

diminuer. Il n'en reste pas moins que le chiffre annuel estimé de nouvelles infections demeure élevé, de 4 000 à 6 000. Les toxicomanes en représentent une part substantielle du fait d'un risque important de contamination, par réutilisation d'une seringue contaminée et par voie sexuelle. Les pathologies infectieuses restent une préoccupation majeure, même si elles évoluent : les endocardites ou les candidoses systémiques semblent moins fréquentes, alors que l'hépatite C est un réel problème de santé publique. Ainsi, une étude menée par l'observatoire régional de la Santé de Midi-Pyrénées montre que 67 % des toxicomanes sont séro-positifs pour le VHC.

Enfin, certaines pathologies surviennent avec une fréquence difficile à évaluer, mais semblent générer une morbidité et des recours aux soins importants. Nous retiendrons en priorité les pathologies :

- cutanées,
- pulmonaires (pneumopathies, tuberculose),
- digestives (dénutrition, problèmes dentaires, diarrhées),
- hépatiques.

La morbidité liée aux pathologies psychiatriques est peu approfondie en termes épidémiologiques et doit faire l'objet d'un travail complémentaire.

L'amélioration de l'ensemble de ces connaissances est nécessaire. Elle permettra de mieux repérer et de traiter précocement les dommages somatiques des drogues chez les toxicomanes. Elle suppose de développer une épidémiologie clinique approfondie sur l'ensemble des causes de morbidité et de mortalité. Le contexte français demeure très mal adapté à un tel développement. La répression de l'usage des drogues entraîne une fuite massive des patients et l'anonymat des soins fait obstacle à la recherche épidémiologique en empêchant un suivi réel de l'ensemble des pathologies somatiques, psychiques et sociales des usagers de drogue.

Poloméni Pierre, Gremy Isabelle

- F. Hatton, F. Facy, E. Jouglu. « La mortalité et la morbidité par toxicomanie augmentent en France ». *Rev Epidemiol santé publ*, 1993, 41, p. 422-424
- P. A. Selwyn, D. Hartel, W. Wasserman, E. Drucker. « Impact of the AIDS epidemic on morbidity and mortality among intravenous drug users in a new york city methadone maintenance program ». *Am J Public Health*, 1989, 79, p. 1358-1362

Seront punis d'un emprisonnement de deux mois à un an et d'une amende de 500 F à 15 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances classées comme stupéfiants. Article L. 628
Modifié par la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970, du Code de la Santé Publique

- D. Cotrell, A. Childs-Clarke, A. H. Ghodse. « British opiates addicts : an 11 year Follow-up ». *Br J Psychiatry*, 1985, 146, p. 448-450

Le principe de cette classification date de la loi du 12 juillet 1916, JO du 14 juillet 1916

La loi n° 86-76 du 17 janvier 1986, art. 2, crée un article L. 627-2 du CSP : *Seront punis d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 5 000 F à 500 000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront cédé ou offert des stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle*

Principales dispositions législatives et réglementaires

La loi du 31 décembre 1970 est le fruit d'un compromis entre des objectifs d'ordre public, réprimer le trafic de stupéfiants, et des objectifs d'ordre sanitaire, soigner les toxicomanes et éviter la propagation de « l'épidémie ». À ce titre, elle est insérée au Code de la santé publique, livre II « Lutte contre les fléaux sociaux » et comporte à la fois une surveillance médicale et des sanctions pénales. Trois séries de mesures peuvent ainsi être distinguées, des dispositions pénales, une surveillance sanitaire générale des toxicomanes et un dispositif de renvoi des usagers sous contrôle de la justice vers le système sanitaire, sous la forme d'obligations de soins. L'ensemble du dispositif a évolué depuis 1970, par des ajustements de nature réglementaire, sans que le législateur ait été amené à se prononcer sur sa réforme.

Les dispositions pénales

Le dispositif initial

L'usage illicite de stupéfiants est incriminé par la loi du 31 décembre 1970, insérée au Code de la santé publique en son article L. 628. Ce texte très général ne distingue ni les produits, ni les usagers occasionnels des toxicomanes. Les substances concernées découlent d'une classification établie par voie réglementaire, ce qui permet à l'autorité administrative d'y intégrer ou d'en retirer un produit, sans intervention du législateur.

L'évolution postérieure et le Nouveau Code pénal

Les circulaires d'application de la loi de 1970 recommandent de discerner l'usager de stupéfiants qu'il convient de traiter avec humanité et le trafiquant passible des sanctions les plus sévères. Cette distinction, dès les premières années, va s'avérer peu pertinente, et les statistiques recueillies par le ministère de la Justice comportent trois rubriques : l'usager, l'usager-trafiquant et le trafiquant.

Avant même la fin des années soixante-dix, le traitement applicable aux deux catégories

La répression de l'usage de stupéfiants en chiffres, 1971-1996

Interpellations d'usagers et condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants ont augmenté de façon exponentielle depuis 1971.

Les interpellations d'usagers de stupéfiants ont été multipliées par près de trente de 1971 à 1996, passant de moins de deux mille à 58 000 environ.

Après une première période de mansuétude vis-à-vis de l'usager de stupéfiants, culminant par la circulaire

années soixante-dix ; en début de période, il s'agissait essentiellement de LSD. La reprise depuis 1990 est liée à l'apparition de l'ecstasy qui s'accompagne d'ailleurs d'un renouveau de la consommation de LSD. La baisse récente de la part de l'héroïne peut quant à elle être reliée au démarrage des traitements de substitution.

L'ordre de grandeur de ces dernières années, de 50 000 interpellations annuelles, est associé à une orientation vers une injonction thérapeutique dans 8 000 cas environ. Les autres usagers bénéficient d'un classement sans suite ou au contraire sont poursuivis devant les tribunaux correctionnels.

La part des usagers dans les condamnés reste de l'ordre du tiers si l'on retient la seule infraction d'usage illicite de stupéfiants.

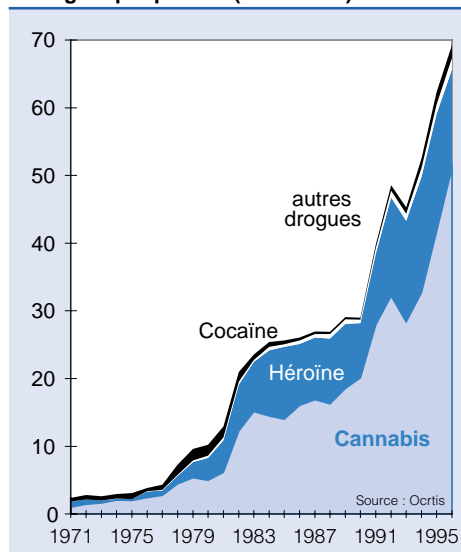
Il faut cependant noter que l'infraction de détention de stupéfiants peut également concerner de simples usagers, la quantité de stupéfiants saisie devant permettre au magistrat de retenir une qualification plutôt qu'une autre. Ainsi, pour l'année 1994, sur un total de 20 580 infractions à la législation sur les stupéfiants, 6 201 concernent un usage

et 7 294 une infraction de détention-acquisition. Contrairement à celle d'autres pays, la législation française ne distingue pas la détention ou l'acquisition aux fins de consommation personnelle. Si la détention est retenue, l'usager se trouve alors comptabilisé dans les usagers-trafiquants et ne peut bénéficier de l'injonction thérapeutique, réservée aux seuls

cas d'usage (art. L 628-1 du Code de la santé publique).

Sur l'ensemble de la période, la part de l'emprisonnement ferme dans ces condamnations pour usage de stupéfiants reste stable, autour de 30 %. On observe également une augmentation des peines du sursis total et une baisse des sursis avec mise à l'épreuve, donc sans doute des obligations de soins prononcées dans ce cadre. La répression reste donc extrêmement ferme et les alternatives thérapeutiques peu utilisées.

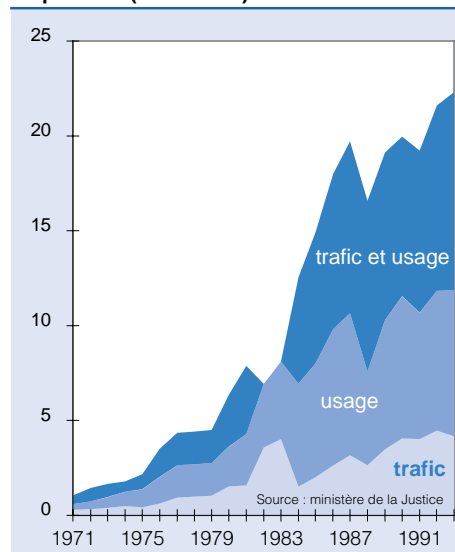
Évolution de la répartition des interpellations d'usagers par produit (en milliers)



du 17 mai 1978, qui apparut comme une dépénalisation de fait de l'usage de cannabis, une seconde période de répression très ferme s'ouvre au milieu des années quatre-vingt. Les interpellations pour le cannabis restent majoritaires, proches des deux tiers, en part relative.

La part des « autres drogues » a sensiblement diminué pendant les

Évolution de la répartition des condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (en milliers)



Laurence Simmat-Durand,
Hélène Martineau

d'usagers ainsi définies est distingué dans les circulaires du ministère de la Justice. Cette évolution aboutira à la création du délit d'offre ou cession de stupéfiants par la loi du 17 janvier 1986. Ce nouveau délit, qui concerne en grande partie des usagers, les écarte *de facto* des dispositions sanitaires de la loi, qui ne visent que les délits de l'article L. 628, donc l'usage.

Lors de la réforme du Code pénal, entrée en vigueur en 1993, l'ensemble des textes concernant les infractions à la législation sur les stupéfiants y a été inclus, à l'exception du délit d'usage illicite, resté au Code de la santé publique.

Les dispositions générales d'ordre sanitaire

La surveillance sanitaire

Le principe général d'une surveillance sanitaire des usagers de stupéfiants est énoncé par le Code de la santé publique. Trois catégories de personnes sont définies : les personnes signalées par le procureur de la République, les personnes signalées par les services médicaux et les personnes se présentant spontanément dans les établissements. Deux principes sont applicables : la gratuité des soins en liaison directe avec la cure de désintoxication et l'anonymat.

Le dispositif initial prévoyait un signalement de tous les usagers connus de la justice par le procureur de la République aux autorités sanitaires, qui dans sa mise en œuvre reposait sur une fiche de liaison. Très rapidement, dans la pratique, seuls les usagers soumis à une obligation de soin (cf. *supra*) feront l'objet d'un tel signalement aux services de la Ddass, qui n'est donc ni systématique ni basé sur un concept sanitaire.

En ce qui concerne les personnes signalées par le procureur de la République, l'art. L. 355-15 prévoit que l'autorité sanitaire fait procéder à un examen médical et à une enquête familiale, professionnelle et sociale et procède ensuite à l'orientation de la personne : si elle apparaît intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint de suivre une cure de désintoxication (art. L. 355-16), si son état ne nécessite pas une cure, l'autorité sanitaire la place sous surveillance médicale (art. L. 355-17).

Dans la pratique, il apparaît que les services des Ddass chargés de la mise en œuvre de ces dispositions ne font que rarement procéder

Selon l'enquête réalisée par F. Facy (*Description de l'activité des services chargés notamment du suivi des mesures d'injonction thérapeutique, 1989-1990*. Paris : DGS, Inserm, 1991, 41 p.) : sur 75 départements, seuls 35 % respectent la procédure complète des articles L. 355-15 et 17,20 % ne faisant procéder ni à l'examen médical, ni à l'enquête

Décret n° 95-255 du 7 mars 1995, JO du 9 mars 1995, p. 3 685

Toute personne usant de façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire. Article L. 355-14 du CSP

S. Geismar Wieviorka, C. Guionnet, G. Guis. *La méthadone*. Paris : PUF, Que sais-je ?, 1997, 128 pages

Le procureur de la République pourra enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale. Article L. 628-1 du CSP

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

à la fois à un examen médical et à une enquête sociale.

L'action sur les instruments et les précurseurs

Les matériels et les produits susceptibles d'être utilisés par les toxicomanes ont fait l'objet d'une surveillance des autorités sanitaires. L'exemple le plus connu est celui des seringues, dont la distribution a été limitée par un décret du 13 mars 1972, qui ne sera abrogé qu'en 1987, face aux dangers de la propagation de l'épidémie de sida. La distribution des seringues reste alors néanmoins restreinte aux seules officines pharmaceutiques et il faudra attendre le décret du 7 mars 1995 pour que les bases juridiques nécessaires aux programmes d'échange ou de mise à disposition de seringues stériles hors circuit officiel soient données.

Les traitements de substitution

L'expérimentation de la méthadone comme produit de substitution pour les toxicomanes dépendants à l'héroïne avait commencé en France dès 1973, mais restera très limitée (deux centres spécialisés sur le territoire national) jusqu'au retournement des années quatre-vingt-dix.

Différentes circulaires en 1990, 1992, 1994 et 1995 définissent les cadres d'utilisation des produits de substitution. Les prescriptions demeurent limitées à un cadre extrêmement spécialisé jusqu'à l'autorisation de mise sur le marché de la méthadone fin mars 1995 et du Subutex® fin juillet de la même année.

Les obligations de soins

Le dispositif initial

La loi de 1970 distingue trois moments du processus pénal où une obligation de soins peut être imposée à l'usager de stupéfiants :

À l'entrée dans la partie judiciaire, en alternative aux poursuites pénales (art. L. 628-1 CSP) ;

En cours de procédure judiciaire, le juge d'instruction ou le juge des enfants peut imposer la surveillance médicale (art. L. 628-2 CSP). Dans ce cas, les poursuites pénales sont engagées et le fait que l'usager se soit conformé à cette obligation ne pourra avoir des conséquences que sur le quantum de la peine, par exemple en la réduisant, voire en le dispensant de peine. Dans tous les cas, l'inscription au casier judiciaire existera ;

Produits et modes de consommation : et demain ?

L'apparition de nouveaux produits va de pair avec une modification des modes de consommation.

Un point de vue de la santé publique reste hautement problématique en matière de toxicomanie tant ce dernier phénomène est encore vu dans toutes les dimensions de son étrangeté, de son allure non rationnelle, du caractère imprévisible de son évolution et du manque de définition de ses limites. Doit-on penser la toxicomanie ou les toxicomanies ? Certains produits tels le cannabis ou l'ecstasy font-ils encore partie de ce champ ou faut-il les en exclure ? Faut-il cesser de s'intéresser aux produits pour ne se pencher que sur certains types d'usage et, dans ce dernier cas, selon quels critères ? Ces questions sont de la plus haute importance mais restent sans réponse définitive tant il est vrai qu'elles s'inscrivent dans une problématique sociale beaucoup plus large qui est celle de la question des « grands fléaux sociaux ». C'est à ce titre que les actions de l'État peuvent apparaître comme étant peu coordonnées, voire contradictoires, puisque des objectifs sanitaires ou sociaux peuvent se situer en concurrence avec des objectifs de contrôle, voire de répression. La notion de « lutte contre la toxicomanie », au temps du sida, des hépatites C, des traitements de substitution et des programmes d'échange de seringues, a perdu quelque peu de l'unité qu'elle revendiquait pour elle-même. Elle demande à être repensée, réadaptée et peut-être, remise en question au niveau même de ses fondements. À l'idée d'une « lutte contre » pourrait se substi-

tuer une énergie nouvelle, moins négative, qui serait une « lutte pour » et dont les objectifs seraient à définir. C'est de ce point de vue que l'évolution des produits et des modes de consommation s'avère être d'une remarquable constance par rapport à la révolution en cours touchant l'environnement des usagers. En d'autres termes, l'apparition du crack et de l'ecstasy à la fin des années quatre-vingt, de même que la banalisation de la consommation du cannabis, peuvent être vues comme des épiphénomènes alors qu'un important mouvement de fond, toujours d'actualité, affecte les réponses sociales.

Une consommation de plus en plus individualisée

Si, pourtant, il fallait tenter de discerner des tendances relatives aux modes de consommation et aux produits, une constatation de base pourrait se faire jour : la dimension toujours plus individualisée des consommations. Le consommateur de cannabis cultive sa plante pour ses propres besoins et ceux de ses proches, il évite tout recours au marché de la rue et situe ses pratiques de consommateur dans le registre de son inaliénable intimité. Le consommateur d'ecstasy « gobe » ses cachets à son propre rythme, non pas dans le cadre d'une convivialité limitée à un petit groupe de pairs, mais dans celui beaucoup plus anonyme d'une foule. Le consommateur de crack, enfin, inscrit également ses pratiques dans le cadre d'un groupe élargi, celui de la tribu, cette dernière étant moins définie par un quartier que par d'incessants déplacements. Les modes de consommation de ces produits sont donc transformés, mais

pas par une modification des modalités mêmes de consommation. Le groupe de pairs a considérablement perdu de son rôle et de son influence au profit d'une entité beaucoup plus vaste et beaucoup plus indifférenciée, laissant l'individu seul responsable de la gestion de ses consommations.

Nous commençons à apercevoir certaines des conséquences de cette tendance, laquelle implique un appauvrissement des liens sociaux des usagers entre eux. La plus notable d'entre elles concerne aujourd'hui les usagers d'ecstasy qui sont passés d'un usage récréatif à une conduite non maîtrisée de consommation de produits psychotropes divers. Ils peuvent être pris en charge par le groupe de pairs. Ils ne disposent pas non plus de la culture qui pourrait leur faciliter l'accès à une aide ou à des soins. Ils se sentent fragilisés ou malades sans pour autant bénéficier d'une ligne de conduite, d'un modèle, qui pourrait contribuer à la résolution de leurs difficultés. Leur situation est nettement différente de celle des usagers d'héroïne, par exemple, qui apprennent peu à peu grâce aux pairs à identifier l'état dans lequel ils se trouvent et trouver les réponses les mieux adaptées.

Si cette tendance devait se confirmer, voire s'amplifier, de nouvelles stratégies préventives et soignantes devraient être imaginées, tenant compte en priorité de la plus grande sévérité de l'isolement social des usagers, alors même que cet isolement va de pair avec l'allure collective de ces usagers.

Dr Rodolphe Ingold

Lors du prononcé du jugement, le tribunal peut imposer une mesure de soins (art. L. 628-3), soit parce que l'usager l'a refusée auparavant, soit au contraire pour la prolonger si elle a démarré au titre de l'article précédent.

Ce dispositif initial, jugé au départ inapplicable tant par les magistrats que par les acteurs du sanitaire va néanmoins perdurer de façon relativement timide pendant une dizaine d'années : en 1981, au total au niveau national, ces trois obligations de soins ont donné lieu au prononcé d'environ 2 500 mesures.

L'évolution de ces obligations de soins va montrer un recentrage sur la première d'entre elles et la quasi-disparition des deux autres au profit de dispositions de droit commun.

Le dispositif actuel : l'injonction thérapeutique

La première obligation de soins, issue de l'article L. 628-1 a subi de multiples adaptations ; elle est communément désignée sous l'appellation d'injonction thérapeutique, depuis une circulaire du ministre de la Justice de 1984 employant ce terme. Après de difficiles débuts de sa mise en œuvre, elle paraît avoir été définitivement abandonnée au début des années quatre-vingt. Sa relance en 1987, largement relayée par les médias, et l'octroi de crédits spécifiques la font redécouvrir.

Cette disposition sera ensuite englobée dans les conventions d'objectifs signées en 1993 entre l'État et les collectivités locales et différentes circulaires en prévoient la généralisation à l'ensemble du territoire national, le nombre de mesures prononcées en France restant de l'ordre de 5 000. Enfin, en 1995, une nouvelle relance de l'injonction thérapeutique est demandée, mais en limitant l'emploi aux usagers de stupéfiants tels que l'héroïne, la cocaïne ou à ceux de cannabis qui en font une consommation massive ou associée à d'autres produits. En 1996, sur le territoire national, 8 812 mesures ont été prononcées par les parquets français.

Les autres obligations de soins

Les deux autres obligations de soins prévues initialement ne sont plus appliquées par les magistrats, mais ont été remplacées par des mesures de droit commun, prévoyant une surveillance médicale et applicables quel que soit le délit. En effet, le dispositif initial ne vise que les infractions à l'article L. 628, c'est-à-dire exclusivement l'usage illicite, donc ni les autres

Pour un bilan statistique de ces obligations de soins, voir L. Simmat-Durand et T. Rouault. « Injonction thérapeutique et autres obligations de soins ». *Toxibase. Revue Documentaire*, 1997, n° 3, p. 1-28

Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation

Circulaire du 17 septembre 1984

Lorsque le prévenu, personne physique, est présent à l'audience, la juridiction peut ajourner le prononcé de la peine dans les conditions et selon les modalités de l'article 132-60 en plaçant l'intéressé sous le régime de la mise à l'épreuve pendant un délai qui ne peut être supérieur à un an. Article 132-65 du Nouveau Code pénal.

Article 729 du Code de procédure pénale

Circulaire interministérielle du 28 avril 1995, DGLDT/CRIM/DGS n° 20, relative à l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique, BO ministère Justice n° 58 du 30 juin 1995

infractions à la législation sur les stupéfiants, ni les délits associés (vols par exemple).

La première de ces obligations trouve sa place dans le cadre du contrôle judiciaire. Celui-ci peut être prononcé lors des procédures directes de renvoi devant le tribunal correctionnel ou lors d'une mise à l'instruction ; il comporte différentes obligations auxquelles le prévenu doit se soumettre dont des obligations de soins.

La seconde est prononcée par la juridiction de jugement dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve. La peine d'emprisonnement avec sursis total ou partiel comporte un certain nombre d'obligations. En cas de manquement, le juge de l'application des peines peut demander la révocation du sursis. Actuellement, cette mesure est prévue par l'article 132-45 alinéa 3 du Nouveau Code pénal. Ces mesures ne sont pas spécifiques aux seuls toxicomanes mais leur sont applicables et existaient antérieurement à l'article R. 58-4 du Code pénal.

Le Nouveau Code pénal prévoit également un ajournement avec mise à l'épreuve, où le prononcé de la condamnation est différé à l'exécution d'obligations particulières, dont éventuellement des obligations de soins.

Enfin, une quatrième obligation de soins peut être prononcée par le juge de l'application des peines dans le cadre d'une libération conditionnelle, dont peut bénéficier une personne condamnée après exécution de la moitié de sa peine de prison ferme.

Ce rapide panorama nous montre un dispositif complexe et assez restrictif, correspondant à la vision de l'usage de stupéfiants des années soixante-dix, qui a dû s'adapter tant du point de vue pénal, notamment à la multiplication des violences urbaines, que sanitaire, face aux dangers du sida et des hépatites. Les obligations de soins définies par le Code de la santé publique, en limitant l'intervention à une cure de désintoxication dans le cas où la personne apparaît intoxiquée, ne correspondaient plus à leur « clientèle » des années quatre-vingt et surtout quatre-vingt-dix. L'évolution montre une vision pragmatique, les magistrats utilisant les autres textes mis à leur disposition, et la notion de soin ayant été étendue par voie de circulaire à la prise en charge sanitaire et sociale.

Laurence Simmat-Durand