumance et une pharmacodépendance (toxicomanie)* ». ³²

Ces deux définitions apparaissent similaires en beaucoup de points, pourtant l'une est une notion sociale, quand l'autre est une notion juridique objet d'une réglementation sanitaire. Les drogues correspondent donc à ce que l'opinion publique nomme ainsi dès lors qu'un produit apparaît nocif, addictif ou dangereux. Les stupéfiants sont ces mêmes produits dès lors qu'ils sont sous le coup d'un contrôle, ou d'une interdiction du législateur, et qu'ils sont par conséquent illicites. Le classement d'une substance comme stupéfiants est cependant déterminée par un acteur de santé : l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de Santé (ANSM) ³³, qui évalue la toxicité, l'intérêt thérapeutique, et le potentiel d'abus d'un produit ³⁴.

C'est l'arrêté du 22 février 1990 fixe la liste des substances classées comme stupéfiants et stupéfiants dangereux dont la dernière version date de mai 2021 ³⁵.

Ainsi on définit tel ou tel produit comme stupéfiant alors que tel ou tel autre ne l'est pas mais les deux pouvant être des drogues par définition. La définition de stupéfiants va orienter la société dans l'acceptation ou non de l'usage d'une substance qui a les caractéristiques d'une drogue.

12. Qu'est-ce que l'usage de stupéfiants ?

Dans les développements de l'histoire et des lois en matière de stupéfiants on s'aperçoit que « l'usage » revêt plusieurs dimensions. Tout d'abord une dimension sociale en ce qu'il correspond à un comportement de consommation d'une substance, en ce sens il s'agit d'un fait social qui relève de la liberté individuelle d'une personne d'adopter ou non ce

³¹ Définition de la MILDECA

³² Définition du Dictionnaire Larousse

³³ Depuis la Loi du 07 décembre 2020

³⁴ Information du site internet de la MILDECA : [En matière de stupéfiants | MILDECA \(drogues.gouv.fr\)](https://www.mildeca.fr/)

³⁵ Arrêté du 18 mai 2021 JORF n°0118 et article L5132-7 du code de la santé publique

comportement. Il fait de son acteur un usager. C'est d'ailleurs un comportement et un statut qui a préexisté à la loi de prohibition des usages. En 1880 apparaît le terme de « toxicomanes » qui sont les consommateurs de drogues indistinguées qui subissent les effets de l'intoxication volontaire³⁶.

La dimension juridique : l'usage, au vu des textes de loi, apparaît, de prime abord, comme se cantonnant aux articles du CSP ou il est expressément cité et réprimé. Le CP lui ne fait pas de place au simple usage.

En réalité définir l'usage et par extension l'usager, sur le plan pénal, est au cœur du sujet de leur prise en charge et ainsi occupera les développements à suivre. En effet puisque les lois originelles veulent contrôler l'offre des drogues, pour finalement aboutir sur une loi qui prohibe les usages privés, il en résulte nécessairement une définition juridique et légale « d'usage » amalgamée.

13. La difficile prise en charge des usagers de stupéfiants dans ce contexte

En conclusion, aujourd'hui, en France le débat est englué, figé et polarisé, résultat on peine à prendre en charge cette criminalité et leurs auteurs, à apporter une réponse adaptée et efficace. Tous les imbroglios autour des faits sociaux qui concernent les drogues, et sur lesquels tout le monde à un avis, invitent toujours à la binarité du traitement de ces faits : entre prohibition et sanitarisation, entre contrôle étatique et liberté individuelle, entre diabolisation et banalisation.

Dans tous ces débats la légitimité d'un acteur à définir le bien ou le mal, les bienfaits et méfaits de ce fait, et plus ou moins évidente selon son champ de compétence et son domaine d'action ; et celui qui souffre systématiquement de cette binarité, et de cette impossible consensus, c'est l'usager à qui on ne propose pas ou peu de solutions satisfaisantes au regard de la réalité du fait social qu'est l'usage de stupéfiants.

La prise en charge des usages, elle, s'effectue par des acteurs dédiés, et correspond majoritairement au temps de l'application des peines et de la probation³⁷ puisque nous parlons d'un fait qui correspond à une infraction pénale, pour lequel une peine pourra être

³⁶ Jean Jacques YVOREL, Podcast Histoire des drogues - épisode 3/4 - *la figure du toxicomane et l'histoire légale de la drogue*.

³⁷ - Définition du dictionnaire : « *Période de mise à l'épreuve* ».

- Définition selon les Recommandations du Conseil de l'Europe « *ce terme décrit l'exécution en milieu ouvert des sanctions et mesures définies par la loi et prononcées à l'encontre d'un auteur d'infraction. Elle consiste en toute une série d'activités et d'interventions, qui impliquent suivi, conseil et assistance dans le but de réintégrer socialement l'auteur d'infraction dans la société et de contribuer à la sécurité collective* »

prononcée. Il faudrait faire de cette réponse pénale un temps d'intervention, auprès des usagers, adaptée, sans que la binarité du débat ne vienne impacter les acteurs de l'application des peines, et les usagers eux même. Mais comment agir sur l'usage lorsque que l'utilisateur se trouve être aussi un « trafiquant » ? Du moins c'est ainsi qu'il sera souvent qualifié dans les décisions judiciaires, dans le cadre de la loi de 1970. Comment aborder l'enjeu de la sortie de la délinquance, soit la désistance³⁸, si la problématique est sanitaire, ou si l'utilisateur pense que le problème n'est pas sa consommation mais la législation ? De la même manière comment parler d'obligation de soins dans ces contextes ? L'objectif va être, de redonner la parole aux usagers qui se voient par leurs comportements accoler des stigmates et des jugements, de rétablir la réalité des faits d'usages, et surtout d'en prévenir la récurrence. Cela afin de pouvoir lutter efficacement contre les usages.

14. Dans ce contexte historique, politique, juridique, social, il est pertinent de se demander comment assurer l'efficacité de la prise en charge des faits d'usages, et des usagers de stupéfiants ? Pour tenter de répondre il apparaît nécessaire, au préalable, d'étudier les impacts politico-juridiques de la pénalisation en matière d'usages de stupéfiants, en partant de cette pénalisation pour arriver à l'exécution concrète des peines (Partie I). Après cette étude, il convient de zoomer sur les prises en charge des usagers de stupéfiants, durant le temps d'exécution des peines, en observant les aspects psychocriminelles du fait, pour finalement évaluer les apports que l'on pourrait tirer, ou pas, en matière de politique pénale et de lutte contre les stupéfiants (Partie II).

PARTIE 1 - DE LA PENALISATION DES FAITS D'USAGES A L'EXECUTION DES PEINES EN MATIERE DE STUPEFIANTS

ASPECT POLITICO-JURIDIQUE

15. A l'heure où les débats opposent toujours l'aspect sanitaire et la répression, on applique un texte qui veut protéger et punir pour finalement se trouver plus vraisemblablement dans un système qui punit pour protéger. En effet, outre la lutte contre les trafics et le contrôle de certaines substances, l'application actuelle de la loi concernant les stupéfiants fait désormais place à l'usage et sa réprobation, qu'il soit privé ou public. Or punir l'usage c'est interdire un comportement individuel au-delà de prohiber des

³⁸ Processus par lequel l'auteur d'une infraction sort de la délinquance ou de la criminalité.

substances dangereuses. Surtout punir par une loi dite « relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie [et à la répression du trafic et de l'usage illicite] » n'est-ce pas appliquer un texte qui se veut sanitaire protecteur ? Si la loi de 1970 condamne l'usage privé, l'objectif se dit bel et bien de lutter contre un phénomène d'usage dangereux en proposant des mesures sanitaires. Nous verrons dans un premier chapitre les impacts de la pénalisation des usages de stupéfiants avant de voir, dans un second chapitre, qu'en pratique c'est dans le temps de mise en œuvre des peines que l'on tente de répondre à l'objectif sanitaire. Ou : comment le législateur propose de réprimer pour soigner.

1. CHAPITRE 1 - LA PENALISATION DES USAGES DE STUPEFIANTS : L'INTERVENTION DES INSTITUTIONS JUDICIAIRES AU SERVICE DE LA PROHIBITION

16. La pénalisation des usages privés de stupéfiants est la nouveauté de la loi de 1970, on vise ainsi les usagers et non plus uniquement le produit³⁹. On redéfinit la figure du toxicomane en lui accolant des stigmates pénaux, on pousse la protection du consommateur jusqu'à sa punition, tout cela par une loi prohibitive mais qui se veut hygiéniste. Dans cet enchevêtrement il n'est pas aisé de distinguer les malades des délinquants, il n'est pas aisé de distinguer les usages des trafics, comme le voulait certains opposants à la loi, enfin il n'est pas aisé d'identifier les usagers et de repérer les usages. Ainsi outre les incidences sociales et politiques de ce choix pénal (I), cela a des effets judiciaires (II) puisqu'alors les usages identifiés seront traités par les autorités judiciaires et parfois poursuivis, et leurs auteurs se verront appliquer des peines pour ces usages.

I. La réprobation des usages privés novation de la loi de 1970

17. Le législateur de 1970 tranche pour la condamnation des usages de substances dangereuses cela pose question en matière de liberté et de droits de l'homme (A), mais si on cristallise sur la répression du fait d'usage, qu'est-il concrètement (B) ?

A. Les incidences socio-politiques : de l'entrave à la liberté individuelle à l'identification des usagers

a. L'entrave à la liberté

³⁹ Bernard BASSET, Alain RIGAUD et Myriam SAVY, avec la participation de la Fédération Française d'Addictologie, décryptage n°43, *la loi de 1970 sur les stupéfiants 50 ans de répression (ou pas)* janv 21.

18. La pénalisation d'un usage de stupéfiants qui, dans sa définition, comprend une dimension sociale « en ce qu'il correspond à un comportement de consommation d'une substance »⁴⁰, revient à pénaliser un acte qui relève de la liberté individuelle d'une personne qui, avant la loi de 1970, était reconnu en tant que tel (acte libre). Rappelons-le la qualification d'usager est racontée par l'histoire des usages et non de la prohibition. Faire de l'usage de certaines substances un interdit a pour effets de blâmer une personne pour une attitude qui l'engage avant tout. D'ailleurs beaucoup de substances dangereuses ne font l'objet que de contrôle et non de pénalisation de leurs consommations, c'est le cas par exemple de médicaments ayant les effets d'une drogue (euphorisants ou apaisants), ou des caractéristiques de toxicité, ou d'addictivité similaires, c'est le cas également de l'alcool. Imagine-t-on criminaliser l'alcoolique ?

19. La question du respect de la liberté individuelle est récurrente dans les débats, outre l'aspect sanitaire ou répressif, le droit de consommer des drogues en toute liberté, comme l'alcool ou le tabac, est souvent prôné. Il s'agit de préserver une liberté. Il y a également de nombreuses littératures qui abordent la question sous l'angle des libertés fondamentales et du respect des droits de l'Homme⁴¹. Imposer un contrôle de l'usage pouvant aller jusqu'à la sanction pénale, avec toutes les conséquences que cela implique, ou dans un cas moindre imposer une tutelle sanitaire, pose question en termes de droit de l'Homme, notamment de droits à la santé. Pour autant, du côté de la jurisprudence, la Cour Européenne des Droits de l'Homme n'a jamais eu à connaître de recours concernant les stupéfiants autre que dans des cas de trafics et de sanctions liées, telles que des saisines.

b. L'identification des usagers de produits illicites

20. La distinction du licite et de l'illicite est au cœur des questionnement : être condamné pour l'usage d'un produit illicite ne correspond pas systématiquement à une analyse pharmaco-médicale mais bien à une vision sociale de ce qui est légal ou non. Elisabeth DOLARD fait un état des lieux dans « *pourquoi a-t-on interdit l'usage de stupéfiants ?* »⁴², elle y reprend les aspects historique, sociale et pharmacologique des drogues. Ainsi déclarer une substance illicite ne correspond pas pleinement à la volonté

⁴⁰ Cf introduction, paragraphe *Qu'est-ce que l'usage de stupéfiants ?*

⁴¹ Maria Luisa CESONI et Marie-Sophie DEVRESSE, *la détention de stupéfiants entre criminalisation et décriminalisation*, coll Res Socialis, ed academic press Fribourg : en préambule des développements les deux autrices abordent le sujet dans un paragraphe intitulé « usages de drogues et droits de l'Homme », elles synthétisent les arguments en abordant les droits impactés.

⁴² Elisabeth DOLARD, *Drogue Pourquoi a-t-on interdit l'usage de stupéfiants ?* ed ESKA, ed Alexandre Lacassagne.

de prendre en charge sur le plan sanitaire les usagers, mais bien de désigner une personne comme consommateur d'un produit légalement interdit, à qui finalement on enjoindra de se prendre en charge sur le plan sanitaire au même titre que n'importe quel consommateur de drogues, celles-ci, non prohibées. Il faut donc en passer par la punition s'agissant d'une substance illicite. Le message pour le justiciable usager ne serait-il pas davantage un étiquetage comme consommateur de tel ou tel produit plutôt que comme consommateur à soigner ?

21. La conséquence d'invisibilisation du phénomène d'usage de stupéfiants : L'illégalité d'un usage a des revers impactant immédiatement l'application de la loi, en condamnant un usage la loi de 1970 stigmatise les intéressés qui vont devoir cacher, dissimuler, ces usages alors que pourtant la loi voulait les identifier pour leur proposer un traitement sanitaire. C'est le revers de l'illégalité. Marie Danièle BARRE consacre un chapitre dans son *état des lieux de la répression de l'usage de produits illicites*⁴³, elle y évoque la difficulté de compter les usagers et mesurer les usages du fait qu'il s'agit de quantifier « à la fois un comportement illicite, à la fois un comportement individuel » qui n'est pas « systématiquement criminel ou délinquantiel au sens de ses conséquences sur la société ». Le comptage des usagers de drogue ne saurait être fiable et bien renseigné, d'une part car il faut compter l'illégal, et d'autre part car compter la criminalité revient à la qualifier, la voir.

22. De sorte que la question de la pénalisation interroge aussi bien de manière pratico-sociale : s'agissant d'identifier les usagers désormais ; que de manière juridico-philosophique : sur les questions de respect des libertés fondamentales et des droits de l'Homme. Finalement un usager de stupéfiants c'est qui pour la société ? Qu'est-ce qu'une condamnation dirait de lui ? Pour aller plus loin il faut comprendre la réalité pénale de la définition d'usage.

B. Les conséquences pénales : la qualification de l'usage

a. L'usage de stupéfiants : une infraction

⁴³Marie Danièle BARRE, *Etude des données pénales sur la répression de l'usage de produit illicites*, 2008.

23. L'usage, au vu des textes légaux, se cantonne aux articles du CSP. Le CP ne mentionne pas expressément l'usage. Mais cet « usage » qu'est-il sur le plan pénal ? L'usage a une réalité qui dépasse la seule consommation et qui impacte la réponse pénale.

24. Tout d'abord pour que l'usager soit reconnu « simple » usager et qu'il n'encoure pas de poursuites devant une juridiction, mais une contravention, il faut qu'il soit interpellé en train de consommer sans autre quantité sur lui, ou alors minime qui puisse correspondre à une détention pour usage personnel. Il ne faut pas non plus qu'il soit contrôlé en train de conduire, ou de se livrer à une acquisition, un transport, ou encore qu'il ne soit pas contrôlé à l'occasion de la commission d'une autre infraction. On voit bien qu'on cherche à détacher le moins possible l'usage de toutes les conséquences qu'il entraîne : se procurer le produit donc alimenter les trafics, les conséquences sur l'altération du comportement, soit les effets psychoactifs ou euphorisants, et peu importe également la notion de durée et d'intensité de ses effets. En effet la jurisprudence relève la conduite en ayant fait usage de stupéfiants dès lors que le test biochimique révèle la consommation, sans que ne soit retenu aucun seuil en deçà duquel le produit cesserait ses effets⁴⁴. Et cette jurisprudence se maintient alors que plusieurs cours d'appel décident de relaxer des consommateurs pour des taux de tétrahydrocannabinol⁴⁵ qui ne dépassent pas la teneur admise (moins de 0,20 %) dans le cadre de l'autorisation de commercialisation du CBD.

25. L'usage et le concours d'infraction⁴⁶ : la jurisprudence affirme que ; si est appliqué l'article du CSP sur l'usage cela exclu l'application de l'article 222-37 du CP (offre cession emploi) si les substances sont détenues uniquement pour l'usage privé, mais en revanche n'exclut pas le concours d'infractions d'usage et d'acquisition/transport. Donc l'acquisition/transport se cumulent à l'usage qu'il soit privé ou non, et le concours d'infractions existe également dès lors que les quantités de substances de l'usager dépasserait l'usage personnel. C'est là que se joue le basculement dans l'infraction pénale, en additionnant à l'usage d'autres qualifications d'actes prévues au CP.

b. L'usage pénalement qualifié

⁴⁴ Cour de cassation chambre criminelle décision du 21 juin 2023 référencée n° 22-85.530

⁴⁵ Molécule du cannabis qui lui confère ses effets psychoactifs

⁴⁶ Prévu au Guide pénal 25eme édition, Guide Dalloz

26. Distinction usage/trafic : L'INSEE elle, conformément à la Classification internationale des infractions à des fins statistiques (ICCS)⁴⁷, distingue trafics et usages de stupéfiants et classe toutes ILS dans l'une de ces deux sous catégories⁴⁸. En ne proposant que deux grandes sous catégories pour qualifier ces infractions et élaborer des statistiques de traitement par les forces de sécurité, l'INSEE fait un classement binaire où l'usage se définit par rapport au trafic : si ce n'est pas du trafic c'est de l'usage. De fait la définition par les politiques pénales des infractions « d'usages » sont résumées au point où elles intègrent une réalité plus large que la seule consommation⁴⁹.

27. L'usage en chiffre : les chiffres de l'INSEE révèlent que 179 000 infractions « d'usages » ont été commises entre 2016 et 2020. 97% sont poursuivables⁵⁰ et à l'issue un peu moins d'un usager sur deux fait l'objet d'une poursuite pénale⁵¹, alors qu'ils devraient faire l'objet d'un traitement sanitaire en première intention selon la loi de 1970 et le CSP. Deux hypothèses pour cet usager sur deux : soit l'usage n'est pas qu'une simple consommation, soit le traitement judiciaire ne va pas dans le sens de la priorité donnée au traitement sanitaire. Si l'on reprend l'étude de Marie Danièle BARRE, qui fait état de la difficulté de repérer les usages qui « se voient », on peut imaginer qu'une interpellation pour « usage » a lieu lorsqu'il a d'autres ILS ou infractions. Voilà pourquoi autant d'infractions d'usages (~1/2) feraient l'objet de poursuites et se retrouveraient devant les tribunaux. In fine, le comptage de ces « dits usages poursuivables » correspond à un phénomène plus complexe dans sa définition qu'une simple consommation qui serait probablement invisibilisée. L'étude de Marie Danièle BARRE le souligne⁵² et met

⁴⁷ INSEE document IREF_SECUR21-F11 : Les infractions à la législation sur les stupéfiants se répartissent principalement en usage et trafic de stupéfiants. Ces deux types d'infractions ont été distingués selon la classification internationale des infractions à des fins statistiques (ICCS). Le trafic regroupe l'importation et l'exportation, la culture, la production illicite de stupéfiants et les infractions douanières liées aux stupéfiants. Néanmoins, pour la détention, l'acquisition et le transport non autorisés de stupéfiants, qui relèvent à la fois de l'usage et du trafic, l'indexation faite par les forces de sécurité est utilisée pour les distinguer.

⁴⁸ Il y a une catégorie « autres » qui correspond aux provocations à l'usage notamment mais sous représentée dans les chiffres.

⁴⁹ Inter Stats n°38 de nov 21, encadré 2 « *Certaines natures d'infraction, réservées aux infractions de trafic par la jurisprudence française et donc classées comme telles dans la NFI, sont utilisées de manière générique pour qualifier aussi bien l'usage que le trafic par la police et la gendarmerie : il s'agit de la détention, du transport et de l'acquisition non autorisés de stupéfiants* ».

⁵⁰ Interstats analyse n°38 – Nov 2021 – figure n°13 : 45% des usages de stupéfiants des 97% poursuivables font l'objet de poursuites.

⁵¹ Ministère des affaires étrangères et de l'outre-mer - Infractions à la législation sur les stupéfiants : premier état des lieux statistique - Interstats Analyse N°38 – 30 nov 2021.

⁵² Marie Danièle BARRE, *Etude des données pénales sur la répression de l'usage de produit illicites*, Chapitre IV – 3 des trajectoires institutionnelles, 2008.

d'ailleurs en avant les difficultés liées aux données, selon qu'elle soit de police, des parquets ou des tribunaux.

28. En conséquent il semble bien y avoir un mécanisme « d'aggravation » des faits d'usages qui n'est pas juridique mais factuel et politique. Un usage n'est pas, dans bien des cas, CE fait isolé condamné par le CSP. Ainsi les peines prononcées à l'encontre des usagers de stupéfiants ne correspondraient pas à la réalité sociale de l'usage. Les « simples usages » ne feraient pas réellement l'objet d'interpellation, puis de réponses pénales, a contrario les mesures pénales prises à l'encontre des usages sont en réalité prises à l'encontre de ce que l'on pourrait qualifier « d'usages + »⁵³.

29. Définir pénalement l'usage est plus complexe qu'il n'y paraît, les textes manquent de précisions et la réalité du « fait » revêt une dimension temporelle et matérielle plus large que la seule consommation à un instant « T ». C'est ça la réalité pénale de la définition d'usage. Cela va impacter les procédures pénales de répression des usages et de leurs auteurs.

II. Les effets judiciaires au stade du prononcé de la peine

30. Les conséquences de la pénalisation des usages c'est de faire entrer les acteurs judiciaires en jeu avant toute application d'une mesure sanitaire. On assiste donc à un traitement judiciaire généralisé et systématisé pour les ILS (A). Et si l'issue peut être l'absence de poursuite devant un tribunal, et le renvoi par l'autorité judiciaire devant des acteurs sanitaires ; le phénomène d'amplification infractionnelle, qui brouille les contours des usages de stupéfiants précédemment décrit, va avoir pour effet d'augmenter le nombre de procédures de poursuites devant les tribunaux. On assiste alors à l'application d'une peine ayant pour fonction de sanctionner alors que l'on souhaitait avant tout un traitement sanitaire (B).

A. Judicialisation systématique des usages de stupéfiants

31. D'abord on regarde dans le CSP qui condamne expressément l'usage. L'article L3411-1 du CSP mentionne que l'usager de substances illicites bénéficie d'une prise en charge sanitaire. Il devrait s'agir d'un bénéficiaire pourtant la répression des usages fait intervenir les autorités judiciaires, qui ne sont pas des soignants, et dont les décisions sont

⁵³ Entendons usages + une autre ILS, ou usages + une autre infraction, ou usages + un casier judiciaire avec mention, ou encore usage + conduite, etc.

coercitives. Ainsi ce bénéfice est parfois mis de côté, et parfois il reviendra sous forme d'obligation. Le traitement judiciaire prévaut et donc le statut de justiciable passe avant le statut de « malade éventuel » en besoin d'accompagnement sanitaire.

32. L'article 3423-1 du CSP, lui, pose le cadre de l'injonction thérapeutique, alternative aux poursuites en cas d'usage de stupéfiants, mais l'article s'applique uniquement en cas de consommation habituelle et excessive. La mesure est donc conditionnée, et si elle éteint l'action publique elle est mise en œuvre par une autorité judiciaire⁵⁴.

33. Outre l'application de ces textes, depuis 2020, l'utilisateur de stupéfiants interpellé se verra appliquer en première intention la procédure de l'amende délictuelle. Or cette procédure, qui éteint l'action publique, vient directement faire concurrence aux alternatives aux poursuites qui pourtant portent, en partie, les volontés de réponses sanitaires aux usagers. Il s'agit donc d'un obstacle à la possibilité d'être pris en charge par des acteurs de la santé et de l'addiction. Cette procédure apparaît démunie d'ambition politique.

34. À l'évidence l'amende délictuelle ne concerne qu'une petite partie des usagers, ceux qui n'ont avec eux que leur consommation de « drogue douce » journalière ou sporadique, ceux qui sont le « moins repérables ». Pour tous les autres, les faits seront portés à la connaissance du procureur de la République (PR). Dès lors c'est le principe d'opportunité des poursuites qui s'applique. Ce principe commande une réponse graduelle et individualisée, et ouvre la possibilité d'alternatives aux poursuites⁵⁵.

a. La phase pré-sentenciel :

35. Les alternatives de l'article 41-1 du code de procédure pénale (CPP)⁵⁶ : Il faut que la mesure soit susceptible d'assurer la réparation des dommages, ou de mettre fin au trouble de l'infraction, ou encore de contribuer au reclassement de l'auteur. Dans le cadre des ILS on peut imaginer que, parmi le panel de mesures envisageables, celles-ci prennent la forme d'un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants prévu à l'article.

⁵⁴ Le procureur de la République

⁵⁵ Circulaire du 08 avril 2005 qui prône l'alternative graduelle en tenant compte de la nature du produit, de sa quantité, et des antécédents judiciaires de l'intéressé.

⁵⁶ Loi du 05 mars 2007

36. Le recours à la composition pénale de l'article 41-2 CPP : si les ILS, dont l'usage, sont punies d'une peine d'emprisonnement inférieure à 5 ans, le procureur, avec l'accord du justiciable et après validation du président du tribunal judiciaire, peut suspendre les poursuites à la réalisation d'une mesure énoncées à l'article. À nouveau il s'agit principalement du stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants⁵⁷, mais aussi dans ce cas, de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique⁵⁸. Cette mesure est inscrite au casier judiciaire, et peut servir de base à la qualification de la récidive.

37. Si par les mécanismes présentenciels on souhaite éviter la poursuite systématique des consommateurs de stupéfiants, ils ne vont concerner qu'une partie des usagers ; on imagine les usagers occasionnels ou primaires. Cependant ce serait méconnaître les mécanismes de l'addiction que d'imaginer que de telles mesures puissent permettre aux auteurs addicts de se reclasser de leurs usages. Et puis surtout vont s'ajouter tous les éléments qui touchent à la réalité de la définition pénale des usages et à la réalité de l'interpellation des usages « visibles », c'est-à-dire les questions de fréquence d'usage, d'habitudes, les questions de substances consommées, de contexte d'usage et d'approvisionnement. Cela a pour effet d'augmenter le pourcentage d'usagers poursuivis et condamnés.

b. La phase de poursuite

38. Au stade des poursuites, on déduit des raisonnements précédents que la personne poursuivie est probablement une consommatrice régulière, ou alors c'est une personne dont l'usage a dépassé les limites du cadre réglementaire et qui s'est rendu auteur de plusieurs infractions, soit toutes des ILS, soit corrélées à d'autres catégorie d'infractions. Ces personnes se verront condamnées à une peine d'amende ou d'emprisonnement, parfois aménagée⁵⁹, avec ou sans sursis, lui-même avec ou sans mise à l'épreuve, elle-même avec souvent une obligation de soins. Les magistrats peuvent aussi prononcer une injonction thérapeutique⁶⁰, et des peines complémentaires⁶¹.

39. Il est à se demander quelle est la volonté du législateur en confiant systématiquement le choix de la mesure aux autorités judiciaires et en leur faisant peser la charge de

⁵⁷ Article 41-2 alinéa 15 du code de procédure pénale

⁵⁸ Article 41-2 alinéa 17 du code de procédure pénale

⁵⁹ Loi du 23 mars 2019, articles 464-2 du code de procédure pénale et 723-15 du même code

⁶⁰ Article 132-45 3° du code pénal

⁶¹ TIG, stage, confiscation, interdictions, etc.

déterminer la solution de justice la plus adaptée aux comportements d'usages. Il s'agit d'établir un curseur partant « d'usager » à « usager-dealer », en passant par la figure du « toxicomane » ou de « l'usager dangereux »⁶², mais qui seront tous traités comme des délinquants avant tout.

40. Dans tous les cas la réponse sanitaire n'existe bien que dès lors qu'il y a une condamnation ou une opportunité de condamnation. Le traitement d'un usager c'est : d'abord un contrôle de police, ensuite un traitement par un acteur de justice, et éventuellement l'intervention d'un acteur sanitaire sur décision de l'autorité judiciaire. Les soins n'existent qu'à travers la réponse judiciaire et cela leur confère une place secondaire voire accessoire.

B. La fonction sanction de la peine : l'antinomie du traitement sanitaire ?

41. Ce qui est remarquable dans l'application des textes c'est que l'institution judiciaire va venir au service d'un article prévu au CSP afin de réprimer des usages dangereux et de condamner leurs auteurs. Or les usagers sont souvent plus que de simple consommateur mais pour respecter les velléités hygiénistes de la loi, prévues au CSP, tout au long de la procédure confiée à l'institution judiciaire, on introduit la possibilité de contraindre aux soins. C'est d'une sanction que va découler un traitement. Cela apparaît antinomique et ne sera pas sans conséquence sur la compréhension de la peine pour les personnes condamnées⁶³. L'articulation de mesures sanitaires et de mesures répressives est souvent pointée comme étant absconse. Dans un paragraphe intitulé « *mesures sanitaires et pénales* » dans *Drogue pourquoi a-t-on interdit l'usage de stupéfiant ?* Elisabeth DOLARD s'interroge sur l'articulation de ces mesures. Elle souligne que les mesures sanitaires ne sont pas automatiques, elle interroge la portée répressive des textes et la répartition avec les mesures sanitaires, et elle affirme qu'il est regrettable que la loi soit intrinsèquement porteuse d'une telle ambiguïté d'articulation entre punir et soigner⁶⁴. En d'autres termes, outre que la fonction punitive de la peine ait peu de valeur motivante, dans l'application d'une loi controversée, si tant est qu'elle en ait, cela n'a pas pour but la prise en charge de problématiques de santé, mais de punir et contraindre.

⁶² En cas de conduite ou de concours avec des infractions d'atteintes aux biens ou aux personnes.

⁶³ Cf Partie II - Chapitre 1 - section 1 - sous-section A et B - plus particulièrement paragraphes 78 et 87

⁶⁴ Elisabeth DOLARD, *Drogue pourquoi a-t-on interdit l'usage de stupéfiants ?* Ed ESKA, ed Alexandre Lacassagne, page 47.

42. Ces incompréhensions se retrouvent également dans le traitement dichotomique des substances licites et illicites : être condamné c'est avoir fait l'usage d'un produit interdit indépendamment d'une analyse pharmaco-médicale, et cela laisse sous-entendre qu'il ne s'agit pas de prendre en charge sur le plan sanitaire mais bien pénal. D'ailleurs la loi institue la répression jusqu'à la sanction pénale, sans proposer de politique de prévention, et indépendamment de toute considération sociale. Elisabeth DOLARD questionne aussi ces aspects en s'attachant à définir l'usage de drogues, non pas en des termes légaux, mais en des termes socio-culturels que le produit soit licite ou non⁶⁵. C'est ce que l'on oublie désormais de faire depuis la loi de 1970. La sanction des usages de stupéfiants, arrêté par cette loi figée l'année de son vote, emporte toute rationalisation des consommations de tout produit addictogènes et/ou stupéfiants. À nouveau si l'on compare avec l'alcool, c'est un produit licite dont les consommations sont libres⁶⁶, elles ne font pas l'objet de prohibition, et sont vues comme un fait social, ordinaire et d'ailleurs banalisé. Cela a tendance à faire oublier ses caractères de dangerosité, de nocivité et ses effets euphorisants, toutefois lorsque que la société y est confrontée (à ces effets), le sujet est alors traité par la prévention sanitaire, et on réalise des prises en charge médicale si ça s'avère nécessaire. Pourquoi sanctionner un fait avant tout social et dont l'appréhension relèverait davantage de la prophylaxie ?

43. Enfin, comme évoqué précédemment, le problème majeur c'est que l'usager se rend, le plus souvent, auteur de délits annexes. Du moins c'est le cas dès lors que la personne se retrouve condamnée devant une juridiction, soit pour un peu plus de 35 000 usagers⁶⁷. Ces personnes qui se retrouvent devant les juridictions sont des consommateurs réguliers, ou au moins récalcitrants, au-delà de la question de l'efficacité des mesures judiciaires dans la lutte contre des usages de produits dangereux c'est bien la question de la compréhension de l'application d'une peine à un usager, comme citoyen et justiciable, qui interroge. Finalement un usager condamné c'est qui pour la société et qu'est-ce que la condamnation dit de lui ? Qu'il est un délinquant ou un malade ? Si ces qualificatifs se

⁶⁵ Elisabeth DOLARD, *Drogue Pourquoi a-t-on interdit l'usage de stupéfiants ?* ed ESKA, ed Alexandre Lacassagne.

⁶⁶ Sauf dans le cadre du code de la route et de la réglementation liée à la conduite.

⁶⁷ Interstats - analyse n°38 - nov 2021 - figure n°15

retrouvent dans la commission d'autres infractions ils peuvent aussi s'opposer⁶⁸, et la réponse à apporter ne saurait alors être la même et surtout pas une mesure pénale.

2. CHAPITRE 2 : L'EXECUTION DES PEINES AU SERVICE DE LA REPRESSION DES USAGERS DE STUPEFIANTS

44. Des lors que la prohibition de l'usage est prévue par le CSP, l'aspect sanitaire entre en jeu. Le législateur en 1970 a souhaité une loi qui prohibe l'usage de certaines substances, il a, dans le contexte du débat sanitaire/sécuritaire, dévolu au code de la santé publique la prohibition et la pénalisation des usages. Cette attribution répond aux volontés d'une partie des négociants de la loi représentée par le corpus médical, notamment par le ministre de la santé de l'époque Robert Boulin⁶⁹. Le législateur vient donc proposer des alternatives sanitaires aux condamnations ou faire un espace aux soins lorsqu'il y a condamnation. Les débats perdurent toujours sur le bien-fondé de cette loi, ils mobilisent professionnels du soin, de l'addiction, militants pour la sécurité et acteurs de la lutte contre la criminalité. Nous avons vu néanmoins que la qualité d'usager condamné dépasse la simple définition d'usage prévue au CSP. Condamné dans les termes actuels de la loi et au vu de la procédure pouvant déboucher sur une condamnation à une peine, l'usager s'apparente plus à un délinquant in fine. Qui sont donc ces usagers ? La question perdure et oblige à questionner le rôle de la peine dans le traitement des usages de stupéfiants au-delà de la sanction. Le temps de l'exécution d'une peine a-t-il pour rôle de redonner son statut de « malade » aux consommateurs ? Le peut-il et de quelle manière ? La phase de mise en œuvre des peines vient effectivement au secours du soin qui n'aurait pu être mis en place au préalable, notamment par les mécanismes et modalités de l'application des peines (I). Les acteurs de cette phase auront aussi un rôle à jouer auprès des usagers en considérant l'aspect répressif et sanitaire (II) En d'autres termes comment prendre en charge juridiquement les délits d'usages en considérant la qualification de délinquant « usager », c'est ce que nous allons voir.

I. Les mécanismes des mesures pénales pour la sauvegarde de l'équilibre soin / sanction

⁶⁸ Article 122-1 et suivants du code pénal sur l'irresponsabilité pénale en cas d'abolition du discernement pour atteinte d'un trouble psychique ou neuropsychique.

⁶⁹ *Petite histoire de la prohibition des stupéfiants en France*, Alexandre MARCHANT dans *Délibérée* 2018/1 (N° 3), pages 10 à 15.

45. Comment soigner lorsque le statut de malade est confondu avec le statut de délinquant et comment réprimer lorsque le délinquant est en réalité en proie à des difficultés d'ordre sanitaire. Il faut remettre du soin dans la peine (A) et de la contrainte dans le soin (B).

A. Les peines prononcées en vue de favoriser l'amendement des usagers

46. Conformément à l'évolution du droit de la peine des dernières décennies, mais aussi dans l'intérêt de prévenir la récidive, il est nécessaire que la peine ait une fonction réhabilitante ; d'amendement. Cette fonction est prévue au code pénal⁷⁰ « *la peine doit favoriser son amendement, son insertion ou sa réinsertion [de l'auteur de l'infraction]* ». Elle mérite d'être ardemment visible au regard de l'incompréhension de la fonction punitive de la peine pour une partie des usagers et de l'opinion publique. C'est une réponse en rectification de l'issue répressive de la loi de 1970, on criminalise l'usage de substances illicites pour finalement ouvrir la possibilité de proposer aux usagers condamnés une prise en charge au stade sentenciel. On va utiliser les mécanismes habituels de la fonction réhabilitante, et dès lors que l'on fait face à des usages de drogues, on envisage qu'il s'agit en partie de sanitariser la peine, de prendre en charge des addictions.

a. Les peines en cas d'usage de stupéfiants

47. Les peines correctionnelles⁷¹ : On trouve l'emprisonnement mais aussi les TIG, les jours-amendes, etc. ou toutes mesures restrictives ou privatives de liberté prévues à l'article 131-6 du CP. Dans ces peines on ne trouve pas de réponse spécifique et particulière à la prévention d'un problème sanitaire. Elles ont pour objet d'éviter la répétition de l'infraction, et l'usager face au prononcé de la peine redevient un justiciable comme un autre.

48. Les peines complémentaires prévues au code de la santé publique⁷² : on retrouve les mêmes propositions que lors de la phase d'alternative aux poursuites à savoir la réalisation d'un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants ou encore l'injonction thérapeutique. Fait surprenant, outre ces deux mesures, les autres ne tiennent pas particulièrement compte de l'aspect hygiéniste, par exemple la suspension de permis ou la peine de TIG.

b. Les principes d'individualisation et d'aménagement des peines

⁷⁰ Article 130-1 du code pénal

⁷¹ Article 131-3 du code pénal

⁷² Article L3421-7 et suivants du code de la santé publique

49. Le principe d'individualisation de la peine⁷³ se fait en fonction de la personnalité de l'auteur et de sa situation. Or dans ce cadre il sera tenu compte de sa situation socio-professionnelle (travail, famille, hébergement, ressources, etc.), mais pas expressément ou systématiquement de sa situation de consommateur puisque notamment les substances consommées sont interdites.

50. Le sursis probatoire⁷⁴ et les aménagements de peines de prison ferme⁷⁵ : ce sont des alternatives à l'emprisonnement qui s'inscrivent dans un cadre juridique défini et sont fonction du principe d'individualisation de la peine. Si leur prononcé est davantage fonction de la durée de la peine (mais pas uniquement), ces mesures vont ouvrir un temps de mise à l'épreuve sous contrôle du juge d'application des peines (JAP), avec des obligations particulières, notamment de soins ou de réalisation d'un stage, et un temps dans lequel il y aura un suivi par le SPIP. Ce temps poursuit, entre autres, l'objectif de prévenir la récidive.

51. En conséquent, comme l'affirme Nicolas CARRIER dans la politique de la stupéfaction, en évoquant la toxicomanie et ses prises en charge « *La logique thérapeutique est ainsi, a priori, étrangère à celle de la criminalisation* »⁷⁶. La loi de 1970 a pensé des mécanismes sanitaires, en parallèle de la répression, qui semblent s'arrêter au stade de la sentence toutefois. Ces mécanismes sanitaires ne revêtent pas un caractère automatique. « *Le traitement médical n'est qu'une possibilité d'approche du consommateur de drogue et n'est en rien une obligation impérative* » souligne Elisabeth DOLARD dans son analyse sur l'interdiction des drogues⁷⁷. Si l'on peut regretter une pénalisation plus en phase avec l'intervention sanitaire nous verrons que l'aspect thérapeutique n'a pas toujours de sens dans le traitement des usagers⁷⁸.

52. En tout état de cause le mécanisme sanitaire le plus prégnant dans cette logique d'amendement, le temps de la peine ; c'est l'obligation de soins.

B. Le prononcé de l'obligation de soins

⁷³ Article 132-1 du code pénal et 707 du code de procédure pénale

⁷⁴ Article 132-41 du code pénal

⁷⁵ Article 132-25 du code pénal et article 723-15 du code de procédure pénale

⁷⁶ Nicolas CARRER *la politique de la stupéfaction – pérennité de la prohibition des drogues*, collection le sens social - ed Pur, presse universitaire de Rennes, 2008 page 249.

⁷⁷ Elisabeth DOLARD *Drogue Pourquoi a-t-on interdit l'usage de stupéfiants ?* ed ESKA, ed Alexandre Lacassagne, page 47.

⁷⁸ Cf paragraphes 86 et 93, 94 et 98

53. L'obligation de se soumettre à « *des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation* » dite communément « obligation de soins » prévue au code pénal⁷⁹ apparaît comme la mesure la plus visible et usitée dans l'application des peines. D'ailleurs l'un des arguments au maintien des politiques répressives, renvoyé au corps médical, c'est d'affirmer que la répression pénale ouvre l'accès aux soins⁸⁰, mieux, elle impose ce qui n'est pas exacte⁸¹.

a. L'obligation comme vecteur d'accès aux soins

54. Interrogé sur la question de l'orientation par la voie pénale, un spécialiste de soin en addictologie⁸², Monsieur NAGGAR, chef de service dans un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), faisait savoir que cette orientation était pertinente. Il expliquait que la démarche de soin n'était pas volontaire dans la plupart des cas. Les personnes qui se tournent vers les CSAPA ne le font souvent pas de leur plein gré, elles sont orientées. Cette orientation se fait par la famille, par un médecin, par un événement négatif ou encore donc par la justice. Il estimait à 1/3 des orientations celles faisant suite à une obligation. Le soin étant rarement volontaire, l'obligation de justice vient agir comme un levier pour cette orientation⁸³.

55. Véritable vecteur de prise de contact auprès d'un centre d'addictologie, ou encore d'un psychologue, l'obligation de soins prononcée par les magistrats, va permettre la prise en charge des addictions ou des mésusages de substances dangereuses. Sans ces orientations massives via la justice les acteurs de soins devraient aller chercher eux-mêmes les usagers et faire face, peut-être, à des refus de prise en charge. On vient donc, par l'aspect punitif, rétablir un ordre plus social car on incite des personnes à considérer l'aspect hygiéniste des consommations ; on leur fait connaître les services dédiés. On tente de ne pas ignorer que les mécanismes conduisant les personnes à consommer des drogues ne se résolvent pas en appliquant une peine.

b. L'obligation de se soigner

⁷⁹ Article 132-45 3° du code pénal

⁸⁰ Podcast *légalisation du cannabis totem ou tabou* – émission c ce soir du 20/06/2023 - Radio France

⁸¹ Cf paragraphe 64 à 66

⁸² Interview de Monsieur NAGGAR Tahar, Chef de service, association « ALT » sis 11 Rue Louis Apffel 67000 Strasbourg

⁸³ Mémoire MII DEP DH *Entre Thémis et Hippocrate un espace à la nécessaire amélioration de l'efficacité de l'obligation de soins* – Frédéric CHAUBENIT- page 29, un témoignage d'une intervenante d'un CSAPA à l'appui de cet argument.

56. Le bémol c'est que, si ce levier fonctionne, cela semble relever davantage des conséquences juridiques pour le condamné qui ne voudrait probablement pas voir sa peine aggravée en cas de non-respect, plus que d'envisager s'inscrire dans une démarche de soin quelle qu'elle soit. Et cela les professionnels du soin s'en plaignent⁸⁴. On s'inscrit toujours dans la logique punitive et coercitive. D'ailleurs l'obligation de soin n'est bien qu'une modalité de l'application de la peine.

57. Cela fait le lien avec la question de l'obligation à se soigner ? Les obligations prononcées dans le cadre d'une mesure, et notamment l'obligation de soins, n'étant pas des peines mais des modalités de son exécution, le consentement du condamné n'est nullement recueilli. En effet les logiques pénales ne sont pas de condamner un malade mais bien une personne qui a commis des actes délinquants⁸⁵. Dans la même logique, si on peut rendre le soin contraint par des mécanismes juridiques, on ne peut pas obliger quelqu'un à se sentir malade. Enfin, à l'inverse, quid lorsque qu'il n'y a pas de soins pénalement ordonnés ? Quel message est renvoyé au justiciable ? Et à l'opinion publique ?

58. Une précision fondamentale : soins pénalement ordonnés ou pas, il ne faut pas perdre de vue que c'est aux professionnels de santé d'évaluer l'opportunité des soins, de poser un diagnostic, et de définir un parcours de soin⁸⁶.

59. L'obligation dite de soins est donc charnière dans l'application des peines s'agissant de la prise en charge d'usagers de stupéfiants dans le cadre d'une loi répressive et prohibitive ; mais ce n'est qu'une modalité dans l'application d'une peine.

II. Les acteurs de la mise en œuvre des peines

60. Pour que ces mécanismes sanitaires puissent être exploités, outre la personne condamnée première actrice, il faut nécessairement l'intervention du juge en charge de l'application des peines, acteur majeur de ce temps (A), des personnels des SPIP (intervention développée dans la Partie II), et des professionnels de santé, acteurs spécifiques dans les condamnations d'usages (B).

A. L'office des magistrats

⁸⁴ C. DOLMAIRE, *prendre en charge des patientes en soins pénalement ordonnés : doutes et perspectives des psychiatres*, UFR de médecine d'Amiens, 2016, « certains psychiatres se disent désabusés et frustrés, croyant avoir instauré un lien avec leur patient, alors que finalement la relation thérapeutique était inauthentique et ne reposait que sur la nécessité de répondre à des obligations pénales ».

⁸⁵ Cours de Monsieur FAUCHER MII DEP DH

⁸⁶ Cf paragraphe 68

61. Au préalable de toute sentence, comme nous l'avons vu, c'est le procureur de la République qui a l'opportunité des poursuites en fonction de l'usage constaté. Puis il est en charge de la mise à exécution de la peine et de la saisine des différents acteurs qui vont intervenir pour faire exécuter la peine.

a. L'intervention du JAP

62. Dominique CHARVET, ancien magistrat et président de la mission interministérielle de la lutte contre la toxicomanie, rappelle que le droit cherche à maintenir « *l'équilibre de la liberté de de la lucidité* »⁸⁷, et il réaffirme le rôle du juge en cette mission face aux condamnés toxicomanes. Le JAP qui intervient pour faire appliquer la peine, tant dans ses caractères coercitifs que dans ses objectifs d'amendement, œuvre à cet office.

63. Pour cela le JAP va, d'une part, être le garant du respect de l'obligation de soin et des autres obligations prononcées. Son office n'est guère différent, à ce stade, que pour d'autres types de condamnations. Il informe le condamné de ses obligations (dans certains cas cela est dévolu au SPIP). Ensuite, en cas de non-respect des obligations, information est faite au JAP qui lui permet de pouvoir, dans un premier temps, procéder à un rappel des obligations. Cela montre la présence du juge au soutien du respect des obligations tout au long de la peine. Si les manquements persistent, le juge a alors la possibilité de ne pas octroyer une partie des réductions de peine en cas de mesure sous écrou. Enfin il peut, en dernier recours, prononcer un retrait de la mesure d'aménagement, ou prolonger ou révoquer un sursis probatoire. Avec la précision importante que cet ultime pouvoir du juge n'est possible, selon la jurisprudence constante, qu'en cas d'absence de preuve formelle du respect de l'obligation⁸⁸. Toujours est-il que tous ces mécanismes relèvent de la coercition au service de l'application de mesures pénales.

64. Ambiguïtés : Comment appréhender la mesure pour un condamné qui ne se déclarerait ni malade ni en demande de soins ? Les mécanismes de sanction d'une mesure qui ne serait pas investie, notamment en termes de soins, va avoir pour effet de faire du JAP un juge de l'incident⁸⁹. Il sera alors détaché des missions de prévention de la récidive et du

⁸⁷ Dominique CHARVET, *la justice au prise avec l'intime*, au recueil autrement n°106, l'Esprit des drogues, la dépendance hors la loi.

⁸⁸ Chambre Criminelle 31 mars 2005, référencée 04-884.455

⁸⁹ Cours de Madame HERZOG EVANS – système européen de la probation - à propos de l'évolution de la probation en France et de la séparation des services de probation et des services juridiques.

SPIP, qu'il mandate dans le but de coordonner la probation et la prévention de la récidive ; au-delà donc de l'équilibre liberté/lucidité et de la considération de la réalité de l'usager.

b. L'ajustement par le JAP

65. Néanmoins et d'autre part, le JAP va permettre l'ajustement des obligations pénalement ordonnées et, par conséquent, permettre de faire du temps de la peine un temps de vérité quant à la consommation de stupéfiants, à la différence des procédures présetencielles et du prononcé de la peine. Il va ajuster la notion de « délinquant-malade » ou « malade-délinquant » là où le législateur de 1970 a tranché en faveur de la notion de « délinquant-malade ». Cela passe par divers mécanismes, notamment celui de pouvoir ajouter ou lever l'obligation de soin avec motivation⁹⁰, celui de pouvoir ajouter un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produit stupéfiants, celui de solliciter ou accepter qu'une personne produise des analyses biochimiques afin de présenter la preuve d'abstinence de consommation. A noter que l'on reproche à cette dernière modalité d'être un artifice, dont le juge qui n'est pas médecin, ne peut se prévaloir.

66. Dominique CHAVRET, toujours à l'occasion d'un manifeste sur la toxicomanie, convient que « *La pertinence et l'efficacité de la présence du juge face aux toxicomanes sont fonctions de l'existence d'une spécificité par rapport aux dialogues qui se nouent avec le médecin ou l'éducateur* »⁹¹. Il faut en effet pouvoir compter sur les acteurs du soin et de la probation.

B. L'appui nécessaire sur les partenaires spécialistes du soin et de l'addiction

a. Des partenaires institutionnels

67. Effectivement les modalités du suivi sanitaire d'usager de produits stupéfiants relèvent du diagnostic des professionnels de santé. Ce sont eux seuls qui sont en capacité d'analyser la nécessité de prise en charge, le recours à un traitement, la fréquence d'entretiens, etc. Le savoir-faire en matière d'usages ou mésusages, de conduites addictives, en matière de substances et de leurs propriétés, appartient au corps médical et scientifique. C'est la raison pour laquelle les enjeux de santé publique sont au cœur des débats sur la législation des stupéfiants depuis le début de leur commercialisation, bien avant la loi de 1970. L'efficacité des soins dans la peine dépend en grande partie de l'existence, sur un

⁹⁰ Article 712-8 du code de procédure pénale

⁹¹ Dominique CHARVET, *la justice au prise avec l'intime*, au recueil autrement n°106, l'Esprit des drogues, la dépendance hors la loi.

territoire, de partenaires de soins institutionnalisés mais également des politiques de santé publique menées.

68. S'agissant des partenaires, on trouve les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie dit CSAPA, ces centres sont, le plus souvent, gérés par le secteur associatif et interviennent en milieu ouvert et fermé. On trouve également les centres médicaux psychologiques (CMP). Les hôpitaux publics disposent parfois d'un service de soins en addictologie. Les hôpitaux psychiatriques effectuent également les prises en charge de nombreuses pathologies en lien, ou renforcées, par les addictions. Enfin depuis quelques années des microstructures médicales qui regroupent médecins, psychologues, assistants sociaux etc. se développent. Enfin les pharmaciens ont un rôle à jouer ; certaines pharmacies reçoivent une grande partie de la population pénale comme clients, si elles se mettent à refuser la délivrance de traitement à ces personnes au motif qu'elles sont « condamnées » ou ciblées « délinquantes », la prise en charge médicale est mise à mal⁹².

b. Spécialistes du soin

69. La dichotomie persistante entre répression et soins qui fait intervenir les uns (acteurs judiciaires), et les autres (secteur sanitaire) emporte avec elle un lot de conséquences qui vont, à nouveau, perturber la compréhension de la notion d'usage et d'usagers de stupéfiants. D'abord le vocabulaire employé entre justice et santé est très différent. Les textes de lois font références aux « usages », aux « produits stupéfiants » et prônent « l'interdiction » et la « répression ». Le vocabulaire médical lui fait état « d'addiction », de « consommateurs », de « produits addictogènes », de « dépendance » etc. Et dès 1970, l'OMS suggère l'emploi du terme « pharmacodépendance » en lieu et place du terme « toxicomanie »⁹³. Ce que nous dit l'emploi de ces différentes terminologies c'est que le corps médical est bien plus abouti, plus précis, plus scrupuleux, dans la caractérisation des usages et usagers, et donc plus apte à comprendre le problème.

70. Les politiques de santé publique : cela va plus loin car les objectifs poursuivis en matière d'addiction sont différents entre santé et justice. À partir de la fin des années 80, c'est le début de ce que l'on nomme « politique de réduction des risques » sanitaires. Dès

⁹²Exemple tiré du terrain : une pharmacie proche de Centre de semi-liberté de Souffelweyersheim refusait de délivrer des traitements aux personnes transférées au CSL qui détenait une ordonnance du SMPR ou de l'UCSA de leur précédent lieu d'incarcération.

⁹³ Elisabeth DOLARD, *Drogue pourquoi a-t-on interdit l'usage de stupéfiants ?* chapitre « l'interdit de la drogue », B-1-a, réf 138, OMS Comité d'expert série de rapport technique n°407 1969.

lors l'Etat permet aux acteurs du soins, auprès des usagers de drogue, de mettre en place une politique tendant à, prévenir la transmission d'infections, prévenir la mortalité et les dommages par mésusages, et à prendre en charge les dommages sociaux. C'est consacré avec la loi du 12 avril 1995 et de nouveaux articles dans le CSP⁹⁴. Dès lors les acteurs sanitaires parlent sans cesse de réduction des risques, de prévention, de médiation socio-sanitaire⁹⁵. Les discours sont donc différents entre santé et justice mais les deux sont validés par des politiques étatiques.

71. Enfin, si la justice doit pouvoir se reposer sur les partenaires de soins pour prendre en charge efficacement les usages de stupéfiants, il faut s'assurer que les services sanitaires, eux, souhaitent collaborer avec la justice dans le cadre de la mise en oeuvre d'une peine. Particulièrement dans un contexte où, une grande partie d'entre eux déplore le « tout répressif », et applique une politique de réduction des risques. D'autant plus que le prononcé d'une peine, avec des modalités « curatives », n'oblige pas les professionnels de santé, ni les condamnés. Ce sont dans ces circonstances que les acteurs de la probation agissent, soutiennent et parfois prennent le relai lorsque le problème n'apparaît pas être, essentiellement, de santé.

PARTIE 2 - DES PRISES EN CHARGE DES USAGERS DE STUPEFIANTS A L'IMPACT SUR LES POLITIQUES PENALES EN MATIERE DE STUPEFIANTS

ASPECT CRIMINO-SOCIAL

72. L'usage de stupéfiants est pénalement répréhensible et ce depuis près de 55 ans. L'utilisateur est un délinquant. Il sera dès lors traité comme tel du contrôle jusqu'à l'issue de sa peine ; il est un justiciable encourant une peine de prison avec ou sans sursis, avec ou sans aménagement. L'avantage c'est de pouvoir alors entrer sous le coup de prise en charge par le SPIP, de programmes d'accompagnement, mais aussi d'études psychocriminelle, dont les missions et les objectifs sont de prévenir la récidive en matière de délinquance. Ces techniques et études reposent sur des données acquises de la science, on parle de *evidence-based practice* (EBP)⁹⁶. Ainsi ces comportements d'usages vont, ou

⁹⁴ Articles L3121-3 et suivants du code de la santé publique

⁹⁵ [Sante.gouv.fr](http://sante.gouv.fr) : [La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues - Ministère du travail, de la santé et des solidarités \(sante.gouv.fr\)](http://sante.gouv.fr/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues)

⁹⁶ Evidence-based practice = Données probantes /données acquises de la science.

devraient pouvoir, bénéficier d'un suivi efficace tout du moins centrée sur l'intérêt de la personne, son écoute, et la prise en considération de ce qu'elle a à dire de ses usages. Il s'agit de mettre aux services des ciblés usagers de drogues, comme au service d'autres justiciables, les avancées, les progrès, les études en matière de probation et de prévention de la récidive. Puisqu'il faut lutter contre le crime, et pour se faire, prévenir les usages pour conclure le processus de prohibition. Nous observerons, dans un premier chapitre, comment les techniques de probation et les connaissances en criminologie actuelles infusent les prises en charge des usagers de drogues, dans l'objectif de prévenir la récidive. Pour ensuite, dans un second chapitre, envisager ce que la probation et la criminologie ont à apporter à l'éternel débat et clivage autour des ILS, plus particulièrement des usages. Pour étayer les propos nous nous appuyerons, tout au long des développements, sur les réponses à un questionnaire réalisé à destination des conseillers pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP)⁹⁷, acteurs majeurs de la probation en vertu des articles D113-25⁹⁸ et D113-26⁹⁹ du Code pénitentiaire.

1. CHAPITRE 1 - LE TEMPS DE LA PROBATION : LA CRIMINOLOGIE AU SOUTIEN DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE STUPEFIANTS

73. Les recherches et travaux internationaux en matière de criminologie et de psychocriminologie, de délinquance et de désistance, ont largement métamorphosé la figure de la probation. À l'image du célèbre mouvement What's works¹⁰⁰, jusqu'à l'adoption, en 2010, en Europe, des règles européennes relatives à la probation¹⁰¹. Sur ces bases l'intervention auprès des justiciables par les SPIP est aujourd'hui normée et cadrée. En France ce cadre est formalisé par le référentiel des pratiques opérationnels numéro 1 (RPO1) paru en 2018. Il fixe le principe d'individualisation et d'adaptation du suivi des

⁹⁷ Voir annexes 1 et 2 : « Questionnaire aux CPIP » et « Réponses au questionnaire »

⁹⁸ « Sous l'autorité du DPIP, le SPIP s'assure que la personne qui lui est confiée se soumet aux mesures de contrôle et respecte les obligations qui lui sont imposées », ancien article D575 du CPP.

⁹⁹ « Le SPIP met en œuvre les mesures propres à favoriser la prévention de la récidive ».

¹⁰⁰ Repère historique dans l'émergence de la criminologie | cours de Monsieur FEDON MII DEP DH : USA, début des années 80, Le mouvement « What's works ? » initie des réflexions et recherches sur les réponses pénales et méthodes probantes pour prévenir et réduire la récidive.

¹⁰¹ Les Règles européennes relatives à la probation adoptée le 20 janvier 2010 sont accessibles via le site [justice.gouv.fr : justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/BAT_13110140_DIRADMPENI_Bdef-raster%5B2%5D.pdf](https://justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/BAT_13110140_DIRADMPENI_Bdef-raster%5B2%5D.pdf)

personnes confiées¹⁰², et détermine les phases d'intervention¹⁰³. Ce cadre général s'applique donc pour tous justiciables (I) en préconisant l'adaptation et l'individualisation des prises en charge (II) dans le contexte de la criminalité concernée, en l'espèce l'usage de stupéfiants tel qu'il est déterminé dans les développements précédents. En d'autres termes il s'agit de mettre en lumière le balancier de positionnement pour les CPIP, en quête d'efficacité dans leurs prises en charge, entre ; être des contrôleurs acteurs de la coercition et, conformément aux règles et techniques de probation, apporter du soutien et de l'écoute aux l'intéressés en vue de prévenir la récidive.

I. Le cadre actuel et général de la probation au service de la prise en charge des usagers de stupéfiants

74. Les incompréhensions de la définition pénale d'usage et du prononcé de la peine vont ressurgir et il n'est donc pas rare, qu'à ce stade de la peine, la personne condamnée exprime une incompréhension latente depuis le début de la procédure. Pour autant les CPIP doivent établir une relation soutenante et structurante, pour évaluer puis accompagner sur les bases des REP. Nous verrons dans un premier temps la prise en charge des usagers de stupéfiants, par les CPIP, dans le cadre du RPO1 (A), avant de focaliser les propos sur l'évaluation collaborative structurée¹⁰⁴, grande conquête des criminologues, appliquée aux usagers de drogues (B).

A. Les repères de la probation : Accueil, modèle RBR¹⁰⁵ et usagers de stupéfiants

a. L'accueil en probation

75. L'accueil en probation est crucial¹⁰⁶, il a pour objectif de recentrer sur la fonction d'amendement de la peine avec pour principes, la recherche de l'adhésion au suivi¹⁰⁷, et de collaboration¹⁰⁸ SPIP / personne suivie.

¹⁰² Avant-propos du RPO1 de Stéphane BREDIN alors DAP « *Pour redonner son sens et son efficacité à la peine, la réponse pénale doit être individualisée et la prise en charge des personnes placées sous main de justice adaptée* ».

¹⁰³ RPO1, page 31, les 3 temps du suivi : l'évaluation initiale, la mise en œuvre des interventions et la fin de prise en charge.

¹⁰⁴ RPO 1, page 127 et suivantes, « le guide de l'évaluation collaborative structurée ».

¹⁰⁵ Modèle Risques, Besoins, Réceptivité développé dans le présent paragraphe.

¹⁰⁶ RPO 1, page 31, « une phase d'accueil pendant laquelle l'action du SPIP est, d'ores et déjà, cruciale [...] ».

¹⁰⁷ REP n°6 : il faut rechercher « le consentement éclairé et la coopération des auteurs » et ce « pour toutes les interventions qui les concernent ».

¹⁰⁸ REP 67 : « dans la mesure du possible les auteurs d'infractions ont la possibilité de participer activement [...] ce qui implique que leurs avis et souhaits personnels soient dûment pris en compte »

76. Les représentations des CPIP : Compte tenu des difficultés à identifier les usagers, et les usages, à comprendre ce que sont les infractions d'usages au regard de la condamnation et dans le méandre de la classification des ILS ; interrogation précise sur leurs représentations des usages a été faite aux CPIP¹⁰⁹ ;70% d'entre eux ont répondu qu'ils se représentaient l'usage par « le fait d'une personne qui consomme des stupéfiants avec ou sans addiction ». Cela nous apprend que les CPIP n'accueillent pas les usagers comme des « toxicomanes » ou plus justement des « pharmacodépendants ». Il semble donc être fait distinction entre usage et addiction.

77. Le resurgissement de l'incompréhension de la peine : fait charnière, devant les services de probation, et particulièrement lors du début du suivi, les personnes condamnées vont indiquer, et parfois jusqu'à vivement appuyer, leur incompréhension à l'égard de la condamnation. Le rôle préconisé du CPIP est de « *relever les discours de la personne qui remettent en cause le cadre, la loi, la règle, la victime* »¹¹⁰ et cela « *sans jugement, ni critique, ni confrontation* ». Il s'agira alors de laisser la personne exprimer ce qu'elle en pense tout en rappelant la loi en vigueur¹¹¹, bien qu'il puisse être difficile, dans ce contexte précis, de ne pas donner l'impression d'être autoritaire en s'appuyant sur une loi ancienne, ancrée dans un contexte socio-sanitaire précis, qui plus est lorsque les lignes des voisins européens bougent¹¹².

78. Le soutien aux soins et l'orientation vers les structures adaptées : La phase d'accueil ouvre l'appui aux partenaires de soins, dont on a vu combien ils sont importants non seulement par leurs interventions auprès des usagers de stupéfiants¹¹³, mais également dans le débat autour des ILS. Outre les appuyer il s'agit d'orienter matériellement l'utilisateur qui sera probablement perdu face à l'offre de soins, et à l'expertise des uns et des autres (CMP, CSAPA, psychologue, médecin etc.)

b. Le modèle Risques, Besoins et Réceptivité

¹⁰⁹ Voir annexe 2 - 2ème schéma

¹¹⁰ RPO 1, page 42.

¹¹¹ Loi du 31 décembre 1970 n°70-1320

¹¹² Apport de la pratique au sein du SPIP de Strasbourg –2024 – entrée en vigueur en Allemagne de la dépénalisation des usages de stupéfiants.

¹¹³ Cf PARTIE I – Chapitre 2 – II – B – paragraphe 68 à 72

79. L'évaluation, première étape de la probation¹¹⁴ et le modèle Risques, Besoins, Réceptivité (RBR) : issu des travaux de Andrews et Bonta sur la réadaptation des délinquants, il est le modèle d'évaluation usité en probation française pour l'heure, et détaillé au RPO1¹¹⁵, ainsi que prévu par le code pénitentiaire¹¹⁶. Il permet de déterminer les risques de récidive, les besoins de la personne, et sa réceptivité, et propose d'ajuster le suivi à l'évaluation de ces facteurs¹¹⁷. Ce modèle a pour objectif de rendre efficaces les interventions en probation.

80. Un risque de récidive avéré : au regard du modèle RBR il est permis de considérer, qu'à ce stade de la procédure, l'usager apparaît nécessairement en proie à des consommations répétées. Nous avons vu le parcours pénal d'une personne appréhendée pour des faits d'usages de stupéfiants. Soit la personne a commis un concours d'infractions et se retrouve devant les services de probation pour un ensemble d'infractions, dont un usage, c'est le cas pour 7% des personnes mises en causes pour lesquels l'usage est secondaire¹¹⁸. Soit les mis en cause pour usage de stupéfiants le sont pour cette infraction en tant qu'infraction principale, et c'est la majorité, ce qui confirme que lorsqu'ils se trouvent devant les services de probation ils sont nécessairement dans une situation de récidive multiples, ou qu'ils ont des antécédents judiciaires, ou des ILS connexes. Une intervention renforcée est préconisée selon le modèle RBR car il s'agit déjà de récidives ou de réitérations.

81. Une évaluation d'un risque auto-infligé : l'une des difficultés est de prendre en charge des condamnées dont l'infraction est une atteinte auto-infligée. On revient mettre en cause la liberté individuelle d'un phénomène avant tout social que Marie Danièle BARRE, rappelons-le, qualifie de « *comportement individuel qui n'est pas systématiquement criminel ou délinquantiel au sens de ses conséquences sur la société* »¹¹⁹. Comme développé dans la première partie¹²⁰, c'est un argument du débat qui va devenir un problème, du moins une donnée dans la phase de probation, puisqu'il s'agit donc d'une

¹¹⁴ REP n°66 : « avant et pendant la mise en place du suivi d'un auteur d'infraction, ce dernier fait l'objet, le cas d'une appréciation qui analyse de façon systématique et approfondie sa situation particulière, y compris les risques, les facteurs positifs et les besoins [...] ainsi qu'une appréciation de la réceptivité de l'auteur de l'infraction ».

¹¹⁵ Fiche « En Connaitre Davantage n°2 » du RPO1 : la théorie Risques, Besoins, Réceptivité, page 183.

¹¹⁶ Article D113-25 du code pénitentiaire

¹¹⁷ Fiche « En Connaitre Davantage n°2 » du RPO1 : la théorie Risques, Besoins, Réceptivité, page 183.

¹¹⁸ Inter Stat N°38 – novembre 2021 – service statistique du ministère de l'intérieur – page 5

¹¹⁹ Marie Danièle BARRE, *Etude des données pénales sur la répression de l'usage de produit illicites*, 2008.

¹²⁰ Cf PARTIE 1 – Chapitre 1 – I – A - Paragraphes 18 à 22

prise en charge que l'on pourrait qualifier « d'auteur-victime ». Cela peut faire poindre des contestations de type « *je suis ma propre victime je ne fais de mal à personne* » jusqu'à « *ce ne sont pas les problèmes de justice qui vont me faire arrêter* ». Une mesure pénale n'a pas pour vocation de prendre en charge les victimes, et les professionnels ne sont pas habilités. Si la personne est fortement ancrée dans ces discours, l'intervention sera plus compliquée puisque le risque dénié. En revanche cela renseigne sur la motivation au changement ; peu présente on imagine, face à ces discours.

B. L'évaluation initiale

82. L'évaluation initiale se fait, au maximum, en collaboration avec l'auteur de l'infraction conformément au REP¹²¹. C'est le temps de faire la place aux discours de l'usager. Dans le guide Dalloz des méthodes de probation¹²², Sarah DINDO rappelle qu'il ne faut « *porter aucun jugement sur les consommations* » seulement comprendre quelles représentations a la personne de ses consommations, et où se situe-t-elle dans le cycle du changement¹²³. Connaître la motivation au changement de la personne va permettre d'ajuster l'intervention et les discours afin, soit de « faire émerger », soit de « renforcer », soit de « soutenir », la motivation¹²⁴. On parle « d'approche motivationnelle », fondement théorique de l'intervention des SPIP ; qui d'ailleurs naît des prises en charge en addictologie.

a. Les allégations des usagers

83. La difficulté d'une infraction toujours en cours : Lorsque le produit est illicite, devant des services de justice il est permis d'imaginer qu'évoquer ses consommations n'est pas aisé car les personnes envisagent que cela dit qu'ils se procurent le produit, qu'ils le transportent, peut-être même le revendent parfois etc. Et cela est vrai ! Nécessairement une personne qui consomme, comme vu précédemment¹²⁵, commet toute une série d'ILS prévues au CP. La particularité de l'usage c'est donc que l'infraction perdure le temps de la prise en charge, et qu'aucun acteur de l'application des peines ne peut l'ignorer à ce stade. Certains usagers brandissent régulièrement comme argument d'autorité, l'incarcération : « *non je ne consomme plus je sors de détention* ». Cependant, interrogés

¹²¹ Rep n°67 : « [...] les auteurs d'infraction doivent avoir la possibilité de participer activement à cette appréciation formelle ».

¹²² Guide des méthodes de probation S.DINDO – Dalloz – 2018/2019 – page 175 à 176.

¹²³ Voir annexe n°3 | le cycle du changement repose sur les recherches de PROCHASKA et DICLEMENTE il contient 6 étapes de motivation à changer.

¹²⁴ RPO1, page 24, « Le cycle du changement et l'approche motivationnelle ».

¹²⁵ Cf PARTIE I - Chapitre 1 - I B – paragraphes 23 à 29

sur les difficultés en termes d'échanges dans les prises en charge d'usagers¹²⁶, seulement quelques CPIP estiment que les personnes ne veulent pas parler de leurs consommations en lien avec la honte ou l'illicéité du produit. Pour autant,

84. Les discours récurrents : En revanche plus de la moitié des CPIP interrogés ont fait une réponse libre, ce qui permet de révéler deux figures de réponses prépondérantes dans les discours des usagers : la banalisation des usages, et l'absence de motivation à arrêter les consommations. Pour exemple les CPIP déclarent « *la prise de stupéfiants est banalisée par une grande partie de la population, l'achat de feuilles pour la consommation de cannabis est possible dans tous les bureaux de tabac* », ou encore « *Parfois, les jeunes surtout, ne remettent pas forcément en question leur comportement en expliquant que dans d'autres pays d'Europe la consommation de certaines drogues est légalisée ou dépénalisée* ». D'ailleurs les témoignages sont de plus en plus accessibles, tant dans les débats que dans la littérature et les médias¹²⁷, et nombreux sont ceux qui affirment que ce n'est pas la teneur répressive de la loi qui va les empêcher de poursuivre leurs business ou leurs usages. Il faut donc garder à l'esprit que les problèmes de justice ne sont pas nécessairement vecteur d'éloignement du produit, ce qui va corser le travail de prévention de la récurrence. Rappelons-le, nous avons remarqué que le caractère punitif de la peine apparaissait antinomique à plusieurs égards¹²⁸.

b. Evaluer l'adhésion au suivi et la délicate question de la sanitarisation systématique

85. Dans une étude de Clément MARAIGNE sur les obligations applicables en MO, une CPIP explique que « *l'obligation de se soigner peut-être perçue comme violente* » pour des personnes qui « *ne seraient pas conscientes de l'existence d'une problématique sanitaire* ». D'ailleurs, d'après les réponses aux questionnaires réalisés, un CPIP sur deux considère que lorsqu'une obligation de soins est prononcée en matière d'usage de stupéfiants « c'est compliqué » car il faut travailler l'adhésion aux soins, ou réclamer des analyses biochimiques¹²⁹. La personne a-t-elle envie de travailler sur ses addictions, ou se sent-elle malade lorsque l'on sait que beaucoup de discours font état de l'absence de motivation à arrêter, ou banalisent les consommations de stupéfiants ? Des témoignages

¹²⁶ Voir annexe 2, 4ème schéma

¹²⁷ Podcast Substances, témoignages de jeunes usagers à un psychologue (livre), témoignage de Xavier en introduction, etc.

¹²⁸ Cf Partie I - Chapitre 1 - II - B – paragraphes 41 à 44

¹²⁹ Voir annexe 2, 3ème schéma

tels que « *les gens fument parce qu'ils s'ennuient* », ou « *ce n'est rien, c'est comme tout le monde* » sont réguliers. À l'évidence, si cette obligation est prononcée il est nécessaire au préalable de réaliser « *un travail de pédagogie et de réflexion [...] avant de pouvoir mettre en œuvre l'obligation de soins* »¹³⁰, conformément aux techniques psychocriminelle plébiscitées. Ce travail, en matière d'usage de drogues, nécessite de maîtriser certaines notions : les mécanismes de l'addiction, les circuits de la récompense¹³¹, les effets des stupéfiants¹³², etc. Il faut en effet savoir de quoi on parle si on veut faire preuve de pédagogie, et ouvrir la réflexion.

86. Les contestations et incompréhensions peuvent être fortes, c'est pourquoi, pour individualiser et adapter la prise en charge, il est essentiel de laisser les usagers raconter leurs histoires et leurs parcours de consommations, en évitant absolument d'accoler des stigmates à une personne qui ne considèrerait pas « malade » au motif qu'elle se procure et consomme des stupéfiants. L'objectif étant de sonder la personne pour ensuite adapter l'intervention.

87. Il convient de poursuivre en s'intéressant à la manière d'adapter les interventions aux spécificités de ces faits d'usages, et des discours des usagers, au-delà des grands repères actuels de la probation.

II. Adapter la prise en charge pour prévenir la récidive

88. Prévenir ou punir ? Les acteurs de la probation travaillent dans la dichotomie de manière prégnante en matière d'ILS. Clément MARAIGNE résume ainsi le labeur de la probation dans un cadre enserré et contraint « *les praticiens développent [donc] des pratiques permettant de dépasser le cadre strictement coercitif de la prise en charge. Si ces pratiques s'expliquent par le cadre trop étroit que peuvent constituer les obligations en milieu ouvert, elles contribuent dans le même temps à brouiller les frontières entre, une contrainte qui trouve sa source dans la loi et qui justifie, et légitime la prise en charge des personnes suivies, et une contrainte plus informelle, plus individuelle qui se fonde sur une analyse plus consensualiste de la pris en charge* »¹³³. Autrement dit la loi contraint à

¹³⁰ CIRAP : Etude des obligations applicables en milieu ouvert, Clément MARGAINE, *Une analyse de la dimension coercitive de la probation*, 2015, page 143.

¹³¹ Il s'agit des noms « vulgarisés » de travaux de recherches neuroscientifiques utilisés pour expliquer les recours aux drogues sur les plans biologique, médical et sanitaire.

¹³² Euphorisants, perturbateurs/hallucinogènes, apaisants ou dépresseur/hypnotiques, stimulants.

¹³³ CIRAP : Etude des obligations applicables en milieu ouvert, Clément MARGAINE *Une analyse de la dimension coercitive de la probation*, 2015, page 153.

la prise en charge qui, elle, va s'adapter en fonction de l'évaluation. Oui mais alors prise en charge de fait d'addiction ou d'acte de déviance ?

A. Axes de travail et méthodes d'intervention

89. L'enjeu de la période de probation procède d'une transformation d'une peine vers « *un projet porteur de sens* » pour la personne suivie. Pour cela il faut définir les axes de travail en lien avec les besoins criminogènes autrement dit les problématiques sociales et individuelles rencontrées. Interrogés sur ces axes de travail envisagés à l'issue de l'évaluation les CPIP avaient réponses libres¹³⁴. L'étude de ces réponses fait émerger un classement des axes de travail et d'accompagnement en 4 catégories :

a. Le travail d'accompagnement basé sur les soins principalement

90. Il s'agit d'un travail de sensibilisation sur les dangers des produits stupéfiants et d'orientation vers des aides adaptées. Si le travail dit « d'adhésion aux soins » est plébiscité en cas de soins pénalement ordonnés et, de manière générale, pour les usages et mésusages de produits stupéfiants selon le RPO1, il est préconisé, comme vu précédemment, que l'évaluation soit rondement menée avant toute orientation systématique¹³⁵. Cet axe apparaît pertinent lorsque le besoin criminogène est précisément la question sanitaire, c'est le cas par exemple lorsque la personne verbalise expressément son envie de se débarrasser de ses consommations, ou que sont identifiées des addictions qui font souffrir. Une orientation et un appui sur les partenaires de soins est prioritaire et fondamental. En effet les CPIP ne sont pas toujours suffisamment formés pour appréhender l'aspect médical de la dépendance¹³⁶, il faut maîtriser le sujet sur le plan biologique et sanitaire (effets des drogues, mécanismes de l'addiction etc.)

b. Le travail sur le rapport aux produits

91. Il s'agit là d'approfondir le lien entre la personne et ses usages de stupéfiants, de travailler sur les représentations du produit, et sur la présence ou non de problématiques de consommation. Souvent les CPIP proposent une évaluation des consommations et des volontés de la personne à l'égard de ses consommations. Ce travail est centré sur la personne, sur son opinion, et sur les conséquences de ses consommations (positives ou négatives). Cela passe par des questionnements sur le parcours des premières

¹³⁴ Voir Annexe 2 : Les réponses des CPIP au questionnaire, 4ème schéma

¹³⁵ Sarah DINDO, *sursis avec mise à l'épreuve : la peine méconnue*, étude réalisée pour l'Administration pénitentiaire, 2011, page 358.

¹³⁶ Site de la MILDECA : « les addictions sont des pathologies cérébrales ».

consommations à la condamnation. Ce travail d'accompagnement a pour avantage de faire une large place à l'expression de la personne et ses ressentis. Par exemple les personnes qui affirment « *consommer juste en soirée* » ou encore « *pour dormir* ». Ce travail est conforme aux recommandations en termes de probation, bien qu'alors, à nouveau, on n'ignore pas que l'infraction perdure.

c. Le travail d'accompagnement basé sur les soins et les autres facteurs de récidive

92. Il s'agit en fait d'une détection des besoins criminogènes. On peut imaginer que cet axe de travail est basé sur une prise en considération de la globalité du parcours délinquantiel de la personne. Ce travail apparaît adapté lorsque les consommations existent à côté d'autres infractions. Finalement il s'agit de prendre en charge des « délinquants-consommateurs », probablement les 7% de mis en cause pour un usage de stupéfiants qui n'est pas infraction principale¹³⁷. D'ailleurs, en analysant les réponses, on s'aperçoit qu'est très souvent cité le travail sur le rapport à la loi comme axe d'intervention.

d. Le travail et l'accompagnement en dehors des questions de soins

93. Un certain nombre de réponses révèlent que les professionnels décentrent parfois l'accompagnement et le travail du traitement hygiéniste des consommations. On s'aperçoit, à l'étude des axes proposés, qu'ils s'articulent principalement autour de l'entourage et des activités de loisirs ou professionnelles. Il s'agit par exemple de questionner les relations sociales, les amitiés, le cercle familial, ou les événements de vie, ou encore aborder la question du temps libre, par exemple « *faites-vous du sport et si non pourquoi ?* ». Ce travail a pour avantage certain d'éloigner la personne des stigmates de l'usage de drogues. Autrement dit il s'agit de faire « des ponts au monde et à la vie en société », caractérisés de « prosociaux », pour tenter d'éloigner des comportements d'usages, en proposant d'autres sujets, d'autres occupations. Cela ne s'inscrit plus dans le strict cadre de la prohibition, pour autant ça peut être un levier d'action certain.

94. Cette étude de terrain permet de réaffirmer que la période de probation va être un lieu de remise en question de la sanitarisation systématique déjà abordée. De plus, la diversité des axes de travail identifiés, s'inscrit dans la lignée de l'office du JAP qui ajuste la preuve des soins pénalement ordonnés¹³⁸. Enfin la diversité des réponses est forte intéressante,

¹³⁷ Inter Stat N°38 – novembre 2021 – service statistique du ministère de l'intérieur – page 5

¹³⁸ Cf paragraphe 66

elle illustre le fait que le travail de prévention de la récidive peut se faire sous une multitude d'approches. Les infractions d'usages, et leurs auteurs, renferment des réalités différentes et des spécificités en termes de psychocriminalité. D'ailleurs, interrogation sur les « méthodes pour prévenir la récidive » a été faite et les réponses dominantes sont de « travailler le rapport aux produits et ce qui a motivé l'infraction », ou de travailler avec les facteurs de risque et de protection dits « classiques »¹³⁹. Donc une majorité d'intervenants travaille en prenant en compte la spécificité des produits et de leurs usages, quand d'autres travaillent davantage comme avec « n'importe » quel probationnaire condamné pour tout autre type d'infraction.

B. Un temps pour prévenir la récidive d'un usage déviant ou d'une addiction ?

95. « *Soigner n'est pas la même chose qu'empêcher de nuire* »¹⁴⁰, c'est ce que révèle la diversité d'approches d'accompagnement ; mais il faut prévenir la récidive si l'on veut enrayer un phénomène qualifié de délinquantiel, c'est l'une des missions confiées à l'Administration Pénitentiaire, fer de lance des SPIP. Alors prévenir un usage déviant ou traiter une addiction ? Cela va dépendre de ce que la personne dit de ses consommations, d'où elle se situe sur le cycle du changement¹⁴¹, et des axes de travail déterminés précédemment.

96. S'agissant de prévenir un comportement déviant : une étude du Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire (CIRAP) analyse la dimension coercitive de la probation¹⁴². Cette étude fait état de la difficulté pour les CPIP de se positionner entre contrôle et soutien : « *si le cadre réglementaire applicable en milieu ouvert consacre les notions de contrôle et de contrainte comme une partie intégrante de la probation, ces notions soulèvent toujours chez les professionnels des*

¹³⁹ Des facteurs issus du modèle RBR : Les facteurs de risques statiques que sont l'âge, l'étude du casier judiciaire, 8 facteurs de risques dynamiques que sont les attitudes et croyances favorisant le comportement délinquant, l'environnement relationnel et social, le profil de personnalité dit « anti social », les problèmes familiaux, les problèmes d'insertion professionnelle, l'absence de loisirs, et la toxicomanie et les addictions ; et des facteurs de protection comme les forces de la personne ou l'absence de facteurs de risques.

¹⁴⁰ Citation extraite de l'article de J.CHAMI, *la contrainte aux soins, enjeu et difficultés*, Connexions n°99, page 71.

¹⁴¹ Voir Annexe 3 : Le Cycle du changement

¹⁴² CIRAP : Etude des obligations applicables en milieu ouvert, Clément MARGAINE *Une analyse de la dimension coercitive de la probation*, 2015.

difficultés de positionnement »¹⁴³. Lorsqu'un usager de drogue ne se reconnaît pas dans cette qualification, du moins dans la notion de délinquance associée pour toutes les raisons évoquées précédemment, il va venir se placer dans cette faille d'identification des missions du SPIP. D'ailleurs des études sur les usages sociaux des drogues font état du fait qu'il s'agit aussi de fait de gens « normaux », et que même si les usages sont considérés comme déviants, ils peuvent correspondre au déroulement d'une « vie ordinaire » dans laquelle sont employés des moyens illégitimes lorsque l'occasion se présente¹⁴⁴. Par exemple consommer des stupéfiants en festival, ou prendre de la cocaïne pour être performant. Le comportement est envisagé comme déviant légalement mais pas toujours à l'échelle de l'individu. Il s'agit donc de faire entendre une interdiction plus que de prévenir un comportement.

97. S'agissant de prendre en charge une addiction : dans un Mémoire traitant l'efficacité de l'obligation de soins, à l'appui des travaux de Sarah DINDO, l'auteur et CPIP rappelle que « *les questions sanitaires ne répondent pas à un besoin criminogène, le temps de la peine permet de prendre le temps de l'évaluation* »¹⁴⁵. Le propos se poursuit en évoquant l'intervention des soignants auprès d'infracteurs : « *Leur mission [aux soignants] est [parfois] en décalage avec la prévention de la récidive* »¹⁴⁶. Clément MARAIGNE rappelle également que les obligations de soins doivent être un support au « *développement du travail de réflexion sur sa consommation d'alcool ou de stupéfiants* »¹⁴⁷. Il ne s'agit donc pas systématiquement de permettre d'arrêter les consommations mais au moins d'y réfléchir. Savoir s'il y a une problématique addictive arrive parfois en second temps.

98. Cela va plus loin en matière d'usages de stupéfiants, en effet appréhender sous le seul angle sanitaire ces faits sociaux serait un désaveu de la considération criminogène de ceux-ci. Cela reviendrait à les considérer comme un problème de santé qui relèverait

¹⁴³ Ibid, page 107, Partie II « des difficultés de positionnement au dépassement du cadre coercitif de la probation ».

¹⁴⁴ Patrick PERETTI WATEL, François BECK, Stéphane LEGLEYE, *Les usages sociaux des drogues*, ed puf le lien social, page 3.

¹⁴⁵ Mémoire MII DEP DH *Entre Thémis et Hippocrate un espace à la nécessaire amélioration de l'efficacité de l'obligation de soins* – Frédéric CHAUBENIT – page 37.

¹⁴⁶ Ibid, page 26.

¹⁴⁷ CIRAP : Etude des obligations applicables en milieu ouvert, Clément MARGAINE, *Une analyse de la dimension coercitive de la probation*, Rapport de recherche, 2015, page 138.

entièrement de la compétence de politique de santé publique. Il est alors difficile d'imaginer l'intervention d'acteurs en criminologie.

99. Pour tenter de comprendre où les professionnels se situent, interrogation a été faite aux professionnels pour savoir ce qui apparaît le plus utile à renforcer, ou à changer, pour une meilleure prise en charge des usagers de stupéfiants ; il répondent, dans le choix des réponses et à une petite majorité, « Renforcer les connaissances et les formations sur la sociologie de la délinquance en matière de drogue : comment parler du produit, comment travailler le rapport au produit, avoir des outils spécifiques pour ces prises en charge... »¹⁴⁸. Il s'agit bien de s'approcher aux plus proches de la réalité sociale des faits d'usages, de comprendre les besoins criminogènes en la matière, autant que de maîtriser des notions essentielles (effets des substances, mécanismes de l'addiction etc.), ainsi donc sans déconsidération des enjeux sanitaires.

100. Force est de constater que la prévention des faits d'usages ne se résume pas à un objectif : prévenir des comportements déviants, ou soigner des usagers ; il faut jauger entre « soigner » et « empêcher de nuire », et parfois le besoin, pour un individu, se situe entre ces deux bords. Pour concilier l'accompagnement à ces objectifs pas toujours convergents, il faudrait pouvoir s'appuyer davantage sur la criminologie et sur des techniques de probation propres aux spécificités d'usages de stupéfiants.

2. CHAPITRE 2 – DE LA PROBATION A DES PISTES DE REFLEXIONS POUR L'AMELIORATION DU TRAITEMENT DES FAITS D'USAGES DE STUPEFIANTS ?

101. Il ressort des développements précédents que la probation en matière d'usage de stupéfiants n'est pas aisée. S'il n'y a pas de consensus sur la mesure et la détermination de l'efficacité en matière de probation, s'il est difficile d'obtenir des résultats concrets à l'issue, et donc d'admettre que cette période va dans le sens de la prohibition des usages, si l'on regarde du côté des taux de récidive en matière de stupéfiants, l'échec est flagrant¹⁴⁹. En revanche on s'aperçoit que le temps de la probation est comme un laboratoire d'analyse des infractions d'usages, un temps suspendu où l'on peut tenter de

¹⁴⁸ Voir annexe 2, 5ème schéma

¹⁴⁹ - Voir page 2 de l'introduction : taux de récidive des ILS 16% et de réitération 34,4%
- Infostat Justice n°127, avril 2024, page 3, tableau 1 : taux de récidive en matière de stupéfiants 45,7% des condamnés en 2004 ont commis à nouveau une ILS entre 2004 et 2011.

comprendre ces faits. On sait également que la désistance, de manière générale, a pu connaître de meilleurs succès avec l'émergence de méthodes, de modèles et d'outils d'intervention¹⁵⁰, auprès des auteurs d'infractions, qui sont souvent importés d'autres pays¹⁵¹. Un temps « complaisant » qui pourrait apporter à un débat qui cherche l'efficacité en matière de lutte contre les usages de drogues ? Les difficultés, mais aussi les discours rencontrés et permis en phase de probation, apparaissent être un point de départ à des réflexions éclairantes pour l'amélioration du traitement des usages, tant sur le plan sociétal que criminologique, notamment grâce à l'émergence de méthodes d'intervention (I). En effet la criminologie, et les méthodes de travail issue de la discipline, ont redonné de l'efficacité aux phénomènes de désistance de manière générale, et cela également grâce à la dimension internationale de cette science (II).

I. La probation : phase d'ajustement et de recours à des méthodes issues de la criminologie

102. Le temps de probation offre un temps d'évaluation puis d'ajustement de la prise en charge à chaque individu, c'est la philosophie de ce temps de la peine : « *individualiser la réponse pénale* »¹⁵². Dans ce cadre les CPIP répondent très majoritairement « sans distinction » à la question de savoir s'ils se sentent plus ou moins à l'aise dans les prises en charge qu'avec les autres justiciables. Mais il faut aussi tenir compte du fait qu'il y a presque autant de réponses que de répondants sur la question des difficultés. Ces difficultés rencontrées suscitent des réflexions autour du phénomène délinquantiel d'usage de stupéfiants (A), et on devrait pouvoir recourir à des méthodes d'intervention spécifiques pour parler à ces difficultés et individualiser la prise en charge (B).

A. Prendre acte de la complexité des prises en charge des usagers de stupéfiants

a. Appréhender les difficultés rencontrées dans les prises en charge

103. Si l'on synthétise et regroupe les réponses des CPIP à la question des difficultés rencontrés ; on repère des difficultés prégnantes. D'abord sur les difficultés liées à

¹⁵⁰ - Podcast *Esprit de Justice*, Antoine GARAPON - épisode du 05 avril 2023 - *la réinsertion pénale fait sa révolution scientifique* : Le chroniqueur cite la « mise en œuvre de programmes [...] dont l'efficacité a été validée scientifiquement. », et ajoute « les programmes reposent sur des *evident based practices* ».

- RPO1, page 18, efficacité du modèle RBR : une réduction de 10 à 23% des taux de récidive.

¹⁵¹ La conférence de consensus sur la prévention de la récidive de 2013 a importé les études et recherches conduites à l'étranger dans le domaine de la probation.

¹⁵² RPO, Avant-propos du RPO1 de Stéphane BREDIN alors DAP « *Pour redonner son sens et son efficacité à la peine, la réponse pénale doit être individualisée* ».

l'incompréhension des soins : Travailler l'adhésion, éduquer aux soins, plus que traiter les mécanismes de l'addiction, c'est bien ce que les CPIP semblent réaliser notamment lorsqu'ils effectuent, au préalable des orientations de soins « *un travail de pédagogie et de réflexion* »¹⁵³. Et nombreux sont les CPIP qui s'accordent à dire qu'il est plus efficace de « *travailler l'adhésion aux soins plutôt que de renvoyer bêtement vers des acteurs de soins* » pour remplir à tout prix une obligation¹⁵⁴. Pourtant renvoyer vers les acteurs de soins pourrait être plus aisé que de travailler l'adhésion aux soins, l'un nécessite de renforcer les partenariats quand l'autre nécessite bel et bien de développer des outils et techniques propres au travail d'acceptation préalable ainsi que de développer les connaissances sur les substances et les addictions. D'ailleurs, souvent, les professionnels de la probation expriment leur volonté de travailler en partenariat avec les professionnels du soin, donc en soutien et/ou en parallèle, soit avec et « en plus »¹⁵⁵.

104. Sur les difficultés liées à l'abord des consommations : Sur les perspectives de changement pour des interventions efficaces auprès des usagers, la volonté des professionnels tendrait au développement d'une forme d'expertise dans le domaine de la délinquance d'usages. Les réponses à la question¹⁵⁶ font état du fait que, indépendamment des soins et de la prohibition, les professionnels de la probation apparaissent enclins à maintenir les spécificités de leurs missions et de leurs actions, en renforçant leurs compétences et leurs expertises sur le sujet. Cela marque l'intérêt à améliorer, sur le plan criminologique et psychocriminologique, le traitement des ILS.

b. Un temps pour interroger les causes des passages à l'acte d'usage de stupéfiants

105. Comme vu précédemment, les discours en matière de stupéfiants souvent banalisent le fait, et outre cette banalisation, les usages se prolongent fréquemment le temps de la peine, il y a donc une infraction d'un auteur sous main de justice. Cela complique le travail de la probation, quid du renvoi devant le JAP par un rapport d'incident ? Quel positionnement adopter lorsqu'un manquement repose sur une mésentente ou un désaccord d'un condamné qui ne se déclare ni malade, ni en demande de soin ? Les professionnels de l'application des peines « *ne souhaitent pas outrepasser la mission qui leur incombe, à*

¹⁵³ CIRAP : Etude des obligations applicables en milieu ouvert, Clément MARGAINE *Une analyse de la dimension coercitive de la probation*, 2015, page 143.

¹⁵⁴ Ibid

¹⁵⁵ Voir Annexe 2 : ce sont des affirmations qui ressortent dans les réponses libres.

¹⁵⁶ Voir Annexe 2, 5ème schéma

savoir sanctionner au nom de la société des comportements illicites, en cherchant à imposer un modèle de conduite »¹⁵⁷. En lien avec cette affirmation un JAP témoignait « *Qu'est-ce qui est important pour moi JAP [...] Ce n'est pas qu'il [l'auteur de l'infraction] ait un mode de vie qui me paraisse socialement approuvable [...] c'est qu'il ne se mette pas dans les mêmes conditions qui l'ont amené à commettre les infractions* »¹⁵⁸. Interroger « les conditions de l'infraction » pour éviter qu'elle ne se reproduise c'est bel et bien l'objectif de la criminologie qui « *étudie les causes du processus du passage à l'acte criminel, et recherche les moyens pour prévenir ce dernier* »¹⁵⁹. Cela revient également à distinguer usages et usagers : l'un étant un fait, un acte, l'autre un individu, un auteur, et certains chercheurs, à l'image de Howard BECKER¹⁶⁰, proposent d'ailleurs de dépsychologiser l'usagers et de s'appuyer davantage sur les causes des usages¹⁶¹. Il étudie les causes des consommations qui, selon lui, reposent souvent sur l'opportunité, notamment chez les jeunes consommateurs. Le rôle des paires seraient également prépondérants dans les usages.

106. Finalement les professionnels de la probation, dans leurs rapports aux usagers, doivent s'attacher à comprendre pourquoi il y a des consommations. La banalisation des usages pose question en termes de conscientisation d'un éventuel problème sanitaire, et de perpétuation des infractions, mais finalement elle permet aussi d'aborder de façon plus décomplexé l'usage, comme ça pourrait être le cas pour d'autres drogues, et finalement travailler sur les tous les aspects de consommation d'une substance. S'agit-il de combler un vide ? Un ennui ? Ou de faire face aux difficultés ? Ou alors est-ce le goût du produit ? Ou l'intérêt de ses effets euphorisants ? Dans un contexte déterminé ? Un contexte social ou de solitude ? La consommation permet-elle d'être performant ? Est-elle permise par des causes extérieures comme l'opportunité ? Est-ce pour faire comme les autres et appartenir à un groupe social ? Est-ce un problème de dépendance ? ou est-ce encore l'usage d'un produit indépendamment de son illicéité ? Ce sont autant de raisons avancées par les usagers, aux CPIP notamment.

¹⁵⁷ CIRAP : Etude des obligations applicables en milieu ouvert, Clément MARGAINE *Une analyse de la dimension coercitive de la probation*, 2015, page 127-128.

¹⁵⁸ Ibid, page 128.

¹⁵⁹ Définition du dictionnaire Larousse.

¹⁶⁰ Howard BECKER est un sociologue américain héritier de l'Ecole de Chicago.

¹⁶¹ Patrick PERETTI WATEL, François BECK, Stéphane LEGLEYE, *Les usages sociaux des drogues*, ed puf le lien social, paragraphe *la carrière du fumeur de cannabis selon BECKER*, page 73.

107. Conclusion : Que ce soient pour des raisons endogènes et psychologisantes, ou exogènes et socio-environnementales, il faut s'interroger sur ce qui motive les consommations ; cela permet de progresser sur la connaissance des causes des usages, puis d'adapter la prévention de ces actes. Et précisément, le temps de la probation permet ce temps d'étude et d'analyse.

B. Recommandations en matière de prise en charge : outils et méthodes

108. La criminologie n'a pas encore fait d'apport majeur dans le domaine de la déviance générée par les stupéfiants, il n'y a pas de programme d'intervention dédié. Beaucoup affirment que les consommations de stupéfiants relèvent du champ sanitaire plutôt que criminologique. Pourtant, en plus de l'existence d'une littérature importante sur la sociologie des drogues et de nombreux témoignages de consommateurs, en phase de probation il y a un vivier d'usagers et de témoignages tout aussi conséquent, ainsi que des professionnels favorables à l'idée de renforcer les connaissances en sociologie de la délinquance propre aux usages de drogues. D'ailleurs ce souhait est conforme au fait qu'en matière de probation le jugement professionnel non structuré ne fonctionne pas. Et en effet l'objectif est de saisir les motivations du passage à l'acte des consommations, que celle-ci soient reconnues comme problématiques sanitaires ou pénales. D'autant plus que, comme vu précédemment, indépendamment des politiques à qui l'on voudrait confier le traitement des usages, et de leurs conséquences sanitaires incontestables, il n'est pas forcé que la prévention du passage à l'acte passe par la sanitarisation du fait.

a. Les outils et méthodes d'évaluation et d'intervention

109. Développer des outils et/ou des méthodes d'intervention apparaît donc fondamental pour renforcer l'efficacité des prises en charge des usagers. Il s'agirait pratiquement de développer la connaissance d'un phénomène socio-criminel, et l'expertise des professionnels, à l'image de l'outil d'évaluation ODARA développé pour la prise en charge des violences domestiques, et pour lequel des formations sont récemment dispensées en probation française. Cet outil a été pensé à partir de 2018 en réaction aux meurtres domestiques, il est basé sur un groupement d'études Canadiennes et Américaines de ce phénomène socio-criminel. Concrètement il s'agit d'un outil actuariel¹⁶² qui prend la forme d'une grille d'évaluation qui va permettre de scorer le risque de récidive. Outre ce scorage l'outil va faciliter la détermination des axes d'intervention pour le

¹⁶² Outil de prédiction du risque de récidive.

professionnel qui va, compte tenu de son expertise dans le domaine, s'attacher aux items de l'outil posant question pour l'auteur de l'infraction. Tous les items de l'outil reposent sur des EBP. La grille ne suffit donc pas il faut aussi une connaissance approfondie du phénomène en cause. On s'aperçoit qu'il s'agit d'un travail éducatif et non thérapeutique. Des outils actuariels similaires, et dédiés à l'évaluation des besoins en matière de consommation de drogues, issus de travaux internationaux, existent. Il y a par exemple le *DEBA-D*, ou encore le *Drug abuse screening Test (DAST)*¹⁶³. Le problème c'est la formation des professionnels à l'utilisations de ces outils. Pour l'heure, en France, il n'y a pas de formation dispensée pour les CPIP comme pour ODARA. Le temps de la peine doit devenir un temps d'expertise, expertise qui repose sur la formation et l'utilisation d'instruments d'évaluation spécifiques. Ce savoir-faire expertal potentiel doit compter dans la volonté politique de prendre en charge efficacement les usages de stupéfiants.

110. Le travail en probation c'est aussi le recours à des outils : actuellement il y a des recours à des outils généraux comme par exemple « la balance décisionnelle »¹⁶⁴. Le site ROMIN¹⁶⁵ est récemment venu regrouper officiellement les outils pour les SPIP. Le site propose également un partage d'expériences sur l'utilisation des outils, ce qui à termes pourrait constituer une base d'étude nationale et significative des pratiques d'intervention. Sur les outils, dans la lignée des développements précédents¹⁶⁶, la plupart proposent de travailler sur la consommation¹⁶⁷, le rapport aux produits¹⁶⁸, ou les mécanismes d'addiction¹⁶⁹. Il y a aussi des outils sous forme de jeux notamment *Feelings addictions, en parler autrement*¹⁷⁰. L'éditeur présente le jeu comme « *un outil ludique, soutien aux professionnels lors d'animations de sensibilisation* ». Ces outils et jeux ont l'avantage de décomplexer les échanges, ils sont accessibles même sans formation et ce sont des aides à la décision, à la réflexion, et parfois simplement à la conscientisation, et cela sans jamais contraindre ou imposer. Ils s'utilisent en dehors des injonctions pénales ou normatives. Ils

¹⁶³ Les outils sont recensés dans la testhotèque du site psychocriminologie : <http://psychocriminologie.free.fr/wp-content/uploads/testhosteque.pdf>

¹⁶⁴ Voir Annexe 2 : réponses libres à la question, pages 59 et 60

¹⁶⁵ <https://romin.beta.gouv.fr/> - Répertoire des Outils et Méthodes d'Intervention destiné aux professionnels les en SPIP.

¹⁶⁶ Cf PARTIE II - Chapitre 1- II – A- Paragraphes 89 à 95

¹⁶⁷ Outils « journal de ma consommation » ou « prochaines étapes de ma consommation », « regard sur ma consommation »

¹⁶⁸ Outils « opter le changement, réductions de ma consommation » ou « pour ou contre ma consommation actuelle »

¹⁶⁹ Outil vidéo « plaisir, bonheur, les addictions et le cerveau »

¹⁷⁰ De l'éditeur act in game qui traite les histoires de vies par thèmes de façon interactive et collaborative. Celui sur les addictions est récent, il a été édité en 2022.

sont néanmoins probablement limités en termes d'efficacité, tant sur le plan pénal (appuyer l'interdiction) que psychocriminel (permettre de comprendre le passage à l'acte). Les méthodes d'intervention reconnues pour leurs efficacités cliniques sont : l'approche cognitive-comportementale, les communautés thérapeutiques, et l'entretien motivationnel¹⁷¹. Cette dernière méthode a d'ailleurs été développée spécialement dans le cadre de la prise en charge des addictions. Ces méthodes nécessitent toutefois une grande maîtrise, et sont en général employées par des thérapeutes et psychologues. Avec de la formation, et/ou un cadre d'intervention déterminé (par exemple un binôme CPIP psychologue SPIP), on pourrait imaginer le recours à ces méthodes de prises en charge le temps de la probation.

b. Appuyer le recours à des méthodes d'intervention spéciales

111. Le problème c'est que les programmes d'évaluation et d'intervention spécifiques nécessitent une expertise certaine et de la formation. Les jeux ou outils sont souvent absents des services (qui n'en sont pas dotés physiquement), il n'y a donc pas de réflexe de recours à des méthodes différentes de prise en charge d'auteur d'infractions que les méthodes généralistes prévues au RPO. Un exemple édifiant : aucun CPIP n'opte pour le recours à des actions collectives, à savoir groupe de parole ou activités collectives, pour prévenir la récidive en matière d'ILS¹⁷², or d'un point de vue clinique les communautés thérapeutiques sont efficaces. Ce n'est pas un problème de volonté des intervenants, les professionnels déplorent le manque d'intérêt général pour la matière qui bloque le déploiement de méthodes d'intervention spécifiques et adaptées : « *On travaille peu sur ce type d'usagers. Ils sont souvent relégués au dernier plan après VIF, AICS, violents etc.* » ou « *Au local nous avons eu des formations par le CSAPA sur les produits et de l'entretien motivationnel* »¹⁷³ il s'agit là d'une initiative locale uniquement.

112. Conclusion : Des outils existent et des méthodes d'intervention et d'évaluation mériteraient d'être déployées et/ou développées. Les professionnels ont la responsabilité de leurs actions, de la manière de les mener, de se former ; ils ont la volonté de développer la connaissance et l'expertise en matière d'ILS ; la responsabilité des politiques pénales,

¹⁷¹ Information issue de la thèse de Catherine ARSENEAULT, *Evaluation des effets du programme d'intervention en toxicomanie offert par le centre de réadaptation en dépendance de Québec à l'établissement de détention de Québec*, sept 2014.

¹⁷² Voir Annexe 2, 5^{ème} graphique

¹⁷³ Voir Annexe 2, les réponses libres à la dernière question, pages 64 et 65

ou même sanitaires, c'est de donner les moyens au déploiement d'un cadre d'intervention adaptée.

II. Les sources d'inspiration internationales

113. La dimension internationale est non seulement présente depuis l'origine des politiques de lutte contre les drogues, mais en plus elle offre un cadre de partage de connaissances favorable à l'émergence de la criminologie et de travaux en faveur de la désistance. De plus la France ne dispose pas de chaire de criminologie et les professionnels et universitaires français s'inspirent largement des travaux étrangers, notamment à l'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire¹⁷⁴. Dans ce contexte il convient de considérer le traitement des usagers dans des pays qui optent pour la prohibition (A) aussi bien qu'il convient de regarder du côté d'Etats qui optent pour d'autres politiques (B).

A. L'exemple de l'Ecosse : une loi prohibitive dans un Etat qui fait face au fléau des drogues

114. L'Ecosse est un Etat qui fait face au nombre de décès, liés aux overdoses de drogues, les plus élevés d'Europe. Le film « *Trainspotting* » a marqué les esprits de plusieurs générations, il se déroule en Ecosse et aborde avec franchise le fléau de la drogue. Au Royaume-Uni (RU), un rapport de 2023 de la « mission nationale pour améliorer et sauver des vies » préconise la dépénalisation de la consommation de drogues dans le RU¹⁷⁵. Indépendamment de cette proposition, dépendante du RU, il existe en Ecosse une volonté de ce que l'on pourrait nommer, par analogie, politique de « réduction des risques »¹⁷⁶, et des dispositifs d'intervention socio-sanitaire, en plus des dispositifs pénaux de prise en considération des usages de drogues.

a. Les prises en charge socio-sanitaire des usagers de stupéfiants en Ecosse

¹⁷⁴ Un exemple qui intéresse les développements : la publication aux presses de l'ENAP d'un ouvrage sur *l'efficacité du suivi des personnes placées sous mains de justice, nouvelles problématiques et nouvelles pratiques*, publié sous la direction de Monsieur MBANZOULOU, et dans le discours d'ouverture du colloque il est expliqué : « *comme toujours nous avons beaucoup à apprendre des expériences étrangères, et une fois encore nous aurons le plaisir d'entendre des experts venus de Belgique, du Canada et de Suisse* ».

¹⁷⁵ Information Fédération Addiction France : <https://www.federationaddiction.fr/actualites/ecosse-un-rapport-preconise-la-depenalisation-de-la-consommation-de-drogues/>

¹⁷⁶ On parle de la volonté de « safe injection facilities » = lieu d'injections supervisées.

115. Sur les prises en charge socio-sanitaire¹⁷⁷ : Il y a des services de santé dédiés avec professionnels formés à la question des drogues et des addictions. Néanmoins une thèse¹⁷⁸ révèle que les consommateurs ne se sentiraient pas pris en charge par des personnels réellement aux faits de leurs problématiques. Il y a nécessairement un « fossé » entre « vivre l'expérience » et « prendre en charge » ; la thèse révèle que cet écart est délétère puisqu'il amène les consommateurs à se tourner vers les services spécialisés uniquement pour obtenir les traitements de substitution aux opiacés (TSO)¹⁷⁹. Il y a également en Ecosse, des centres de rétablissement qui interviennent dans un second temps, lorsque les consommateurs sont « réadaptés¹⁸⁰ » et abstinents, à l'issue d'une période ou d'une thérapie¹⁸¹. Enfin il y a un travail partenarial significatif entre l'Etat et les associations pour la lutte contre les addictions. Les associations et services sociaux prennent en charge davantage les conséquences desocialisantes des addictions en proposant, entre autres, des activités collectives. Sur le plan de ces politiques et actions sanitaires, la prise en charge des consommateurs de drogues ressemble à ce qui se passe dans d'autres pays ; le secteur de la santé et associatif n'ignorent pas le problème, mais les interventions restent conditionnées à la reconnaissance d'un problème de santé et les usagers restent pénalisés juridiquement.

b. Le traitement pénal des usagers de stupéfiants en Ecosse

116. Sur le plan des politiques pénales¹⁸² : il y a des mesures faisant suite à des condamnations qui se déroulent au sein des « Community Payback Order »¹⁸³. Dans ces services, les agents de probation prennent en charge les consommateurs de stupéfiants en leur proposant des orientations vers des traitements et des prises en charge sanitaire, or ce n'est pas une obligation, un travail pédagogique est d'abord réalisé afin que, si la personne se tourne vers une thérapie médicale, cela procède de sa volonté. Il y également, pour les plus volontaires, des mesures dites "Drug Testing and Treatment Order » qui fait

¹⁷⁷ Informations obtenues par des échanges avec Monsieur John STURGEON, agent de probation en Ecosse et intervenant au Master Droit de l'exécution des peines et droits de l'Homme.

¹⁷⁸ L'auteur de la thèse est un des collègues de Monsieur John STURGEON.

¹⁷⁹ Les TSO sont la méthadone et le Subutex principalement.

¹⁸⁰ Le terme « rehabilitation » est employé en anglais.

¹⁸¹ Exemple : Glasgow Supported Housing qui prend en charge « *People who have completed rehabilitation at our Scottish Residential Service, rehabilitation with another provider or from prison who are committed to their abstinence recovery* ». Site web : [Glasgow Supported Housing | Phoenix Futures \(phoenix-futures.org.uk\)](http://Glasgow Supported Housing | Phoenix Futures (phoenix-futures.org.uk))

¹⁸² Informations obtenues par des échanges avec Monsieur John STURGEON, agent de probation en Ecosse et intervenant au Master Droit de l'exécution des peines et droits de l'Homme.

¹⁸³ Equivalent des services de probation en Ecosse.

intervenir traitements médicamenteux et preuves matérielles de l'abstinence (analyses biochimiques). Les services proposent également des orientations vers des projets collectifs et décentrés du problème de fond, comme par exemple un projet de jardinage¹⁸⁴. Les mesures s'adaptent concrètement à la réceptivité de la personne, en France également les prises en charge reposent sur le modèle dit RBR, mais à la différence, comme le décrit Monsieur John STURGEON « *La mission de vos collègues [CPIP] écossais est donc motivationnelle et relationnelle* ». Si en France on tend vers cela grâce à un travail qui s'inscrit dans le cadre du RPO, cette philosophie, en matière de stupéfiants, est moins évidente dès lors que la personne se voit condamnée pour des usages interdits avec une obligation de soins. La contrainte est plus pesante et la volonté individuelle moins recherchée. En Ecosse, cela s'explique aussi par une approche qui, depuis une dizaine d'années, reconnaît que le souhait d'éradication des usages n'est pas tenable. Ainsi on a à faire à des services qui agissent, dans un cadre certes légal, mais en considérant les problématiques d'usages comme « ils ont à en connaître ». Cela se déroule ainsi grâce notamment à la reconnaissance de la réalité du fait d'usage, aux apports des usagers eux-mêmes, des témoignages des anciens addicts, et grâce également aux savoir-faire en matière de désistance.

117. Conclusion : les interventions auprès des usagers de drogues en Ecosse, sur le plan pénal, est inspirant grâce à une approche plus collaborative et moins coercitive.

B. L'exemple de pays ayant modifié leurs législations : le Portugal, un précurseur européen et l'Allemagne, dernier Etat européen en date à avoir légalisé l'usage du cannabis

118. La phase de probation est nécessairement enserrée dans des cadres législatifs contraints, or changer la législation permet-il d'agir plus efficacement ?

a. Dans ces deux pays

119. Au Portugal : c'est suite à des volontés de réforme en matière d'usage de drogues des années 90 qu'émerge, en 2001, la loi de décriminalisation des usages d'un produit qui reste illicite. Les discussions et accords trouvés portent, outre la prévention sanitaire, sur l'envie de développer la recherche scientifique et la formation des professionnels¹⁸⁵. Ainsi

¹⁸⁴ Projet consultable sur le site : <https://www.rivergarden.scot/>

¹⁸⁵ Maria Luisa CESONI et Marie-Sophie DEVRESSE, *la détention de stupéfiants entre criminalisation et décriminalisation*, coll Res Socialis, ed academic press Fribourg, page 108.

au Portugal, l'utilisateur ne commet pas un acte délinquantiel en revanche il consomme un produit illicite et fera l'objet d'une prise en charge à ce titre. On distingue l'usage de l'utilisateur. Cette prise en charge correspond à une sanction administrative prononcée par une commission dédiée, qui décide de sanction allant d'amende à une obligation thérapeutique. Le Portugal est un exemple de décriminalisation de plus de 20 ans mais à ce jour les chiffres montrent qu'elle n'a aucun impact sur les consommations qui ont augmenté (légèrement)¹⁸⁶. En revanche l'intervention auprès des usagers s'est améliorée, préférant une prise en considération de l'utilisateur plutôt que de l'illicéité du produit, les politiques publiques portugaises ont permis un traitement du phénomène plus efficace¹⁸⁷. C'était l'une des ambitions de la loi, elle est remplie. Le Portugal est d'ailleurs souvent cité en exemple pour sa politique de lutte contre les stupéfiants : au carrefour de la pénalisation des drogues et de l'accompagnement efficace des usagers victimes.

120. En Allemagne : jusqu'à une loi récente entrée en vigueur le 1er avril 2024, une personne faisant usage de cannabis pouvait être poursuivie mais pouvait bénéficier d'une prise en charge thérapeutique en lieu et place d'une sanction pénale. Surtout l'Allemagne et ses Landers¹⁸⁸ faisaient face à une certaine disparité de traitement sur son territoire national car la loi antérieure n'était pas expressément claire en matière d'usage de stupéfiants ; c'était une loi avant tout de lutte contre les trafics de drogues. Cette situation était un socle ambigu à la pénalisation des faits d'usages, et non conforme à la Constitution Allemande et aux respects des droits de l'Homme. L'Allemagne a pris les choses en main, notamment en matière de cannabis, en légalisant ce dernier, le problème demeure la réglementation en matière d'approvisionnement. C'est d'ailleurs souvent le problème de légaliser un produit, et par là son usage. Si le fait est salué cela ne règle pas toujours le problème d'approvisionnement, donc du commerce et des trafics dont il faut rappeler qu'ils ont motivé les législations de prohibition d'usage du siècle dernier. Or la volonté des usagers allemands c'est aussi de connaître le produit qu'ils consomment et sécuriser la consommation. Ainsi la décision politique allemande est dénoncée par certains comme ayant été prise « à la hâte ». Ils dénoncent les problèmes d'approvisionnement, de sécurisation du produit, mais aussi les questions de prises en charge des addictions, et les lacunes des politiques de prévention, tout en saluant le rétablissement du respect de la

¹⁸⁶ Ibid tableaux page 113 qui relève les chiffres des usages avant et à partir de la loi de 2000.

¹⁸⁷ Ibid, page 136.

¹⁸⁸ L'Allemagne est un Etat fédéral où les 16 landers, qui sont des régions, disposent d'une autonomie dans certains domaines.

liberté individuelle « *on devrait juste pouvoir vivre librement* »¹⁸⁹. Ces arguments ne sont pas anodins, cela montre que la légalisation d'un produit ne résout pas les problèmes d'accompagnement sanitaire, ni de qualité du produit, et ni de sécurisation du commerce. Dans ce cas on voit poindre le respect de la liberté individuelle au détriment de politique sanitaire et sécuritaire.

b. Les constats tirés du regard sur ces législations différentes

121. Les études des modèles politiques internationaux ont cet avantage de permettre une prise du recul sur la dualité « punir ou guérir » puisqu'il existe une multitude de traitements politiques de ces faits d'un pays à un autre allant du « *modèle sanitaire au modèle de contrôle en passant par le modèle de réduction des risques* », comme l'analysent deux auteurs¹⁹⁰. D'autres affirment, dans la même idée, que nombreux sont les Etats qui se retrouvent hésitant entre confier le phénomène aux politiques de santé publique, ou aux politiques pénales¹⁹¹. Toutefois on constate aussi que criminalisation ou non, pénalisation ou non, les faits d'usages sont influencés par une quantité d'autres facteurs : les opportunités d'accès aux produits, les influences sociales, mais aussi la démographie, les trafics internationaux : donc ces causes exogènes à l'individu sur lesquels il faudrait agir, comme le souligne BECKER¹⁹².

122. Conclusion : Les lois sont peu impactantes quelle que soit leur teneur, mais ce qui est fondamental c'est de savoir quels objectifs poursuivent-elles ? Permettre des usages conscients ? Responsabiliser les usagers et mettre à leurs dispositions des aides en cas d'addictions ? Et quelle place pour la liberté individuelle ? En tout état de cause ceux qui, actuellement en France, sont aux faits d'une partie de la réalité des usagers, outre les usagers eux-mêmes, ce sont les acteurs de l'application de peines. C'est la raison pour laquelle il apparaît essentiel de leur faire une place au débat. La responsabilité des législateurs et de l'opinion publique c'est de tirer toutes conséquences de l'efficacité des méthodes d'intervention auprès des usagers de drogues, afin de concevoir ou repenser une peine à la hauteur des objectifs qui en découleraient.

¹⁸⁹ Emission *le cannabis pour tous ?* | ARTE Regards

¹⁹⁰ Barbara LUCAS et Sandro CATTACIN, *politique en matière de drogue : une analyse relationnelle*, Université de Genève, dpt politique.

¹⁹¹ Maria Luisa CESONI et Marie-Sophie DEVRESSE, *la détention de stupéfiants entre criminalisation et décriminalisation*, coll Res Socialis, ed academic press Fribourg, *De l'Etat social à l'Etat pénale : quelle place pour les usagers de drogues*, page 46.

¹⁹² Cf paragraphe 107

CONCLUSION

123. Lorsque la loi de 1970 décide de ne plus fermer les yeux sur les usages de substances dangereuses alors la société civile condamne les usagers tout en leur offrant le temps de la réponse pénale. Cette réponse pénale suscite bon nombre d'incompréhensions, elle a des impacts politico-juridiques conséquents pour les individus usagers, et fait une place secondaire à la sanitarisaiton du phénomène, pourtant souhaitée en la matière. En conséquent tant que la pénalisation et la prohibition des usages reste la variable d'ajustement d'une politique de lutte contre les drogues, l'application des peines restera enserrée dans une dichotomie punir ou guérir qui probablement nuit à son efficacité. Cela se vérifie à l'échelle des politiques internationales, et sur notre territoire, cela se révèle dès l'application des textes, et l'intervention des acteurs judiciaires qui peinent à appréhender les usagers et à établir les faits. Tout cela pose des difficultés notables dans le traitement du phénomène.

124. Cependant, la condamnation est une opportunité d'aller à la rencontre des usagers et la réalité des usages. La probation, temps de réponse pénale, est l'espace privilégié d'individualisation et l'intervention doit s'inscrire dans une démarche efficace et sensée « *Pour convaincre la société civile de l'efficacité des prises en charge* »¹⁹³. Pour les usagers de substances dangereuses, la rencontre avec des acteurs de l'application des peines et de la probation permet de revenir sur leurs pratiques, et permet d'enclencher, parfois, un processus de changement.

125. En effet, dans ce temps, on recourt aux fondamentaux de la criminologie qui ont pour vocation de rendre efficace les interventions auprès des auteurs d'infractions en cherchant à activer le changement, la désistance, et en prévenant la récidive. La criminologie et la psychocriminologie servent efficacement le traitement des actes délinquants et l'accompagnement des auteurs de manière générale. Et si, compte tenu des difficultés, le travail de la probation ne permet pas de répondre de façon franche aux velléités prohibitives d'une loi, il tente, dans un souci d'efficacité et grâce à des techniques aujourd'hui maîtrisées et vérifiées, de traiter le phénomène en tenant compte des différents visages des usages. Autrement dit la loi prohibe, elle condamne, le temps de la peine, lui, « décrypte », cela afin de rétablir la réalité d'un fait, avant tout social, et de ne pas tomber

¹⁹³ RPO 1, avant-propos de Monsieur Stéphane BREDIN, alors DAP, 1^{er} paragraphe.

dans le traitement sanitaire et systématique d'une addiction « interdite » ce qui relève du paradoxe.

126. Néanmoins, sur ces fondements, le travail reste global et homogène, avec pour but de traiter « la délinquance, le crime ». Il n'y a pas de spécificité à la prise en charge des usagers de stupéfiants, il n'est pas tenu compte des particularités du phénomène. Les quelques outils, approches et partenariats restent basiques, partiels ou locaux. Il manque une expertise pour renforcer l'efficacité et passer au niveau « d'efficience » des prises en charge des usages de stupéfiants déjà inscrites dans un cadre d'intervention controversé, mettant à mal l'efficacité. Mais alors que faudrait-il concrètement ? Développer les méthodes d'intervention et les travaux en psychocriminologie ? Ou penser une peine plus adaptée, ou les deux ? Que pourrions-nous envisager dans ce cas ? Une sanction qui ne serait pas pénale mais qui ferait intervenir des experts du fait ? Les professionnels de la probation ? Une réponse pénale structurée différemment ? Un changement de législation ? Sur le plan international on voit qu'il n'y a pas de réponse idéale, toutefois il n'a jamais été fait de place aux acteurs de la probation sur ces questions alors qu'ils sont, pour l'heure, au cœur de la prise en charge des usages. Ils sont à l'articulation de l'application de la réponse pénale et de l'accompagnement des usagers.

127. Ainsi, les acteurs de la probation, la criminologie, et la collaboration internationale, ont certainement beaucoup à apporter au traitement de ce phénomène à ampleur internationale ; outre harmoniser la lutte contre les stupéfiants pour tenter de la rendre plus efficiente, l'étude de ce fait touche à nos histoires communes, celle des Hommes et de ses interactions avec le monde. Ne perdons pas de vue que, prévenir le recours à la consommation de drogue, c'est probablement tenter d'apaiser des maux inhérents à nos sociétés.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire adressé au CPIP

ANNEXE 2 : Réponses des CPIP au questionnaire

ANNEXE 3 : Le Cycle du changement illustration tiré du RPO

QUESTIONNAIRE SUR LA PRATIQUE DES CPIP DANS LA PRISE EN CHARGE D'AUTEURS D'INFRACTIONS A LA LEGISLATION DES STUPEFIANTS

Je mène une étude sur les infractions d'usage de stupéfiants et les réponses législatives, pénales, sociales, médicales mais aussi **criminologiques et en termes de prévention de la récidive** qui pourraient-être envisagées. Cela s'inscrit dans le cadre du mémoire pour le Master II Droit de l'exécution des peines et Droits de l'Homme et sous la direction de Monsieur FAUCHER vice-président de la CHAP de Bordeaux. J'ai besoin de votre aide, évidemment les réponses au questionnaire sont anonymes et seront d'une aide précieuse. **Je vous remercie vivement pour le temps pris pour répondre à ce questionnaire.**

2. Utilisez-vous des outils dans la prise en charge des auteurs d'usages de stupéfiants ? Si oui lesquels ?

1. Quelles sont vos représentations quand vous prenez en charge une personne condamnée pour usage de stupéfiant ?

Une seule réponse possible.

- C'est le fait d'une personne en proie à des addictions
- c'est le fait d'une personne qui consomme des stupéfiants avec ou sans addiction
- C'est le fait d'une personne qui se rend auteur de transgression d'une interdiction (la consommation de substances illicites)
- C'est le fait d'une personne qui se rend auteur de plusieurs infractions dont une est une ILS

3 Dans le cadre de vos évaluations, quels axes de travail privilégiez-vous s'agissant de la prise en charge des usagers de stupéfiants ? (Réponses libres et multiples, dites-moi tout)

4. Vous sentez-vous plus ou moins à l'aise dans les prises en charge d'auteurs d'ILS, en termes de prévention de la récidive, que pour d'autres catégories d'infractions ?

Une seule réponse possible.

- Oui plus à l'aise.
- Non moins à l'aise
- Sans distinction

5. Lorsqu'une obligation de soins est prononcée vous diriez que le plus souvent c'est :

Une seule réponse possible.

- Facile j'oriente vers un CSAPA et si la personne refuse je demande des analyses biochimiques en accord avec le magistrat.
- Compliqué car j'oriente ou demande des analyses mais les liens avec les partenaires ne permettent pas une mise en œuvre efficiente de l'obligation.
- Compliqué car il faut souvent travailler l'adhésion aux soins avec la personne ou réclamer des analyses biochimiques.

- 6 Vous éprouvez **le plus souvent** des difficultés avec les usagers de stupéfiants car (1 réponse) :

Une seule réponse possible.

- Ils ne veulent pas parler de leurs consommations (produits illicites, sentiments de honte...)
- Vous ne vous sentez pas toujours légitime/efficace pour aborder le rapport aux produits, l'utilité des soins, les mécanismes d'addictions, les causes de l'usage...
- Vous n'arrivez pas à faire le lien avec les partenaires de soins et les acteurs du droit (stage, prévention routière, juridictions, associations...)
- Autre : _____

7. Ainsi qu'est ce qui, **d'après-vous ou pour vous**, serait le plus utile à renforcer / changer pour une meilleure prise en charge des usagers de stupéfiants (1 réponse la plus pertinente pour vous) :

Une seule réponse possible.

- Changer les stigmates sur les consommations, les toxicomanes et soutenir la libre parole des usagers de drogue.
- Renforcer les connaissances et les formations sur la sociologie de la délinquance en matière de drogue : comment parler du produit, comment travailler le rapport au produit, avoir des outils spécifiques pour ces prises en charge...
- Renforcer les partenariats avec les acteurs de soins et les acteurs locaux (juridictions, polices, associations, prévention routière etc.).
- Autre : _____

8. Pour progresser sur la prévention de la récidive, **le plus souvent** (2 réponses maximum) :

Plusieurs réponses possibles.

- Je travaille avec les facteurs de risque et de protection « classiques ».
- Je travaille surtout au soutien des partenaires de soin : adhésion, mécanismes d'addictions...
- Je travaille sur le rapport aux produits et sur ce qui a motivé l'infraction.
- Je travaille en collectif (PPR, action collective, groupe de parole, stage...).
- Je travaille sur les interdits et le rapport à la loi.

9 Avez-vous remarqué une distinction dans vos prises en charge d'auteurs d'ILS?

Une seule réponse possible par ligne.

	oui	Non
En fonction du produit consommé drogue "dure" ou "douce"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En comparaison avec des consommateurs d'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En fonction des infractions commises (usages, « trafics », conduite sous stupéfiants, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En fonction de l'âge de l'auteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En fonction de la situation de l'auteur (travaille ou non, situation familiale...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En fonction du genre de la personne condamnée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En fonction du casier judiciaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Une dernière remarque pour m'aider ? Sur la prise en charge des usagers de stupéfiants, vos connaissances sur le sujet, des pratiques au sein de vos services ...

ANNEXE 2 : Réponses des CPIP au questionnaire

Quelles sont vos représentations quand vous prenez en charge une personne condamnée pour usage de stupéfiant ?

25 réponses



Utilisez-vous des outils dans la prise en charge des auteurs d'usages de stupéfiants ? Si oui lesquels ?

21 réponses

Non

non

Stage "stupéfiants"

non pas pour le moment

critère des différents types d'usage et de la dépendance suivant OMS

La roue du changement

Balance décisionnelle

la balance décisionnelle

Cela dépend du degré de dépendance et des actions annexes entraînées éventuellement par la consommation de stupéfiants ainsi que de l'âge et du positionnement de la personne face à ses consommations. Si les éléments sont réunis pour qu'un outils puisse fonctionner, j'aime bien utiliser le tableau du comportement avec les déclencheurs internes/externes/les conséquences ou l'évaluation collaborative structurée.

Facile rx

L'escalier du changement, la toile de la délinquance, votre vie, l'échelle (objectifs)

Régulièrement la balance décisionnelle, et sans parler d'outils particulier mais le champ de la réduction des risques.

oui selon les besoins identifiés: Qu'en dit-on, impacts physiques de la consommation,...

Oui: outils en cours d'appropriation: -Evaluation collaborative structurée – mise en

perspective (c) Mark Ostling, 2015 de la boîte à outils de l'ENAP (page 7) -ROMIN: Faire

le point sur ma consommation d'alcool -ROMIN: outil issu de PARCOUS: Pour ou contre ma consommation actuelle

Non pas pour le moment.

Analyse systémiques des institutions et médecine de prévention et de prise en charge de l'addiction.

La balance décisionnelle

Dans le cadre de vos évaluations, quels axes de travail privilégiez-vous s'agissant de la prise en charge des usagers de stupéfiants ? (Réponses libres et multiples, dites-moi tout)

25 réponses

Orientation pour une suivi addictologique: faire le point sur la consommation, modalités de consommation.

L'adhésion aux soins

Santé, famille

pris en charge effective des addictions auprès de spécialistes

les axes de travail sont déterminés par l'évaluation, le travail sur les addictions et l'accès aux soins en est un, mais pas que, l'hébergement, l'activité professionnelle, les relations pro-criminelles, les loisirs intégrateurs peuvent en être d'autres (selon l'évaluation).

soins / rapport à la loi / loisirs / activité professionnelle / entourage

Motivation au développement de projet professionnel et activité pro sociales (sport)

vérification de l'environnement social (est-ce qu'il est entouré d'autres consommateurs ? est-ce qu'il a une occupation professionnelle ou sociale ? quelle histoire familiale, y a t'il un ou plusieurs évènements impactant dans le parcours de vie ?) Travail sur le cycle du changement : la personne a t'elle conscience qu'il y a un problème ? dans quelle phase du cycle du changement est-elle..

Là encore, tout dépend des conséquences exactes déclenchées par la consommation de stupéfiants: a-t-elle un impact sur le caractère de la personne, son emploi, son entourage, son degré de sociabilisation, sa situation financière ? Les axes de travail seront définis en fonction de l'analyse globale de la situation de la personne, pas de la simple infraction. Mais dans la plupart des cas, les soins seront privilégiés, voire des analyses régulières si la personne ne déclare pas de dépendance.

Le travail de réflexion autour de la consommation (raisons du passage à l'acte, avantages/désavantage de la consommation, stratégies d'évitement, orientation vers un professionnel de santé, sensibilisation aux méfaits des consommations) Si infraction ILS sans consommation, travail de réflexion sur l'environnement socio-professionnel pour diminuer le risque de récidive.

Les loisirs La santé L'entourage

Travail sur les relations sociales, l'environnement, l'insertion professionnelle, l'hygiène de vie, les loisirs (par exemple : fait-il du sport? oui? non? si oui, quel sport, ce que ça apporte. Si non, pour quelles raisons, en a déjà -t-il fait, pourquoi a t-il arrêté?...

Évaluer la consommation, la qualité, le plaisir recherché, réfléchir à comment le remplacer, Évaluer si addiction ou non

prise en charge médicale

Cela dépend, mais le contexte de consommation, la quantité, et la volonté d'arrêt, de diminution ou de maintien.

les axes sont fixés en fonction des besoins: rapport à la Loi, addiction, fréquentations,... Il s'agit déjà d'évaluer si la consommation de la personne est reconnue ou non et si elle nécessite une prise en charge en CSAPA ou non: cela dépend de la place occupée par le produit. Au stade de la pré-contemplation et de la contemplation, il peut être utile d'échanger sur les représentations de la personne au sujet des produits. Lorsqu'un échange relativement transparent a lieu, il est alors intéressant d'explorer les consommations, ce qu'elles viennent apporter/détruire, leurs répercussions positives et négatives. On peut aussi utiliser le casier judiciaire pour identifier si la problématique a amené d'autres condamnations. Il est intéressant de s'intéresser aux fréquentations, aux activités durant le temps libre, à la sphère familiale. La consommation est souvent multifactorielle. Un travail de remobilisation avec des objectifs de vie peut-être intéressant en fonction du stade de changement de la personne. Dans tous les cas, faire preuve d'écoute active et de non jugement est primordial afin que la personne puisse sentir en confiance et libre d'échanger sur ses difficultés.

Orientation vers les soins, travail sur l'historique des consommations y compris familiales, contexte des consommations, stratégies d'évitement.

Soins (si problématique addictive); insertion pro ou maintien dans l'insertion pro si l'intéressé travaille déjà

Étude de l'anamnèse pour déterminer le début et donc l'élément Déclencheur de la prise de stupéfiants et la prise de conscience sur l'intérêt ou non du produit sur la problématique de gestion du quotidien (sommeil, déprime, recherche d'emploi...)

Une orientation vers une structure de soin

La sensibilisation aux dangers de la consommation, aux risques,...

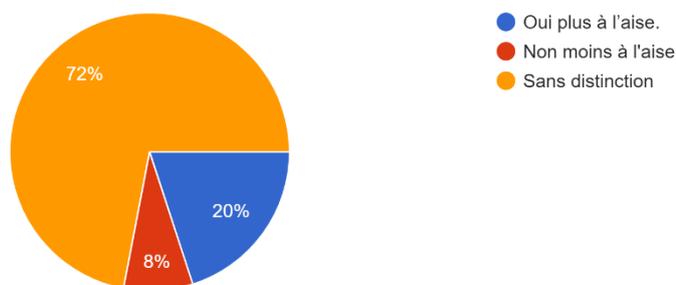
Soins, rapport aux consommations, fréquentations

Veiller au respect de l'obligation de soins, travailler sur la loi/cadre légal

Adhésion aux soins et travail sur les pensées

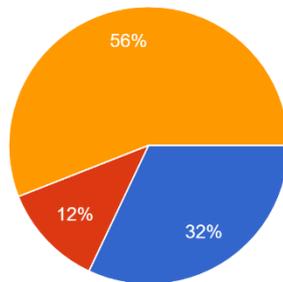
Vous sentez-vous plus ou moins à l'aise dans les prises en charge d'auteurs d'ILS, en termes de prévention de la récidive, que pour d'autres catégories d'infractions ?

25 réponses



Lorsqu'une obligation de soins est prononcée vous diriez que le plus souvent c'est :

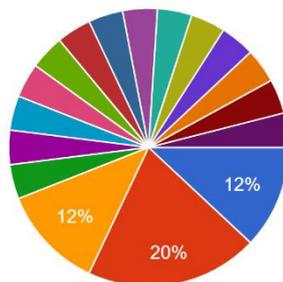
25 réponses



- Facile j'oriente vers un CSAPA et si la personne refuse je demande des analyses biochimiques en accord avec le magistrat.
- Compliqué car j'oriente ou demande des analyses mais les liens avec les partenaires ne permettent pas une mise en œuvre efficiente de l'obligation.
- Compliqué car il faut souvent travailler l'adhésion aux soins avec la personne ou réclamer des analyses biochimiques.

Vous éprouvez le plus souvent des difficultés avec les usagers de stupéfiants car (1 réponse) :

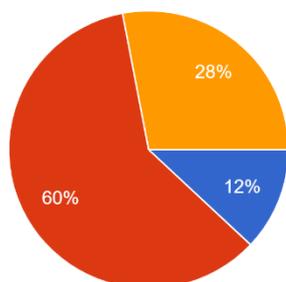
25 réponses



- Ils ne veulent pas parler de leurs cons...
- Vous ne vous sentez pas toujours légi...
- Vous n'arrivez pas à faire le lien avec l...
- la difficulté liée à la dépendance, le su...
- la prise de stupéfiants est banalisée p...
- Le trafic est développé en détention et...
- Parfois, les jeunes surtout, ne remette...
- L'absence de volonté de changement...

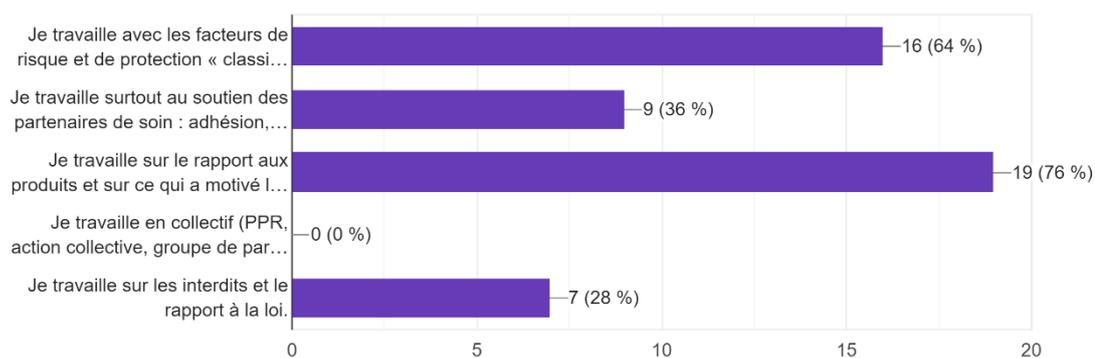
▲ 1/3 ▼

Ainsi qu'est ce qui, d'après-vous ou pour vous, serait le plus utile à renforcer / changer pour une meilleure prise en charge des usagers de stupéfiants (1 réponse la plus pertinente pour vous) :
25 réponses

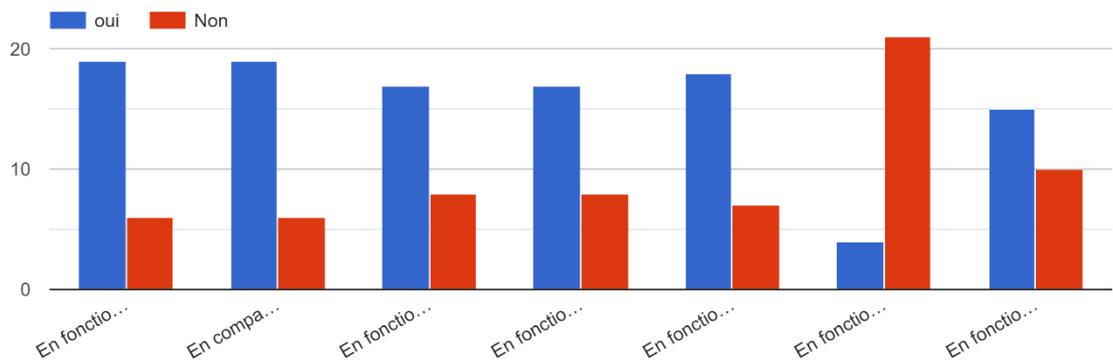


- Changer les stigmates sur les consommations, les toxicomanes et soutenir la libre parole des usagers de drogue.
- Renforcer les connaissances et les formations sur la sociologie de la délinquance en matière de drogue : comment parler du produit, comment t...
- Renforcer les partenariats avec les acteurs de soins et les acteurs locaux (juridictions, polices, associations, pré...

Pour progresser sur la prévention de la récidive, le plus souvent (2 réponses maximum) :
25 réponses



Avez-vous remarqué une distinction dans vos prises en charge d'auteurs d'ILS?



Une dernière remarque pour m'aider ? Sur la prise en charge des usagers de stupéfiants, vos connaissances sur le sujet, des pratiques au sein de vos services ...

14 réponses

la prise en charge doit être pluridisciplinaire , globale (psychologue, assistante sociale, addictologue, association, diététicien, france travail) La personne doit pouvoir trouver une personne ressource Jour/nuit (famille, association) le CPIP doit veiller à une prise en charge strict individuelle et collective (PPR, activité sportive) : Le condamné doit connaître sa feuille de route et les rendez vous doivent se suivre. Le CPIP devra travailler sur sa potentialité

Pour les consommateurs de cannabis j'utilise les écrits de Baudelaire qui fût un grand consommateur

il est intéressant de connaître le processus de l'addiction pour les prises en charges.

Une substance nocive même légalisée reste un problème sanitaire. L'augmentation de consommation de tabac pour arrêter de fumer d'autres produits m'amène souvent à encourager la poursuite du suivi au CSAPA où se faire aider par un professionnel de soins même au terme de la mesure judiciaire.

Un partenariat plus soutenu SPIP- professionnels de l'addictologie serait utile, par exemple avec des sortes de journées de formation sur l'addictologie destinées aux professionnels du SPIP pour améliorer les connaissances des produits et leur prises en charges à ALT ou ITAQUE.

On travaille peu sur ce type d'usagers. Ils sont souvent relégués au dernier plan après VIF, AICS, violents etc

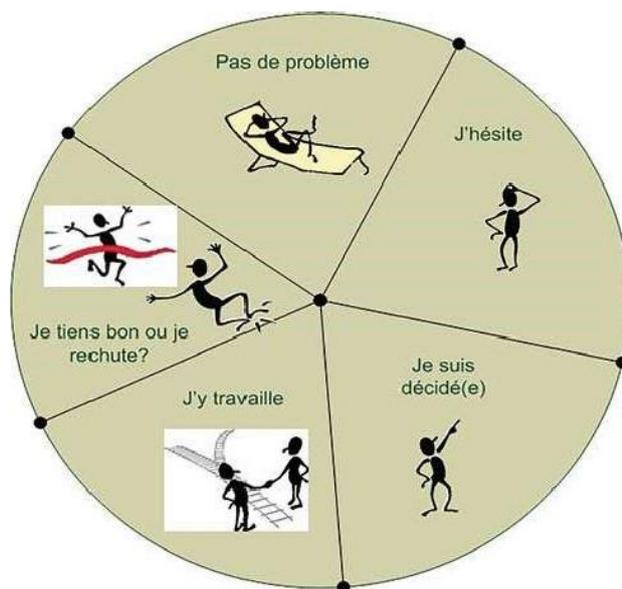
Au local nous avons eu des formations par le CSAPA sur les produits et de l'entretien motivationnel.

Les prises en charge en CSAPA (ou médicales) sont construites de la même manière que les RIE, avec modalités de prise en charge et axes de travail après une période d'évaluation. Il serait intéressant de pouvoir développer du partenariat, dans le respect du secret médical, afin de coordonner une prise en charge cohérente sans doublon.

Leur prise en charge n'est pas la priorité du service, néanmoins, des actions collectives sont organisées, des stages en fonction des situations...

Il me semble qu'il est difficile de travailler avec certains consommateurs tant que les soins ne sont pas effectifs voire efficaces.

ANNEXE 3 : Le Cycle du changement illustration tiré du RPO



RESSOURCES

OUVRAGES

BERGERON Henri *Sociologie de la drogue*, La Découverte Paris, 2009, Repères, Volume 536.

CARRIER Nicolas *La Politique de stupéfaction : Pérennité de la prohibition des drogues*, Presses Universitaires de Rennes, 2008, le sens social.

CESONI Maria Luisa, DEVRESSE Marie-Sophie, *La Détention de stupéfiants entre criminalisation et décriminalisation*, Ed. Universitaires Fribourg, 2010, Res Socialis, Volume 37.

CHARVET Dominique, *la justice aux prises avec l'intime*, au recueil autrement, n°106, l'Esprit des drogues, la dépendance hors la loi.

DOLARD Elisabeth *Drogue, Pourquoi a-t-on interdit l'usage de stupéfiants ?* Eska Paris, 2002.

HACHET Pascal, *Histoires de fumeurs de joints : Un Psy à l'écoute des jeunes*, In Press, Paris, 2005.

HAUTEFEUILLE Michel, *Dopage et vie quotidienne*, Payot Paris, 2009, Petite bibliothèque Payot.

HERVIEU Jean Michel, *l'Esprit des drogues*, Autrement Paris, 1989.

PERETTI-WATEL Patrick, BECK François, LEGLEYE Stéphane, *Les Usages sociaux des drogues*, Presses Universitaires de France Paris, 2007, Le lien social.

TOLSTOI Léon, PETER Michel, DAZIN Emmanuel, *Pourquoi les hommes usent-ils de stupéfiants ?* Castor Astral Bègles, 1997, Les inattendus.

REFERENCES LEGISLATIVES REGLEMENTAIRES ADMINISTRATIVES ET CODES

Loi du 31 décembre 1970 n°70-1320 *relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses dites loi sur les stupéfiants.*

Loi du 3 février 2003 n°2003-87 *relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants.*

Loi du 12 juin 2003 n° 2003-495 *renforçant la lutte contre les violences routières.*

Loi du 09 août 2004 n°2004-806 *relative à l'évaluation, la définition et la conduite de la politique de santé publique.*

Loi du 05 mars 2007 n°2007-197 *relative à la prévention de la délinquance.*

Loi du 29 décembre 2011 n°2011-2012 *relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé qui confère au Ministre de la Santé la décision de classement comme stupéfiants des substances ou préparations vénéneuses.*

Loi du 23 mars 2019 n°2019-222 dite loi de programmation de la justice instituant la procédure de l'amende forfaitaire en cas d'usage de stupéfiants.

Loi du 07 décembre 2020 n°2020-1525 *relative à l'accélération et à la simplification de l'action publique et qui au classement renvoi à la décision de classement dans la catégorie des stupéfiants au directeur général de l'ANSM.*

Arrêté du 22 février 1990 *fixant la liste des substances classées comme stupéfiants.*

Arrêté du 18 mai 2021 *modifiant l'arrêté du 22 février 1990.*

Circulaire du 08 avril 2005 CRIM 05 1 G4-08042005 *relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances.*

Code pénal *articles 222-34 à -36, 222-37 et suivants, 132-45 3°,*

Code de procédure pénale *articles 41-2 CPP alinéa 15 et 17, 495-17 à -25*

Code de la santé publique *articles L3411-1 à L3411-6, L3411-7 et suivant, L3421-1, L3421-4, L5132-7*

Code de la route *articles L235-1 à -5.*

Code des Douanes *articles 414 à 416 bis.*

Le Guide Pénal, Le Guide des Infractions, 25ème édition, Guide Dalloz, Jean-Christophe CROCQ.

ETUDES THESES MEMOIRES ET COURS

BARRE Marie Danièle *La Répression de l'usage de produits illicites : Etat des lieux,* CESDIP Paris, 2008.

CHAUBENIT Frédéric, Mémoire, Master droit de l'exécution des peines et droits de l'Homme, *Entre Thémis et Hippocrate un espace à la nécessaire amélioration de l'efficience de l'obligation de soins.*

DINDO Sarah, *Sursis avec mise à l'épreuve : la peine méconnue,* étude réalisée pour l'Administration pénitentiaire, 2011.

VARO Magali, *Vulnérabilité et résilience chez trois populations pénales : Voleur d'adultes, uxoricides et infracteurs à la législation des stupéfiants,* Atelier national de reproduction des thèses Lille, 2004.

Etudes sur les obligations applicables en milieu ouvert, *Une analyse de la dimension coercitive de la probation,* Rapport de Clément MARGAINE, 2015.

Etudes sur l'efficacité du suivi des personnes placées sous main de justice, *nouvelles problématiques et nouvelles pratiques*, sous la direction de Paul MBANZOULOU, collection savoirs et pratiques criminologiques, Les presses de l'Enap, 2015.

Cours de Madame Evelyne BONIS, *Mesures restrictives de liberté ou de droits avant jugement*, Master droit de l'exécution des peines et droits de l'Homme, Module 3.

Cours de Monsieur Pascal FAUCHER, *Les peines et mesures restrictives de liberté*, Master droit de l'exécution des peines et droits de l'Homme, Module 3.

Cours de Monsieur Bruno FEDON, *L'imprégnation criminologique des pratiques professionnelles en SPIP*, Master droit de l'exécution des peines et droits de l'Homme, Module 3.

Cours de Madame Martine HERZOG EVANS, *Système européen de probation*, Master droit de l'exécution des peines et droits de l'Homme, Module 3 et 4.

DOCUMENTS OFFICIELS

Document JUSTICE PÉNALE LE TRAITEMENT JUDICIAIRE DES AUTEURS D'INFRACTIONS PÉNALES - Référence statistiques Justice, année 2020, RSJ-7.7

Nomenclature française des infractions (NFI)

Classification internationale des infractions à des fins statistiques (ICCS)

Document - Sécurité et société – Insee Références, Édition 2021, IREF_SERCUR21 et IREF_SECUR21-F11

Service statistiques ministériel de la sécurité intérieure, document Interstats Analyse n°38, Novembre 2021, IA38_

Les Règles Européennes de la Probation, adoptées le 20 janvier 2010, Direction de l'administration pénitentiaire, | https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/BAT_13110140_DIRADMPENI_Bdef-raster%5B2%5D.pdf

La méthodologie de l'intervention des SPIP, Référentiel des pratiques opérationnelles n°1, Direction de l'administration pénitentiaire

Guide des méthodes de probation, Sarah.DINDO, Dalloz, 2018-2019

Infostat Justice n°127, avril 2014

ARTICLES ET PUBLICATIONS

AURIOL Emmanuelle et GEOFFARD Pierre-Yves, *Cannabis : comment reprendre le contrôle*, Note du CAE n°52, TSE/Université Toulouse Capitole 1.

BASSET Bernard, RIGAUD Alain, SAVY Myriam, Association Addiction France, *la loi de 70 sur les stupéfiants 50 ans de répression ou pas*, décryptage n°43, janvier 2021. |

<https://www.addictologie.org/wp-content/uploads/2022/08/ANPAA-FFA-Decryptages43-loi70stupefiants.pdf>

CHAMI Jean, *la contrainte aux soins, enjeu et difficultés*, Connexions n°99, 2013. | <https://www.cairn.info/revue-connexions-2013-1-page-71.htm?ref=doi>

MAGUET Olivier et DUMAND Dominique, Histoire de la constitution d'une norme anti-drogue internationale, *Multitudes* 2011/1, n° 44. | [Histoire de la constitution d'une norme anti-drogue internationale](#) | Cairn.info

MARCHANT Alexandre, *Petite histoire de la prohibition des stupéfiants en France*, Délibérée, 2018, N° 3. | <https://www.cairn.info/revue-multitudes-2011-1-page-60.htm>

SITOGRAPHIE

Site de ressources documentaires en ligne | <https://www.cairn.info/>

Site de l'Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques | <https://www.insee.fr/fr/accueil>

Site de l'Organe internationale de Contrôle des stupéfiants | <https://www.incb.org/incb/fr/about.html>

Site de l'Observatoire français des drogues | <http://www.ofdt.fr>

Site de la MILDECA | <http://drogues.gouv.fr>

Site d'aide aux consommateurs de drogues | <https://www.drogues-info-service.fr/>

Site de la Fédération Française d'addictologie | <https://www.addictologie.org/>

Site du service public | <https://Service-Public.fr/>

Site du Ministère de la Justice | <http://justice.gouv.fr/>

Site Légifrance | <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Site recensant les outils pour les SPIP | <https://romin.beta.gouv.fr/>

Site de professionnels du champ pénal en France | <http://psychocriminologie.free.fr/>

PODCASTS

Cannabis : que changerait la légalisation ? Emission : Les invités des matins, présentée par Guillaume ERNER, invités Monsieur Jean Pierre COUTRON et Pierre Yves GEOFFARD | France Culture

Histoire des drogues 3/4, la figure du toxicomane et de l'histoire légale de la drogue et sa pénalisation, La Fabrique de l'Histoire, Jean Jacques YVOREL / France Culture

Histoire du trafic de drogues / Docurama podcast

La réinsertion pénale fait sa révolution scientifique, Esprit de Justice, Antoine GARAPON, invités Monsieur Denis LAFORTUNE et Romain GAUTIER | France Culture

Légalisation du cannabis totem ou tabou, émission : C ce soir, 20 juillet 2023 | Radio France

L'usage des drogues, LSD, la série documentaire, semaine 9, 2022 | France Culture

Substance podcast /créé par Benjamin BILLOT

DOCUMENTAIRES ET CONTENUS VISUELS

Série, *Cannabis*, une enquête de Mathieu KASSOVITZ et Antoine ROBIN, 2024 | France télévision

Documentaire, *le cannabis pour tous ?* 2024 | Arte Regards

Drogues : une lutte sans fin | Vidéo Histoire | Lumni

Histoire des stupéfiants de GUILBERT Cécile | vidéo youtube

Histoire des trafics de drogue | Arte

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

PARTIE 1 - DE LA PENALISATION DES FAITS D'USAGES A L'EXECUTION DES PEINES EN MATIERE DE STUPEFIANTS	11
--	-----------

**1. CHAPITRE 1 - LA PENALISATION DES USAGES DE STUPEFIANTS :
L'INTERVENTION DES INSTITUTIONS JUDICIAIRES AU SERVICE DE LA PROHIBITION
12**

I. La réprobation des usages privés novation de la loi de 1970.....	12
A. Les incidences socio-politiques : de l'entrave à la liberté individuelle à l'identification des usagers...	12
a. L'entrave à la liberté.....	12
b. L'identification des usagers de produits illicites.....	13
B. Les conséquences pénales : la qualification de l'usage	14
a. L'usage de stupéfiants : une infraction	14
b. L'usage pénalement qualifié.....	15
II. Les effets judiciaires au stade du prononcé de la peine	17
A. Judiciarisation systématique des usages de stupéfiants	17
a. La phase pré-sentenciel :	18
b. La phase de poursuite	19
B. La fonction sanction de la peine : l'antinomie du traitement sanitaire ?.....	20

**2. CHAPITRE 2 : L'EXECUTION DES PEINES AU SERVICE DE LA REPRESSION DES
USAGERS DE STUPEFIANTS..... 22**

I. Les mécanismes des mesures pénales pour la sauvegarde de l'équilibre soin / sanction.....	22
A. Les peines prononcées en vue de favoriser l'amendement des usagers	23
a. Les peines en cas d'usage de stupéfiants	23
b. Les principes d'individualisation et d'aménagement des peines.....	23
B. Le prononcé de l'obligation de soins.....	24
a. L'obligation comme vecteur d'accès aux soins	25
b. L'obligation de se soigner.....	25
II. Les acteurs de la mise en œuvre des peines	26
A. L'office des magistrats	26
a. L'intervention du JAP.....	27
b. L'ajustement par le JAP.....	28
B. L'appui nécessaire sur les partenaires spécialistes du soin et de l'addiction	28
a. Des partenaires institutionnels	28
b. Spécialistes du soin.....	29

**PARTIE 2 - DES PRISES EN CHARGE DES USAGERS DE STUPEFIANTS A L'IMPACT SUR
LES POLITIQUES PENALES EN MATIERE DE STUPEFIANTS 30**

**1. CHAPITRE 1 - LE TEMPS DE LA PROBATION : LA CRIMINOLOGIE AU SOUTIEN DE
LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE STUPEFIANTS 31**

I.	Le cadre actuel et général de la probation au service de la prise en charge des usagers de stupéfiants.....	32
A.	Les repères de la probation : Accueil, modèle RBR et usagers de stupéfiants.....	32
a.	L'accueil en probation.....	32
b.	Le modèle Risques, Besoins et Réceptivité.....	33
B.	L'évaluation initiale.....	35
a.	Les allégations des usagers.....	35
b.	Evaluer l'adhésion au suivi et la délicate question de la sanitarisaton systématique.....	36
II.	Adapter la prise en charge pour prévenir la récidive.....	37
A.	Axes de travail et méthodes d'intervention.....	38
a.	Le travail d'accompagnement basé sur les soins principalement.....	38
b.	Le travail sur le rapport aux produits.....	38
c.	Le travail d'accompagnement basé sur les soins et les autres facteurs de récidive.....	39
d.	Le travail et l'accompagnement en dehors des questions de soins.....	39
B.	Un temps pour prévenir la récidive d'un usage déviant ou d'une addiction ?.....	40

**2. CHAPITRE 2 – DE LA PROBATION A DES PISTES DE REFLEXIONS POUR
L'AMELIORATION DU TRAITEMENT DES FAITS D'USAGES DE STUPEFIANTS ? 42**

I.	La probation : phase d'ajustement et de recours à des méthodes issues de la criminologie.....	43
A.	Prendre acte de la complexité des prises en charge des usagers de stupéfiants.....	43
a.	Appréhender les difficultés rencontrées dans les prises en charge.....	43
b.	Un temps pour interroger les causes des passages à l'acte d'usage de stupéfiants.....	44
B.	Recommandations en matière de prise en charge : outils et méthodes.....	46
a.	Les outils et méthodes d'évaluation et d'intervention.....	46
b.	Appuyer le recours à des méthodes d'intervention spéciales.....	48
II.	Les sources d'inspiration internationales.....	49
A.	L'exemple de l'Ecosse : une loi prohibitive dans un Etat qui fait face au fléau des drogues.....	49
a.	Les prises en charge socio-sanitaire des usagers de stupéfiants en Ecosse.....	49
b.	Le traitement pénal des usagers de stupéfiants en Ecosse.....	50
B.	L'exemple de pays ayant modifié leurs législations : le Portugal, un précurseur européen et l'Allemagne, dernier Etat européen en date à avoir légalisé l'usage du cannabis.....	51
a.	Dans ces deux pays.....	51
b.	Les constats tirés du regard sur ces législations différentes.....	53

CONCLUSION 54

ANNEXES..... 56

RESSOURCES 69

RÉSUMÉ

La loi du 31 décembre 1970 vient condamner pour la première fois en France les usages de stupéfiants. L'issue prohibitive d'une loi faisant suite à des politiques de lutte internationale contre les drogues soulève des questions politiques, sociales, juridiques et criminologiques.

Désormais c'est l'institution judiciaire qui va intervenir dans le traitement des usagers et leur appliquer une réponse pénale.

L'application des peines fait intervenir les acteurs de la probation qui vont œuvrer auprès des usagers dans le cadre d'application d'une loi controversée depuis près de 55 ans.

Ce mémoire livre une analyse criminologique du phénomène d'usage de stupéfiants en proposant d'étudier les infractions d'usages, d'examiner la nature des peines appliquées et leurs exécutions, puis en passant en revue la prise en charge des auteurs usagers, et enfin en mettant en lumière les moyens et chances de prévenir la récidive.