



**UNODC**

Office des Nations Unies  
contre la drogue et le crime



# De la coercition à la cohésion

Traiter la dépendance à la drogue  
par les soins de santé, et non les sanctions

DOCUMENT DE SYNTHÈSE



OFFICE DES NATIONS UNIES CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME  
Vienne

**De la coercition à la cohésion:  
Traiter la dépendance à la drogue  
par les soins de santé, et non les sanctions**

Document de synthèse issu d'un atelier scientifique  
UNODC, Vienne  
28-30 octobre 2009



NATIONS UNIES  
New York, 2011

Copyright © Nations Unies, septembre 2010. Tous droits réservés.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Le présent document n'a pas été revu par les services d'édition.

Réalisation de la publication: Section des publications, des références et des services en anglais, Office des Nations Unies à Vienne.

## Remerciements

Le présent document de synthèse a été établi par Gilberto Gerra, du Service de la prévention de la toxicomanie et de la santé de l'UNODC, et Nicolas Clark, du Département de la santé mentale et de l'abus de substances psychoactives de l'OMS, sur la base des délibérations d'un groupe d'experts internationaux ayant assisté à l'atelier scientifique organisé à Vienne en octobre 2009 et intitulé "Dépendance à la drogue: traitement volontaire ou contraint? Du traitement obligatoire à l'alliance thérapeutique".

Amelia M. Arria

David Basangwa

Giuseppe Carrà

Anna Maria Fanfarillo

Emily Finch

Xiuli Gong

Wolfgang Höcker

West Huddleston

Adrian Marcel Iancu

Valeria Eva Marolla

Timothy John McSweeney

Lubomir Okruhlica

Marianne van Ooyen

Elizabeth Saenz

Elisabetta Simeoni

Markku Soikkeli

Emilis Subata

Maria Ann Sullivan

Katri Tala

Zunyou Wu

Les auteurs du présent document tiennent à remercier Adrian Carter et Wayne Hall de leur travail éditorial. Ils voudraient également exprimer leur gratitude à Vladimir Poznyak, Tomris Atabay, Guillermo Barcnas, Sonia Bezziccheri, Sandeep Chawla, Nathalie Drew, Monika Hillebrand, Valérie Lebaux, Erika Martins, Jorge Rios et Juana Tomás-Rosselló, qui ont généreusement pris le temps de lire le projet de publication et de faire part de leurs commentaires.

Les auteurs tiennent aussi à adresser leurs remerciements aux membres du personnel du Groupe de la prévention, du traitement et de la réadaptation de l'UNODC pour leur dévouement, plus particulièrement à Anja Busse qui a coordonné la rédaction du présent document. Enfin, ils souhaiteraient remercier M<sup>lle</sup> Barbara Gerbautz, stagiaire qui a réalisé une analyse documentaire sur le traitement comme mesure de substitution aux sanctions pénales.



## Avant-propos

Le présent document de synthèse vise à promouvoir une approche du traitement de la toxicomanie fondée sur les soins de santé. Les conventions internationales relatives au contrôle des drogues accordent aux États Membres la souplesse nécessaire pour adopter une telle approche. Toutefois, le traitement proposé comme mesure de substitution aux sanctions pénales doit reposer sur des données probantes et être conforme aux normes éthiques. Ce document présente dans ses grandes lignes un modèle consistant à orienter le délinquant du système de justice pénale vers le système de santé. Cette approche est plus efficace que le traitement obligatoire, car elle laisse davantage de liberté au délinquant, le stigmatise moins et lui offre, ainsi qu'à la société, de meilleures perspectives d'avenir. L'administration d'un traitement sans le consentement du patient ne doit, quant à elle, être envisagée que comme une solution de dernier recours et à court terme, dans certaines situations d'extrême urgence, et elle doit respecter les mêmes principes éthiques et scientifiques que l'administration d'un traitement volontaire. Les violations des droits de l'homme commises au nom de la "thérapie" vont à l'encontre de cette approche.

Le Directeur exécutif  
de l'Office des Nations Unies  
contre la drogue et le crime



Antonio Maria Costa



## Table des matières

	Page
Le traitement comme mesure de substitution aux sanctions pénales: une approche de santé publique conforme aux conventions . . . . .	1
Argument scientifique en faveur du traitement comme mesure de substitution aux sanctions pénales . . . . .	2
Formes de persuasion utilisées lors du traitement . . . . .	4
Orientation du système de justice pénale vers le traitement: mesures de substitution à l’incarcération pour les usagers de drogues et les toxicomanes . . . . .	5
Traitement obligatoire: traitement sans droit de refus . . . . .	7
Tribunaux spécialisés dans les affaires de drogues et système de justice pénale général . . . . .	9
Conclusion . . . . .	10
Références . . . . .	12



## **Le traitement comme mesure de substitution aux sanctions pénales: une approche de santé publique conforme aux conventions**

L'un des objectifs déclarés des conventions internationales relatives au contrôle des drogues est de protéger la santé de la population et la société des effets nocifs de la consommation de drogues. En vertu de ces instruments, les États sont tenus de limiter l'utilisation des stupéfiants et des substances psychotropes aux fins médicales et scientifiques afin de protéger leurs citoyens, notamment les plus vulnérables, des conséquences que peut avoir l'usage de drogues sur leur santé et leur comportement, y compris des dysfonctionnements liés à la drogue et de la dépendance, qui nuisent à la cohésion sociale et au développement social.

À cette fin, l'article 38 de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 dispose que "les Parties envisageront avec une attention particulière l'abus des stupéfiants et prendront toutes les mesures possibles pour le prévenir et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées", soulignant le rôle essentiel des interventions médicales et sociales.

En outre, aux termes du paragraphe 4 de l'article 14 de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988, "les Parties adoptent les mesures appropriées pour supprimer ou réduire la demande illicite de stupéfiants et de substances psychotropes en vue de réduire les souffrances humaines et de faire disparaître les incitations d'ordre financier au trafic illicite". Cette disposition tend principalement à la réduction des souffrances humaines provoquées par les conséquences sanitaires et sociales de la consommation de drogues, ainsi qu'à la lutte contre les gains illicites des organisations criminelles.

Les dispositions de la Convention de 1988 visent la détention, la culture et l'achat illicites de drogues, auxquels doit être conféré le caractère d'infractions pénales. Cependant, conformément à l'approche axée sur la santé, le paragraphe 1, alinéa b), de l'article 36 de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 dispose que "[les personnes utilisant de façon abusive des stupéfiants peuvent être soumises] à des mesures de traitement, d'éducation, de postcure, de réadaptation et de réintégration sociale". Conformément à cette approche, il est souligné, dans le chapitre consacré au principe de proportionnalité du Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2007 (E/INCB/2007/1), que "lorsque l'infraction consiste en la détention ou l'achat de drogues ou en la culture de stupéfiants pour la consommation personnelle, ces mesures peuvent remplacer, purement et simplement, la condamnation et la sanction pénale".

Les conventions encouragent les États à adopter une approche axée sur la santé plutôt qu'à se reposer uniquement sur les sanctions pénales pour lutter contre la consommation de drogues illicites et la dépendance à ces dernières. Dans le cas des usagers de drogues non dépendants, cette approche peut consister en une action pédagogique, en la fourniture d'informations fiables et en une assistance de courte durée destinée à motiver et à favoriser un changement de comportement, ainsi qu'en des mesures visant à faciliter

la réinsertion sociale de ces personnes et à atténuer leur isolement et leur marginalisation. Dans le cas des usagers dépendants, l'approche axée sur la santé pourra comprendre un soutien social plus complet, un traitement pharmacologique et psychosocial spécifique et des services de postcure.

Selon les dispositions des conventions internationales relatives au contrôle des drogues, le traitement, la réadaptation, la réinsertion sociale et la postcure devraient être envisagés comme mesures de substitution aux sanctions pénales. Les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues et ayant commis des infractions liées à ces dernières pourraient ainsi être invitées à suivre une thérapie.

Ce type d'intervention, qui repose sur le pouvoir coercitif du système de justice pénale, ne signifie pas nécessairement que le traitement est obligatoire ou qu'il entraîne une privation de liberté. La personne a toujours la possibilité d'opter soit pour le traitement, soit pour la peine d'emprisonnement ou d'autres sanctions administratives.

Le traitement comme mesure de substitution aux sanctions pénales représente une main tendue par la société aux usagers de drogues et toxicomanes. Cette approche permet généralement de faire des choix en matière de pédagogie, de soins de santé, de traitement et de réadaptation, et elle ne contraint pas les patients à se soumettre à un traitement contre leur gré. Cette forme de pression est nettement différente de celle exercée dans le cadre du traitement obligatoire, qui ne laisse pas à la personne la possibilité de refuser ni de choisir le type de traitement administré.

Les mesures de substitution aux sanctions pénales envisagées dans les conventions sont décrites comme des interventions pédagogiques et cliniques. Elles peuvent être proposées sans que le droit de refus des usagers de drogues et toxicomanes ne soit violé, permettant ainsi de parvenir à un équilibre entre la volonté de la société de réduire le taux de criminalité liée aux drogues et le droit à bénéficier d'un traitement des troubles liés à l'usage de drogues.

## **Argument scientifique en faveur du traitement comme mesure de substitution aux sanctions pénales**

Le passage de l'approche axée sur les sanctions à l'approche axée sur la santé est conforme aux conventions internationales relatives au contrôle des drogues, et de nombreuses données scientifiques plaident en sa faveur. Ainsi, des données scientifiques, épidémiologiques notamment, établissent qu'il existe un lien fréquent entre, d'une part, l'usage nocif de drogues et la dépendance et, d'autre part, le handicap social et personnel (Hawkins *et al.*, 1992; Kreek *et al.*, 2005; Sinha, 2008). De plus, selon des recherches cliniques et neurobiologiques, la dépendance à la drogue est un trouble chronique et multifactoriel qui provoque des dysfonctionnements du cerveau, ce qui rend l'abstinence difficile à atteindre à court terme (Carter *et al.*, 2009; Goldstein *et al.*, 2009; OMS, 2004). Par ailleurs, de plus en plus d'éléments indiquent qu'une approche axée sur la santé est la solution la plus efficace pour réduire l'usage de drogues et les dommages sociaux qu'il engendre (Chandler *et al.*, 2009; Gerstein et Harwood, 1990).

De nouvelles découvertes scientifiques révèlent que de nombreux facteurs contribuent à la pathogénèse de la toxicomanie. Il s'agit notamment de facteurs qui accroissent à la fois la propension à faire un usage expérimental de drogues et la vulnérabilité à la dépendance en cas de consommation (Volkow et Li, 2005): handicap social et personnel

de longue date; tempérament et traits de caractère influencés par des variantes génétiques (Dick *et al.*, 2006; Merikangas *et al.*, 2009); complications prénatales; expériences négatives au cours de l'enfance; manque d'instruction; absence de tissu familial et isolement social; et troubles psychiatriques (Fergusson *et al.*, 2008; Zucker *et al.*, 2008). Tous ces facteurs peuvent entraîner une vulnérabilité psychobiologique aux troubles liés à l'usage de certaines substances. En outre, un grand nombre de toxicomanes se sont mis à consommer des drogues et ont continué de le faire pour tenter, en vain, de faire face à des situations difficiles telles que la violence et la maltraitance, l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale, la faim et la surcharge de travail (Khantzian, 1985).

La dépendance à la drogue est un trouble (une maladie) survenant, chez les personnes vulnérables d'un point de vue psychobiologique, après un contact avec la drogue. Cette conception implique que la répression n'est pas une réponse adaptée (Chandler *et al.*, 2009; Dackis et O'Brien, 2005; McLellan *et al.*, 2000). L'emprisonnement peut même produire l'effet inverse du but recherché dans le cas de personnes vulnérables qui ont déjà été "punies" par les expériences négatives vécues au cours de l'enfance ou de l'adolescence et qui peuvent être fragiles d'un point de vue neurologique et psychologique (Neale et Saville, 2004).

Les pauvres sont davantage susceptibles de commettre une infraction et d'être incarcérés que les personnes qui disposent d'un revenu suffisant et évoluent dans un environnement plus favorable. Les antécédents judiciaires limitent l'accès à l'emploi et les peines de prison gâchent des années de vie précieuses, ce qui réduit encore les probabilités que les personnes concernées mènent une vie stable.

De fait, l'incarcération et le placement en centre de traitement obligatoire des usagers de drogues et des toxicomanes, surtout des plus jeunes et des plus vulnérables, leur rendent souvent la vie – déjà difficile – encore plus dure (Jurgens et Betteridge, 2005). L'exposition au milieu carcéral facilite les contacts avec des criminels de plus longue date et les relations avec des associations et organisations criminelles. Elle accroît également la stigmatisation et contribue à ce que la personne se forge une identité de délinquant. Souvent, elle renforce l'exclusion sociale, détériore l'état de santé et réduit les compétences sociales de l'intéressé. Les mesures de substitution à l'incarcération dans un cadre de vie normal (soins ambulatoires ou centres thérapeutiques résidentiels), comme le traitement pharmacologique de la dépendance aux opiacés assorti d'une aide psychosociale, peuvent se révéler plus efficaces que les peines d'emprisonnement pour réduire les infractions liées aux drogues (Chandler *et al.*, 2009).

Dans de nombreux pays, bien que les usagers de drogues représentent une part importante (voire la majorité) de la population carcérale, le système pénitentiaire manque de programmes de traitement et de réadaptation adaptés aux détenus, y compris pour prendre en charge les troubles psychiatriques concomitants qui touchent un grand nombre de personnes incarcérées dépendantes à la drogue (Baillargeon *et al.*, 2009; OMS, 2005a). En outre, il est rarement tenu compte, lors de sa détention, du parcours de la personne s'agissant de consommation nocive d'alcool et de médicaments délivrés sur ordonnance. Il apparaît que le taux de rechute est élevé parmi les toxicomanes après leur remise en liberté, ces derniers renouant avec la consommation de drogues, les surdoses et les infractions (Dolan *et al.*, 2005; Ramsay, 2003).

Par ailleurs, les prisons et autres structures fermées accueillent généralement un nombre important de personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues (Oliemeulen *et al.*, 2007) qui contractent aussi, par la suite, le VIH ou la tuberculose (UNCHR, 1996;

OMS, 1993; UNODC, 2006). En effet, étant donné que les détenus continuent de s'injecter des drogues et de se prêter à des activités risquant très fortement de contribuer à la diffusion du VIH et de l'hépatite en prison, l'environnement carcéral est hautement propice à la propagation du VIH (Gore *et al.*, 1995; Jurgens et Betteridge, 2005). De plus, la surpopulation carcérale, phénomène fréquent, est associée à un risque élevé de transmission de la tuberculose, ce qui pose particulièrement problème pour les détenus déjà porteurs du VIH. Le manque de continuité du traitement du VIH au moment de l'incarcération et de la remise en liberté augmente le risque d'apparition de souches pharmacorésistantes du virus.

Il est largement prouvé qu'un traitement efficace comprenant des interventions cliniques (en ambulatoire ou en établissement), comme mesure de substitution aux sanctions pénales, facilite considérablement le rétablissement, ce qui permet de réduire le taux de criminalité et les frais de justice (Koeter et Bakker, 2007; McSweeney *et al.*, 2007; Uchtenhagen *et al.*, 2008). Le traitement donne de meilleurs résultats, à la fois pour la personne concernée et pour la société, que les seules sanctions pénales. Cette option devrait donc être envisagée dans le cas de toutes les personnes condamnées pour avoir commis des infractions liées aux drogues.

## **Formes de persuasion utilisées lors du traitement**

### **Traitement volontaire sans menace de sanctions pénales**

On peut dire que tous les traitements volontaires supposent des moyens de pression et de persuasion. Dans certains cas, une pression informelle exercée par la société ou l'entourage familial et affectif peut suffire à persuader le toxicomane de commencer ou poursuivre un traitement (Wild, 2006). Cette pression peut prendre la forme d'un encouragement verbal à suivre une thérapie ou celle d'une menace de conséquences négatives, telles qu'une séparation, un divorce ou une privation de soutien financier (Marlowe *et al.*, 1996; Stevens *et al.*, 2006).

Les équipes d'intervention sur le terrain et autres professionnels des secteurs thérapeutique et social vont à la rencontre des toxicomanes qui ne suivent pas encore de traitement afin de les motiver à le faire. Les interventions comportementales peuvent faire appel à la persuasion pour aider les patients à modifier leur comportement en attendant qu'ils aient la motivation suffisante pour réduire ou cesser leur consommation de drogues (il peut s'agir par exemple de récompenser les comportements positifs).

Dans les établissements de traitement, les procédures dites de "gestion des contingences" (contingency management) peuvent prévoir le recours à des incitations afin d'obtenir de bonnes réponses au traitement. Ces incitations peuvent prendre la forme d'argent en espèces, de coupons ou de l'autorisation de prendre davantage de doses à domicile dans le cas des patients recevant un traitement par la méthadone ou la buprénorphine.

Dans le cas des patients toxicomanes plus gravement atteints, une pression sociale accrue peut se révéler efficace pour les encourager à se soumettre à un traitement ou à poursuivre celui en cours. Cette pression peut prendre la forme d'une menace de conséquences négatives formelles, telles que le retrait du permis de conduire (pour les personnes incapables de conduire de manière sûre), le retrait de la garde d'un enfant (pour les personnes incapables de s'en occuper), le renvoi d'un emploi (pour les

personnes incapables d'effectuer leurs tâches) ou encore le retrait des aides sociales (pour les personnes incapables de respecter les critères conditionnant leur obtention).

## **Orientation du système de justice pénale vers le traitement: mesures de substitution à l'incarcération pour les usagers de drogues et les toxicomanes**

Si l'usage non médical de stupéfiants et de substances psychotropes est interdit en vertu des conventions internationales relatives au contrôle des drogues, la lourdeur des peines varie considérablement d'un pays à l'autre (OEDT, 2009). Tous les pays infligent, certes, des sanctions sévères en cas de trafic d'importantes quantités de drogues et d'infractions violentes liées à la drogue. Toutefois, ils ne punissent pas tous de la même façon, loin s'en faut, l'utilisation et la détention de substances pour un usage personnel. Ainsi, dans certains pays, la consommation non médicale de stupéfiants et de substances psychotropes est passible d'une peine d'emprisonnement, tandis que dans d'autres cet acte ne revêt pas le caractère d'infraction pénale ou n'est pas sanctionné pénalement. Dans certains pays, la toxicomanie est perçue par la justice comme une circonstance atténuante en cas d'infractions liées aux drogues; ainsi, on infligera peut-être une peine plus clémente à une personne dépendante à la drogue qu'à une autre qui ne l'est pas, surtout si cette personne est disposée à suivre un traitement.

Dans les pays qui punissent par des peines plus lourdes la consommation et la détention de drogues pour un usage personnel, le nombre d'usagers de drogues en prison est plus élevé, ce qui se traduit par un coût considérable pour la société. Si l'on compare cette approche avec les peines moins strictes imposées par d'autres pays, il semble pourtant qu'elle n'ait pas d'effet dissuasif sur les consommateurs de drogues (Reuter et Stevens, 2007).

L'éducation, le traitement, la postcure, la réadaptation et la réinsertion sociale peuvent être efficaces en tant que mesures de substitution aux sanctions pénales dans le cas des infractions liées aux drogues (pour un aperçu plus large des autres mesures de substitution à l'incarcération, voir également UNODC, 2007). En effet, il a été démontré que le traitement permettait davantage de réduire le taux de criminalité que l'incarcération (Gerstein et Harwood, 1990; Gwydish *et al.*, 2001). Théoriquement, le traitement volontaire devrait être accessible à tous ceux qui en ont besoin et qui le demandent. Cependant, tous ceux qui commettent des infractions liées aux drogues ne peuvent suivre un tel traitement en raison de son coût élevé et des difficultés d'accès. Dans certains pays, le budget de la justice pénale prévoit le financement de traitements pour les personnes accusées ou reconnues coupables d'infractions liées aux drogues, solution plus efficace et moins onéreuse que l'incarcération pour prévenir la criminalité. Si on leur donne la possibilité d'opter pour un traitement accessible, humain et efficace dans un cadre de vie normal, comme mesure de substitution proportionnelle aux sanctions pénales, les personnes accusées ou reconnues coupables d'usage de drogues ou d'une autre infraction liée aux drogues choisiront souvent de leur plein gré le traitement (van Ooyen, 2008).

Dans la section ci-dessous sont exposés les principes selon lesquels l'offre de traitement comme mesure de substitution aux sanctions pénales pourrait être organisée de manière plus efficace et humaine.

## Bonnes pratiques en matière d'orientation du système de justice pénale vers le traitement

L'expérience montre que l'éducation, le traitement et les soins proposés par la justice peuvent constituer des mesures de substitution efficaces à l'incarcération ou au placement obligatoire en établissement des toxicomanes. Ces mesures peuvent être proposées dans le cas des infractions qui ne revêtent pas le caractère d'infractions liées aux drogues au sens des conventions, mais qui ont été motivées en partie par l'usage de drogues ou la toxicomanie, telles qu'une infraction contre les biens commise pour financer la consommation. Le traitement doit être administré sans que ne soient violés les droits des usagers de drogues, qui doivent pouvoir décider s'ils souhaitent, ou non, bénéficier d'un traitement, et sous quelle forme (Porter *et al.*, 1986). Les pressions juridiques peuvent encourager les toxicomanes à se soumettre à une thérapie, mais la décision finale doit leur appartenir.

La possibilité pour le patient de s'approprier son traitement devrait être progressivement rétablie, afin d'améliorer les relations interpersonnelles et la participation de la personne à la vie en société, d'accroître la cohésion sociale et d'instaurer une alliance thérapeutique. Vu sous cet angle, le traitement comme mesure de substitution aux sanctions pénales n'est pas une contrainte, mais une occasion d'évoluer. Ainsi, la motivation des patients peut croître alors même que l'initiative du traitement n'est pas leur. Une telle approche ne compromet pas nécessairement la qualité de la thérapie, qui peut se révéler aussi efficace qu'un traitement entrepris de manière plus volontaire (Burke et Gregoire, 2007).

Le recours à un traitement hors établissement dont l'efficacité a été démontrée comme mesure de substitution aux sanctions pénales devrait comprendre, dans l'idéal, des interventions cliniques et sociales (à la fois psychosociales et pharmacologiques) mises en œuvre par une équipe pluridisciplinaire dans le cadre du système de soins de santé.

Dans cette situation:

1. Les usagers de drogues ou toxicomanes passibles de sanctions pénales pour avoir commis une infraction liée aux drogues consentent à suivre un traitement et ont la possibilité de l'interrompre à tout moment (auquel cas ils se voient imposer les sanctions pénales prévues pour l'infraction commise).
2. Le traitement repose sur des directives cliniques fondées sur des données scientifiques. En l'absence de telles données, toute nouvelle approche est rigoureusement évaluée (UK Drug Policy Commission, 2008).
3. Le traitement est administré avec humanité et dans le respect des principes éthiques généralement acceptés en matière de soins de santé, notamment de l'autonomie et de la dignité de la personne.
4. Les patients sont informés des risques et avantages de diverses options thérapeutiques.
5. Une alliance thérapeutique s'instaure entre le personnel soignant et les patients, bien que ces derniers ne se soumettent pas au traitement de leur propre initiative.
6. Juridiquement, le recours au traitement comme mesure de substitution aux sanctions pénales est conforme à la constitution et aux lois du pays, y compris à celles qui protègent les libertés du patient en tant que citoyen.

7. Les droits des personnes sont protégés par des procédures régulières et transparentes supervisées par les autorités judiciaires officielles du pays.
8. Les personnes qui n'ont pas encore été jugées coupables d'infraction liée aux drogues ne devraient pas être soumises à des mesures judiciaires indues (pas plus que n'importe quelle autre personne soupçonnée ou accusée d'avoir commis une infraction).
9. Les personnes passibles de sanctions pénales sont pleinement informées des options thérapeutiques disponibles comme mesures de substitution à ces sanctions. Elles devraient également être informées des conséquences que pourra avoir le choix du traitement sur la procédure pénale qui les vise, y compris de ce qu'il sera attendu d'elles au cours du traitement et de la manière dont les progrès réalisés influent sur l'application d'éventuelles sanctions pénales.
10. Le traitement est disponible et, si nécessaire, pris en charge par le système pénal.
11. Les personnes passibles de sanctions pénales n'encourent pas de sanctions plus sévères si elles décident d'accepter le traitement. Celles qui suivent le traitement (même si les résultats ne sont pas entièrement satisfaisants) doivent pouvoir le poursuivre tant qu'il leur est profitable.
12. Les délinquants toxicomanes ont le droit de ne pas opter pour le traitement qui leur est proposé comme mesure de substitution aux sanctions pénales. Dans ce cas, la peine qui leur est imposée ne doit pas être plus lourde qu'elle ne l'aurait été s'ils ne s'étaient pas vu proposer de traitement ou s'ils n'avaient pas été toxicomanes.
13. La confidentialité des renseignements fournis par le patient devrait être respectée comme pour tout autre patient. Cela étant, les patients peuvent, dans le cadre de l'accord passé avec le tribunal, accepter que les informations relatives à leur traitement soient communiquées à ce dernier, qui doit être informé de la manière dont le patient observe son traitement et qui peut mettre fin au traitement en cas de non-observance.
14. Bien que proposé comme mesure de substitution aux sanctions pénales, le traitement devrait conserver une fonction strictement thérapeutique, suivre une approche fondée sur la compassion et le soutien et ne pas se transformer en mesure punitive. Il ne doit en effet pas devenir une forme de sanction extrajudiciaire.
15. Les traitements administrés dans un cadre de vie normal devraient être accompagnés d'une aide sociale d'urgence et de mesures destinées à couvrir les besoins élémentaires des patients, tels que l'alimentation, le logement, l'hygiène et l'habillement. L'aide sociale de base (fourniture d'un logement adéquat et mesures de lutte contre la pauvreté) constitue une intervention complémentaire essentielle pour faciliter la prise de contact avec les toxicomanes et leur permettre de participer aux programmes de traitement et de prendre soin de leur santé en général. De plus, des interventions visant à mettre à leur portée des moyens de subsistance durables pourraient être nécessaires, comme l'offre de formations professionnelles ou autres, l'accès à des sources de revenus, le microcrédit et l'orientation professionnelle.

## **Traitement obligatoire: traitement sans droit de refus**

La menace de sanctions pénales peut encourager certains toxicomanes ayant des démêlés avec la justice pénale à suivre un traitement. Pour une minorité d'entre eux, le traitement obligatoire de courte durée peut être justifié, mais uniquement en situation d'urgence, afin de protéger la personne ou la société. Cependant, même dans ces circonstances, le principe du traitement administré sans le consentement du patient est discutable sur le plan éthique et pourrait violer certaines conventions des Nations Unies, telles que la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Dans tous les cas, cette intervention ne devrait pas durer plus de quelques jours et ne devrait être mise en œuvre que sous strict contrôle des autorités judiciaires.

## **Détention ou traitement imposés d'urgence et de courte durée**

Le traitement d'attaque de courte durée imposé afin de protéger une personne qui présente une intoxication aiguë ou un autre grave problème de drogue peut être justifié si cette personne n'est pas à même de se prendre en charge ou si elle constitue un danger imminent pour sa propre sécurité. Cette procédure s'apparente à l'administration d'un traitement en cas d'urgence psychiatrique aiguë, telle qu'une psychose, et devrait, dans les faits, être régie par les mêmes principes. En outre, les lois de la plupart des pays prévoient l'arrestation de la personne par la police (avec placement en garde à vue jusqu'au lendemain ou jusqu'à la diminution de l'intoxication), ou son arrestation et son transfert dans un centre de traitement (tel qu'un hôpital) ou l'administration d'un traitement d'urgence sans son consentement dans un établissement de santé.

Si une personne court un grave risque de se blesser ou de blesser les autres et a refusé le traitement ou est incapable d'exprimer sa volonté de manière cohérente, l'administration temporaire d'un traitement sans son consentement peut être justifiée pour une courte durée afin de la protéger, ainsi que la société, des lourdes conséquences que son comportement pourrait avoir en termes de santé et de sécurité. La privation temporaire de son libre arbitre peut aider le patient à retrouver son autonomie si des traitements efficaces lui sont administrés pour mettre fin aux comportements à haut risque et actes agressifs commis envers lui-même et les autres. Dans de tels cas, l'objectif est de faire face à une situation d'extrême urgence en termes de santé ou de sécurité, et non d'administrer un traitement de la toxicomanie de longue durée. Les interventions cliniques imposées doivent être interrompues dès que la situation d'urgence a été résolue. Des procédures judiciaires transparentes et rigoureuses devraient être suivies lorsque ce type de coercition est exercé, et l'efficacité des interventions cliniques imposées devrait faire l'objet d'une évaluation.

Ce type de traitement devrait, le plus souvent, prendre la forme d'une hospitalisation de courte durée (c'est-à-dire de quelques heures à plusieurs jours au maximum) pour intoxication par l'alcool ou la drogue, d'un traitement pour surdose d'opioïdes ou d'un traitement des symptômes aigus de troubles psychiatriques concomitants (par exemple, psychose ou idées suicidaires dues aux drogues).

L'administration d'un traitement sans le consentement éclairé du patient, dans des circonstances exceptionnelles et précisément définies, devrait répondre aux mêmes critères que ceux qui valent en cas de situation d'urgence psychiatrique (OMS, 2005b). Ainsi, les conditions suivantes devraient être remplies:

- Un avis clinique favorable au traitement a été obtenu d'au moins deux professionnels de la santé qualifiés;
- Une date limite de fin du traitement a été fixée (à laquelle la personne devra avoir retrouvé un état d'autonomie lui permettant de prendre des décisions la concernant), qui ne devrait pas être éloignée de plus de quelques jours;
- Un contrôle des autorités judiciaires est prévu, avec droit d'appel;
- Un plan de traitement médicalement approprié a été prescrit à titre personnel, qui devra être revu à intervalles réguliers et qui est conforme aux meilleures pratiques et aux normes éthiques acceptées au plan international et fondées sur des données probantes.

## **Traitement de longue durée sans le consentement de la personne**

Dans de nombreux de pays, les toxicomanes se voient imposer sans leur consentement un traitement de longue durée en établissement. Il s'agit, en réalité, d'une forme d'incarcération dans un établissement de basse sécurité.

On manque de données comparant les effets thérapeutiques de cette approche à ceux de l'incarcération classique ou à ceux d'un traitement volontaire dans un cadre de vie normal. Ce traitement est onéreux, non rentable, et il ne profite ni à la personne ni à la société. De plus, on ne peut parler de mesure de substitution à l'incarcération, puisqu'il s'agit d'une forme d'emprisonnement. Dans certains cas, les établissements de traitement se transforment en camps de travail où la main d'œuvre trime sous la contrainte sans être rémunérée et où les méthodes de traitement sont humiliantes et de type punitif, constituant une forme de sanction extrajudiciaire.

L'argument a été avancé que le recours à un traitement de longue durée des troubles liés à l'usage de drogues sans le consentement du patient viole les accords internationaux sur les droits de l'homme et les normes de déontologie médicale (UNODC et OMS, 2008).

Si des ressources suffisantes sont prévues pour le traitement volontaire, si un système adéquat d'orientation du système de justice pénale vers le traitement est mis en place et si la société est mobilisée, il devrait être de moins en moins nécessaire de recourir à cette forme de traitement obligatoire/non volontaire, qui devrait à terme disparaître complètement.

## **Tribunaux spécialisés dans les affaires de drogues et système de justice pénale général**

Pour faire face au nombre croissant d'auteurs d'infractions liées aux drogues qui ont affaire au système de justice pénale sans que finalement leurs problèmes de drogue sous-jacents ne soient ou n'aient été traités, plusieurs pays ont créé, au sein de leur système pénal, des tribunaux spécialisés qui orientent les délinquants vers le traitement sous surveillance plutôt que l'incarcération (UNODC, 2007). Ce type de traitement s'est révélé efficace en tant que mesure de substitution aux sanctions pénales (Prendergast *et al.*, 2008). De fait, les résultats de 23 évaluations de programmes ont confirmé que les tribunaux spécialisés permettaient de réduire sensiblement le taux de consommation de drogues et de criminalité, ainsi que de réaliser des économies.

D'après les estimations scientifiques les plus rigoureuses et prudentes de cinq méta-analyses, ces instances judiciaires permettent, par rapport à l'incarcération, de réduire considérablement, parfois même de 35 %, le taux de criminalité. En outre, pour chaque dollar des États-Unis dépensé pour leur fonctionnement, entre 2,21 et 3,36 dollars de frais de justice pénale sont économisés. Jusqu'à 12 dollars (pour chaque dollar investi) sont également économisés par la société en raison de la baisse du nombre d'admissions aux urgences et du recours à d'autres services médicaux, du nombre de placements familiaux et du coût représenté par les dommages subis, tels que la perte de biens.

Les tribunaux spécialisés qui traitent exclusivement les affaires liées aux drogues sont un moyen de favoriser le traitement comme mesure de substitution aux sanctions pénales. Des principes identiques peuvent également être appliqués au sein du système judiciaire général sans que ne soient créés de tribunaux spécialisés.

## Conclusion

Afin de lutter contre la consommation de drogues, de nombreux pays ont prévu des sanctions sévères à l'encontre des usagers et des auteurs d'infractions liées aux drogues, dont beaucoup se sont retrouvés en prison, en centres de traitement obligatoire et en camps de travail. Cependant, cette approche ne permet pas d'obtenir de résultats sensibles sur le long terme en ce qui concerne la consommation de drogues, la toxicomanie ou la criminalité, et elle va à l'encontre des droits de l'homme. Par ailleurs, la détention d'un nombre important de consommateurs de drogues sur une longue durée est onéreuse et comporte un risque élevé de transmission du VIH, de l'hépatite et de la tuberculose, que ce soit dans les structures fermées ou à l'extérieur, ce qui constitue un grave danger pour la société en termes de santé publique. De nombreux pays cherchent donc à mettre en place des mesures de substitution à l'incarcération.

La disponibilité d'un traitement et de soins efficaces, abordables et humains qui répondent aux divers besoins médicaux et sociaux des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues, dans un cadre de vie normal, favorisera le suivi volontaire du traitement et la prévention des infractions liées aux drogues. Une certaine pression est souvent exercée pour encourager les toxicomanes à se soumettre à un traitement et à le poursuivre. Elle peut prendre diverses formes, allant d'une pression informelle exercée par l'entourage familial et affectif à une pression juridique formelle visant à ce que la personne suive un traitement comme mesure de substitution à l'incarcération ou à d'autres sanctions judiciaires. En fonction de la manière dont il est appliqué, ce traitement ne va pas nécessairement à l'encontre du droit du patient d'accepter ou de refuser la thérapie.

Si le coût d'un traitement efficace n'est pas dans les moyens de toutes les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues, le système de justice pénale peut prendre le traitement à sa charge afin que les personnes accusées ou reconnues coupables d'infractions liées aux drogues puissent y accéder. Proposer une aide sociale d'urgence de base aux toxicomanes augmenterait leur motivation et attirerait ceux qui sont particulièrement dans le besoin. Afin d'assurer la pérennité des interventions de traitement et de réadaptation, il faut veiller à ce qu'elles aillent de pair avec des interventions visant à mettre à la portée des patients des moyens de subsistance durables qui leur ouvre une perspective de vie autonome et satisfaisante, ce qui réduit le risque de rechute.

Le recours au traitement comme mesure de substitution aux sanctions pénales est expressément encouragé par les conventions internationales relatives au contrôle des drogues et s'est révélé être plus efficace que la détention pour inciter les toxicomanes à rompre avec la drogue et pour réduire le taux de criminalité liée à la drogue. Ce traitement peut être administré sans atteinte aux droits du patient à partir du moment où celui-ci a la possibilité de le refuser et où son autonomie et ses droits fondamentaux sont respectés.

Le traitement obligatoire ou non volontaire, sans le consentement du patient, ne devrait être appliqué que dans des cas spécifiques de troubles aigus et graves présentant un risque immédiat ou imminent pour la santé du patient ou la sécurité publique. Le traitement non volontaire de courte durée destiné à protéger la personne vulnérable ne devrait être administré que pour les périodes les plus courtes possibles et en dernier recours. De plus, il devrait toujours être assuré par des équipes pluridisciplinaires, encadré par des procédures judiciaires transparentes et évalué de manière rigoureuse.

Si les centres de traitement étaient plus accessibles, plus attractifs, moins stigmatisants et dotés de personnel plus compétent, la nécessité de recourir aux pressions judiciaires pour encourager les toxicomanes à suivre un traitement serait moindre.

De nombreux toxicomanes sont partagés sur la question du traitement et de l'arrêt ou de la réduction de leur consommation. Ils ne trouvent parfois pas de services de traitement répondant à leurs besoins. Ainsi, le meilleur moyen de faire que le traitement non volontaire ouvre des perspectives de cohésion et de véritable guérison au sein de la société pourrait être de proposer des services comprenant un vaste éventail de traitements administrés avec humanité et de programmes de soutien dont l'efficacité aurait été scientifiquement prouvée. Ces mesures permettraient d'accroître la motivation et l'autonomisation des patients, en les amenant à s'impliquer dans une solide relation avec leur thérapeute, leur famille et la collectivité.

Selon des travaux de recherche, les principaux facteurs déterminant l'attractivité des programmes de traitement sont la qualité, les prestations et les résultats. Un traitement de qualité est le résultat d'une série de facteurs comprenant, notamment, de bonnes infrastructures, un personnel compétent et en nombre suffisant, un esprit d'équipe, une attention suffisante portée à chaque patient, des principes cliniques et des lois en matière de drogues clairs, un large éventail de méthodes thérapeutiques, des ressources suffisantes et une gestion efficace des dossiers. Ce type de programmes attire les patients potentiels.

L'engagement personnel et l'implication émotionnelle sont des éléments essentiels à l'alliance thérapeutique. Cela devrait être pris en compte dans un système de services complets contribuant à la santé et au bien-être des usagers de drogues et comprenant des services de prévention, de traitement et de soins, mais aussi des services de santé publique, des tribunaux, des services de réinsertion, une action locale et des services sociaux (Ratna et Rifkin, 2007; Hughey *et al.*, 2008). La collectivité toute entière devrait être mobilisée dans le processus de réadaptation et de réinsertion, en adoptant des stratégies de cohésion pour favoriser la guérison des consommateurs de drogues vulnérables.

## Références

- Baillargeon J., Penn J. V., Knight K., Harzke A. J., Baillargeon G., Becker E. A. (2009), Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Adm Policy Ment Health* 22: publication électronique avant impression.
- Burke A. C. et Gregoire T. K. (2007), Substance abuse treatment outcomes for coerced and noncoerced clients. *Health Soc Work*, 32, 7-15.
- Carter A., Capps B. et Hall W. (2009), *Addiction neurobiology: Ethical and social implications*, Lisbonne, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.
- Chandler R. K., Fletcher B. W. et Volkow N. D. (2009), Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety. *JAMA*, 301, 183-90.
- Dackis C. et O'Brien C. (2005), Neurobiology of addiction: Treatment and public policy ramifications. *Nature Neuroscience*, 8, 1431-1436.
- Dick D. M., Bierut L., Hinrichs A., Fox L., Bucholz K. K., Kramer J., Kuperman S., Hesselbrock V., Schuckit M., Almasy L., Tischfield J., Porjesz B., Begleiter H., Nurnberger J. Jr., Xuei X., Edenberg H. J., Foroud T. (2006), The role of GABRA2 in risk for conduct disorder and alcohol and drug dependence across developmental stages. *Behav Genet* 36(4): 577-90.
- Dolan K. A., Shearer J., White B., Zhou J., Kaldor J. et Wodak A. D. (2005), Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction*, 100, 820-8.
- Fergusson D. M., Boden J. M., Horwood L. J. (2008), The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend* 96(1-2): 165-77.
- Gerstein D. R. et Harwood H. J. (1990), *Treating drug problems* (vol. 1). A study of effectiveness and financing of public and private drug treatment systems Washington DC, Institute of Medicine, National Academy Press.
- Goldstein R. Z., Craig A. D., Bechara A., Garavan H., Childress A. R., Paulus M. P., Volkow N. D. (2009), The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. *Trends Cogn Sci* 13(9): 372-80.
- Gore S. M., Bird A. G., Burns S. M., Goldberg D. J., Ross A. J. et Macgregor J. (1995), Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil prison. *BMJ*, 310, 293-6.
- Guydish J., Wolfe E., Tajima B., Woods W. J. (2001), Drug court effectiveness: a review of California evaluation reports, 1995-99. *J. Psychoactive Drugs* 33(4): 369-78.
- Krebs C. P., Lindquist C. H., Koestse W., Lattimore P. K. (2007), Assessing the long-term impact of drug court participation on recidivism with generalized estimating equations. *Drug Alcohol Depend* 91(1): 57-68.

- Hawkins J. D., Catalano R. F. et Miller J. Y. (1992), Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- HCR (1996), *HIV/AIDS in prisons. Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le sida (cinquante-deuxième session, point 8 de l'ordre du jour)*, Strasbourg, Commission des droits de l'homme.
- Hughey J., Peterson N. A., Lowe J. B. et Oprescu F. (2008), Empowerment and sense of community: clarifying their relationship in community organizations. *Health Educ Behav*, 35, 651-63.
- Jurgens R. et Betteridge G. (2005), Prisoners who inject drugs: public health and human rights imperatives. *Health and Human Rights*, 8, 46-74.
- Khantzian E. J. (1985), The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-64.
- Koeter M. et Bakker M. (2007), *Effectevaluatie van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)*, Meppel, Boom Juridische uitgevers.
- Kreek M. J., Nielsen D. A., Butelman E. R. et LaForge K. S. (2005), Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nat Neurosci*, 8, 1450-7.
- Marlowe D. B., Kirby K. C., Bonieskie L. M., Glass D. J., Dodds L. D., Husband S. D., Platt J. J. et Festinger D. S. (1996), Assessment of coercive and noncoercive pressures to enter drug abuse treatment. *Drug Alcohol Depend*, 42, 77-84.
- McLellan A. T., Lewis D. C., O'Brien C. P. et Kleber H. D. (2000), Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1689-1695.
- McSweeney T., Stevens A., Hunt N. et Turnbull P. J. (2007), Twisting Arms Or a Helping Hand?: Assessing the Impact of "Coerced" and Comparable "Voluntary" Drug Treatment Options. *British Journal of Criminology*, 47, 470.
- Merikangas K. R., Li J. J., Stipelman B., Yu K., Fucito L., Swendsen J., Zhang H. (2009), The familial aggregation of cannabis use disorders. *Addiction* 104(4): 622-9.
- Neale J. et Saville E. (2004), Comparing community and prison-based drug treatments. *Drugs: education, prevention and policy*, 11, 213-228.
- OEDT (2009), *Infractions liées aux drogues: condamnations et autres conséquences*, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne.
- Oliemeulen L., Vuijk P., Rovers B. et van den Eijnden R. (2007), *Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen*, Rotterdam, IVO.
- OMS (1993), *Directives sur l'infection par le VIH et le sida dans les prisons*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

- OMS (2004), *Neurosciences: usage de substances psychoactives et dépendance*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2005a), *Principes de base pour le traitement et le soutien psychosocial des personnes toxicomanes vivant avec le VIH/sida*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2005b), *Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Porter L., Arif A. et Curran W.J. (1986), *La loi et le traitement de la pharmacodépendance et de l'alcoolodépendance: étude comparative des législations existantes*, Genève, OMS.
- Prendergast M., Podus D., Finney J., Greenwell L. et Roll J. (2006), Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction*, 101, 1546-60.
- Ramsay M. (2003), *Prisoners' Drug use and Treatment: Seven Research Studies. Home Office Research Study 267*, Londres, Ministère de l'intérieur du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.
- Ratna J. et Rifkin S. (2007), Equity, empowerment and choice: from theory to practice in public health. *J. Health Psychol*, 12, 517-30.
- Reuter P. et Stevens A. (2007), *An Analysis of UK Drug Policy*, Londres, UK Drug Policy Commission.
- Sinha R. (2008), Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 105-30.
- Stevens A., Berto D., Frick U., Hunt N., Kerschl V., McSweeney T., Oeuvray K., Schaaf S., Trinkl B., Uchtenhagen A. et Werdenich A. (2006), The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: results from a European study of quasi-compulsory treatment. *European Addiction Research*, 12, 197-209.
- Uchtenhagen A., Stevens A., Berto D., Frick U., Hunt N., Kerschl V., McSweeney T., Puppo I., Santamaria A., Schaaf S., Steffan E., Gegenhuber B., Turnbull P. J. et Werdenich W. (2008), Evaluation of therapeutic alternatives to imprisonment for drug dependent offenders: Experience from a comparative European multi-country study. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 10, 5-10.
- UK Drug Policy Commission (2008), *Reducing drug use, reducing reoffending: Are programmes for problem drug-using offenders in the UK supported by the evidence?*, Londres, UK Drug Policy Commission.
- UNODC/OMS/ONUSIDA (2006). *Le VIH/sida: Prévention, soins, traitement et soutien en milieu pénitentiaire. Cadre pour une intervention nationale efficace*.
- UNODC (2007). *Manuel des principes fondamentaux et pratiques prometteuses sur les alternatives à l'emprisonnement*.

UNODC et OMS (2008), *Principes de traitement de la toxicomanie*, Vienne, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.

Van Ooyen M. (2008), Quasi-compulsory treatment in the Netherlands: promising theory, problems in practice. Dans Stevens A. (Ed.), *Crossing frontiers, International developments in the treatment of drug dependence*. Brighton, Pavilion Publishing Ltd.

Volkow N. D. et Li T.-K. (2005), Drugs and alcohol: Treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences. *Pharmacology and Therapeutics*, 108, 3-17.

Wild T. C. (2006), Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addiction*, 101, 40-49.

Zucker R. A., Donovan J. E., Masten A. S., Mattson M. E., Moss H. B. (2008), Early developmental processes and the continuity of risk for underage drinking and problem drinking. *Pediatrics* 121 S4:S252-72.





# UNODC

Office des Nations Unies  
contre la drogue et le crime

Centre international de Vienne, Boîte postale 500, 1400 Vienne (Autriche)  
Téléphone: (+43-1) 26060-0, Télécopie: (+43-1) 26060-5866, [www.unodc.org](http://www.unodc.org)