

LES CONVENTIONS DEPARTEMENTALES D'OBJECTIFS JUSTICE/SANTE : BILAN ET PERSPECTIVES

Le plan quinquennal de lutte contre la toxicomanie prévoit dans ses objectifs généraux, de *rendre plus performante l'articulation Justice/Santé*, et notamment d'optimiser, à ce titre, le dispositif des CDO.

Vous connaissez tous ce dispositif à caractère interministériel se définissant de la manière suivante : des conventions-cadre passées département par département, dont l'objectif est de rapprocher le monde de la Santé de celui de la Justice afin de favoriser localement la prise en charge sanitaire et sociale des personnes *placées sous main de Justice* rencontrant des problèmes d'addiction.

L'expérience révélant néanmoins en tous domaines qu'une révision des connaissances est rarement inutile, je commencerai par rappeler l'historique des CDO et leur schéma de fonctionnement idéal (I).

A la lumière des résultats de l'évaluation OFDT parue en 2002, des réflexions menées à la MILDT sur le sujet, des quelques lignes directrices qu'ont fixées le plan quinquennal 2004/2008 ou suggérées la circulaire « Justice » du 8 avril 2005 et, bien sûr, des renseignements qui nous sont grâce à vous remontés du terrain, nous verrons ensuite quel bilan en tirer aujourd'hui. A partir de là se dégageront tout naturellement les priorités et angles d'action que nous vous demandons d'avoir en tête lors du renouvellement des conventions (II).

Pour conclure, et vous fournir quelques pistes de réflexion (III) :

- j'exposerai à grands traits dans quels cadres judiciaires est appelée à s'inscrire l'action des opérateurs en matière d'addictions, le terme générique d'obligation de soins pouvant recouvrir des situations fort diverses et parfois méconnues ;

- j'évoquerai enfin quelques initiatives originales réalisées dans certains départements.

I) HISTORIQUE ET MECANISME DES CONVENTIONS DEPARTEMENTALES D'OBJECTIFS

1° HISTORIQUE :

S'inscrivant dans le cadre plus général de la « politique de la Ville », **l'origine de ces conventions JUSTICE/ SANTE remonte à une circulaire interministérielle du 14 janvier 1993**, cosignée des ministres de la Justice, de l'Intérieur, de la Défense, des Affaires sociales,

de la Santé, de la Ville, et du Délégué général à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (équivalent d'alors du président de la M.I.L.DT).

A l'époque adressée aux seuls préfets et procureurs de PARIS et de quinze départements jugés prioritaires en fait de politique de la Ville, cette circulaire dédiée aux C.D.O avait pour objectifs premiers (je cite) :

- afin de mieux prévenir la récidive, d'accompagner sur le plan sanitaire et social l'ensemble des mesures de sûreté et des peines ordonnées par les juridictions à l'égard des délinquants toxico-dépendants, qu'il s'agisse de mesures pré ou postsentencielles alternatives à l'incarcération ou de modalités particulières d'application des peines de prison ;

- et de favoriser le développement des injonctions thérapeutiques et de leurs mesures assimilées, ainsi que leur suivi par les autorités sanitaires .

L'idée générale était d'améliorer, dans ces seize départements-pilote, la prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes sous main de Justice en tendant des passerelles entre robes noires et blouses blanches et en renforçant, par des financements adaptés, les dispositifs éducatifs, associatifs et/ou institutionnels existants.

Après un démarrage un peu laborieux dû à des soucis budgétaires, les C.D.O ont, dès 1994, rencontré un accueil très favorable de la part des divers partenaires institutionnels et associatifs ; aussi leur champ d'action s'est-il au fil des ans doublement élargi :

- leur implantation géographique s'est en effet progressivement étendue jusqu'à recouvrir, depuis 1999, la quasi-totalité des départements français ;

- la même année, le public « cible » - soit, initialement, les seuls toxicomanes en délicatesse avec la Justice - s'est élargi à toutes les personnes placées sous main de Justice connaissant un problème d'addiction, quel qu'il soit...

Plusieurs notes d'orientation de Nicole MAESTRACCI en date des 12 février 1999, 3 décembre 1999 et 9 novembre 2000 ont achevé d'en fixer les contours.

Ces trois documents (adressés pour le premier à un public très large : préfets de région et de département, chefs de projet, mais aussi procureurs de la république, premiers présidents des cours d'appel et procureurs généraux près lesdites cours, directeurs régionaux des services pénitentiaires et directeurs départementaux de la protection judiciaire de la jeunesse, pour les seconds aux seuls préfets de département et chefs de projet drogues et dépendances) sont évidemment à actualiser au regard des nouvelles orientations qui vous seront données aujourd'hui. Ceci vaut notamment pour le contenu des actions à mener dans le cadre des CDO.

Demeurent en revanche parfaitement d'actualité les règles générales afférentes à la mise en œuvre du dispositif et à la rigueur devant présider au financement des divers projets. Y est notamment rappelé à juste titre un (double) principe parfois perdu de vue :

● les crédits « MILDT » n'ont pas à financer le fonctionnement normal d'une structure dont les missions relèvent, pour sa gestion habituelle, d'une autre source de financement mais

le seul surcoût qu'engendre pour celle-ci la prise en charge de personnes placées sous main de Justice ;

• plus encore : les financements interministériels ont pour objet de permettre une action concertée entre acteurs de la Justice et du secteur sanitaire et/ou social.

La vocation naturelle de certaines structures étant déjà, au moins pour partie, d'accueillir des publics « Justice », les financements des CDO doivent donc être dédiés à un effort particulier et conjoint entre les partenaires concernés **pour systématiser l'orientation sanitaire et sociale des justiciables et, le cas échéant, leur prise en charge adaptée.**

Ce nécessaire rappel effectué, et contrairement à ce qui a pu être entendu ici ou là, loin de s'attaquer au dispositif « CDO » le plan quinquennal 2004/2008 et la circulaire « Justice » du 8 avril 2005 en assurent au contraire la légitime consécration - sous la seule réserve d'une nécessaire évolution, sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.

2) MECANISMES DE FONCTIONNEMENT DES CDO :

Sur le plan structurel, il importe de bien faire la distinction entre :

- la convention départementale d'objectifs (ou CDO proprement dite) qui constitue la convention cadre ;

- et les conventions tripartites de prestations devant permettre concrètement d'en réaliser les objectifs : conventions s'analysant en accords bien distincts liant préfet, procureur de la République, et partenaires du champ sanitaire, social et éducatif.

La fonction ayant supplanté l'organe, il arrive néanmoins que certains acteurs associatifs voire institutionnels confondent la convention tripartite avec la C.D.O dans laquelle elle s'insère.

• Les conventions départementales d'objectifs :

La démarche idéale fixée par la circulaire de 1993 pour la mise en place d'une C.D.O était – et demeure – la suivante : à une phase d'évaluation des besoins départementaux en matière de prise en charge sanitaire et sociale des personnes placées sous main de justice doit succéder une phase de recensement et d'analyse des « ressources » locales, donc des dispositifs en place.

Connaissance prise, grâce aux procureurs de la République du ressort, des besoins ressentis *in situ* (lesquels varient forcément d'un département à l'autre voire, dans le même département, d'un tribunal à un autre), le préfet territorialement compétent est donc chargé d'étudier dans quelle mesure le dispositif local d'accueil et de soins peut répondre aux attentes de la Justice.

A cette fin l'autorité préfectorale (en l'occurrence le chef de projet « drogues et dépendances » depuis la circulaire du 9 juillet 1996 relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental) se doit donc d'étudier les prestations des structures

d'accueil et de prise en charge, les capacités d'accueil des dispositifs, les moyens et procédés de financement, etc ...

Peut alors intervenir la signature de la CDO ; conclue à l'origine pour une durée d'un an renouvelable, elle l'est aujourd'hui pour une durée de trois ans.

Cosignée des autorités préfectorale et judiciaire (soit le préfet du département concerné et le procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance du chef-lieu de ce département), la CDO, indique la circulaire de 1993, doit « *préciser, en distinguant le court et le moyen terme, les objectifs assignés à l'action des divers services de l'Etat et les moyens prévus à cet effet, sur le plan organisationnel notamment* ».

● **Les conventions tripartites de prestations:**

C'est donc dans le cadre de la C.D.O, aux objectif seulement généraux, pour ne pas dire très généraux parfois, qu'il est procédé à la passation des convention(s) tripartites liant préfet, procureur de la République, et partenaires du champ sanitaire, social et éducatif

Les conventions tripartites peuvent être quant à elles annuelles ou trisannuelles, selon le degré de souplesse dont vous estimez devoir bénéficier.

Pour répondre aux impératifs de la circulaire de 1993, les conventions tripartites doivent intégrer les données suivantes :

- la durée de la convention ;
- le type de prestations dispensées par la ou les associations partenaires et, le cas échéant, les modalités d'articulation entre actions complémentaires menées par différentes associations;
- le nombre de personnes prises en charge ;
- les modalités d'accueil du public (tout particulièrement la capacité de réponse aux situations d'urgence ;
- la répartition des responsabilités entre acteurs de la prise en charge sanitaire ou sociale et autorités judiciaires ;
- le montant des crédits octroyés et les différents financeurs (Ministère des Affaires sociales, de la Santé, de la Justice, Assurance-Maladie, MILDT) ;
- les modalités d'évaluation du dispositif.

II) QUEL BILAN TIRER AUJOURD'HUI DES CDO ET QUELLES SONT LES PRIORITES DEFINIES POUR L'AVENIR?

Quatre axes ont guidé pour ce faire les actuelles réflexions de la MILDT:

- l'évaluation OFDT menée en 2001/2002, et parue fin 2002 ;
- le plan gouvernemental 2004/2008 de lutte contre les drogues et dépendances (celui qu'on appelle parfois improprement le « plan MILDT ») ;
- la circulaire « Justice » du 8 avril 2005 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances ;
- enfin – matériaux essentiels sans lesquels ce travail n'aurait pu se réaliser – les éléments qui nous sont remontés du terrain grâce à vous.

1) L'EVALUATION OFDT :

L'évaluation OFDT menée en 2001/2002 et rendue publique à la fin de l'année 2002 s'avère essentiellement favorable au système ; pour autant, elle a forcément relevé quelques faiblesses dans le dispositif.

Les points forts du système :

Selon l'évaluation OFDT, celui-ci a globalement répondu à ses objectifs, permettant notamment un meilleur repérage sanitaire des publics sous main de Justice, avec pour corollaire une augmentation de l'offre de prise en charge sanitaire et sociale .

Ainsi, dans une note du 2/04/03 adressée par Didier JAYLE au cabinet du ministre de la Santé, a-t-on pu recenser 37 500 personnes prises en charge en 2001 contre 6500 en 1998.

Parmi les autres points forts du système, l'OFDT cite également:

- **une mise en réseau renforcée, due à une meilleure connaissance des partenaires et une meilleure circulation de l'information**, dans un partage général de « l'esprit MILDT » ;
- **des progrès réalisés dans la visibilité institutionnelle du chef de projet**, et sa légitimation comme pivot de la politique locale de lutte contre la toxicomanie ;
- **la souplesse du dispositif qui permet de financer toutes sortes d'actions en s'adaptant aux besoins locaux** (prise en charge au titre de différents produits, différents publics, différents modes de traitement ciblés selon les départements) ;
- **la mise en place, en certains départements, d'une orientation sanitaire systématique pour certains types de contentieux** (conduites sous l'empire d'un état alcoolique, infractions à la législation sur les stupéfiants ...).

Les faiblesses du système:

Les quelques faiblesses pointées par l'OFDT concernent aussi bien les conditions de mise en oeuvre du dispositif que le contenu des actions menées en son sein.

POUR CE QUI EST DES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE, ONT ÉTÉ SIGNALÉES PAR L'OFDT :

- **une relative fragilité des réalisations**, les acquis n'étant jamais définitifs mais devant être consolidés au gré des mutations, etc...

- **une insuffisance des espaces d'échange et de concertation**, à la fois relevée parmi les acteurs judiciaires, entre instances judiciaires et socio sanitaires, et entre institutionnels et opérateurs.

Le tout s'observerait à différents niveaux :

- en amont, par une insuffisance des diagnostics ;
- en aval, par une difficulté – à la fois locale et nationale – à évaluer les actions menées sur le terrain.

- **une insuffisance, enfin, d'outils de suivi formalisés .**

POUR CE QUI REGARDE LE CONTENU MEME DES ACTIONS, L'OFDT A PU REGRETTER PAR AILLEURS:

- **une adaptation imparfaite de l'offre aux besoins** (avec prise en charge prédéterminée par l'offre de soins) et une capacité limitée du dispositif à structurer l'offre de prestations de façon à ce que les opérateurs répondent mieux aux problématiques des publics concernés et aux enjeux identifiés localement ;

et – ceci pouvant d'ailleurs découler de cela :

- **un faible développement de la prise en charge des mineurs et jeunes majeurs** (6 % au niveau national, 47 départements n'ayant en 2001/2002 aucun mineur pris en charge dans le cadre de la CDO) ;

- **malgré certains progrès, une insuffisante prise en compte de la problématique de l'alcool**, le dispositif restant essentiellement centré sur la prise en charge des usagers de drogues illicites.

2) LE PLAN QUINQUENNAL 2004/2008 :

Faisant état des appréciations globalement élogieuses de l'évaluation OFDT, il reconnaît que le système CDO a « *répondu aux objectifs qui lui étaient assignés en permettant un meilleur repérage sanitaire des publics sous main de justice, une augmentation de l'offre de prise en charge socio-sanitaire de ce public et une mise en réseau renforcée des autorités judiciaires et sanitaires* »; le plan souligne néanmoins que « *l'offre de prise en charge n'est pas toujours adaptée aux besoins des publics, que les mineurs et jeunes majeurs sont insuffisamment pris en compte ainsi que les personnes en difficulté avec l'alcool* ».

Il prévoit d'autre part (je cite) qu'« *afin d'assurer leur continuité, la consolidation d'un certain nombre d'actions - notamment les interventions en prison et à la sortie de prison - (soit) recherchée sur des budgets pérennes de droit commun (sécurité sociale, affaires sociales, santé, justice ...)* ».

3) LA CIRCULAIRE « JUSTICE » DU 8 AVRIL 2005 RELATIVE A LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE ET LES DEPENDANCES :

Saluant sans conteste l'utilité du dispositif, elle rappelle à cette fin :

- que « *l'effectivité d'une réponse pénale à dominante sanitaire (...) est conditionnée par un partenariat efficace entre les autorités judiciaires et sanitaires* »,

- et que précisément « *la majorité des décisions du ministère public à dominante sanitaire (contact ponctuel ou suivi médical ou psychologique) est mise en oeuvre par le biais des CDO* ».

Se proposant néanmoins « *d'améliorer le dispositif et de le recentrer sur les besoins réels de l'autorité judiciaire en termes de prise en charge sanitaire ou sociale* », la circulaire émet le souhait que ces conventions soient soumises à un cahier des charges soumis pour validation à la DDASS, et que chacune des parties s'engagerait à respecter dans le cadre du traitement sanitaire des personnes placées sous main de justice : cahier des charges qui pourrait, dit-elle, « *prévoir l'élaboration d'un diagnostic préalable à la mise en place de la convention d'objectifs (évaluation des besoins de l'autorité judiciaire et des réponses susceptibles d'être apportées au plan local (...)), les mesures jugées prioritaires, le développement de la prise en charge des mineurs et des jeunes majeurs ou l'évaluation périodique de l'activité des opérateurs (par le biais de rapports d'activité précisant le nombre des personnes bénéficiaires ou la durée de la prise en charge par exemple)* ».

La circulaire suggère enfin une réunion de concertation régulière entre les partenaires de la convention afin d'adapter, le cas échéant rapidement, les modalités de l'intervention.

4) L'EXPLOITATION DES DONNEES REVENUES DU TERRAIN SUITE A L'ENVOI DE LA CIRCULAIRE MILDT EN DATE DU 26 JANVIER 2006 :

De l'exploitation de celles-ci ressortent à ce jour les éléments-clé suivants :

☐ D'UNE MANIERE GENERALE :

- **quelques (rares) départements n'ont plus de CDO !**

Si, dans l'un d'entre eux, cet état de fait proviendrait d'« *un manque de liens avec la Justice* », dans d'autres il s'est agi d'une stratégie délibérée d'attente des nouvelles orientations de la MILDT ; il y a donc lieu de renouveler les conventions en fonction des priorités qui vous seront données aujourd'hui ;

- **d'un point de vue budgétaire, la MILDT fait appel à votre rigueur :**

Aussi n'est-il pas acceptable que, dans un département donné, les trois actions que mènent au titre des CDO des associations pourtant distinctes aient toutes trois un bilan largement déficitaire ; la rigueur est d'autant plus de mise :

- que les CDO représentent en certains départements un pourcentage extrêmement important des crédits versés par la MILDT (jusqu'à dépasser les 80 % dans certains cas) ;

- que dans un but de développement des actions de prévention (en milieu scolaire notamment) et de répression des trafics, la MILDT souhaiterait voir ramener ces pourcentages à un maximum d'environ 40 % : eu égard au caractère certes ambitieux de cet objectif, il ne vous est évidemment pas demandé de l'atteindre d'une année sur l'autre, mais de l'envisager d'ores et déjà en étalant, le cas échéant, sur plusieurs années les actions en ce sens ;

- **d'un point de vue budgétaire toujours, on constate par ailleurs que beaucoup d'interventions - au demeurant tout à fait pertinentes - sont, dans le cadre des CDO, menées en prison ou à la sortie de prison à partir de crédits « MILDT » : ce qui contrevient aux recommandations du plan quinquennal préconisant de rechercher dorénavant des sources de financement pérennes à ce type d'action.**

Les importantes économies réalisées sur ce chapitre permettraient entre autres de redéployer les CDO sur le champ présentenciel, c'est-à-dire les alternatives aux poursuites et alternatives à l'incarcération ; nous reviendrons ultérieurement sur cette question ;

- **concernant cette fois le contenu des actions menées sur le terrain, à l'exception de quelques départements « phares » l'alcool tient toujours dans le dispositif une place insatisfaisante par rapport à son incidence réelle sur la criminalité - qui pis est, la criminalité violente :**

Les violences volontaires – tout spécifiquement violences conjugales ou intrafamiliales, les agressions sexuelles (viols, incestes...) et bon nombre de crimes de sang sont en effet souvent imputables à l'alcool ; à titre de simple illustration j'évoquerai un intéressant travail découvert dans les documents que m'a envoyés la coordonnatrice locale, et mené (précisément dans le cadre des CDO) à la maison d'arrêt de TARBES sur les détenus présentant des problèmes d'addiction ; cette étude a révélé ce qui suit : sur 108 détenus repérés et rencontrés comme présentant des problèmes d'addiction :

- 1 relevait d'une problématique « jeu »,
- 8 d'une problématique « cannabis »,
- 8 d'une problématique « opiacés »,

contre :

- 39 relevant d'une problématique « alcool »,
- 20 d'une problématique « alcool/cannabis »,
- 2 d'une problématique « alcool/médicaments »,
- et 30 d'une problématique « polytoxicomanie » ...

- **enfin et peut-être surtout, sauf dans le cadre des interventions réservées aux usagers de cannabis qui concernent souvent de jeunes voire très jeunes consommateurs,**

les mineurs et jeunes majeurs continuent d'être insuffisamment pris en compte au titre des CDO ; en tout état de cause, et à de rares exceptions près, la prise en charge des mineurs ne donne lieu à aucunes initiatives spécifiques.

Or, comparativement au reste de la jeune population française, le phénomène des addictions touche particulièrement les jeunes gens protégés par la Justice – que ce soit de manière préventive, au titre de l'assistance éducative, ou répressive - quand il s'agit de sanctionner leurs infractions au moyen de mesures éducatives (ces deux populations se recoupant d'ailleurs très souvent).

Les préoccupations sanitaires concernant les jeunes pris en charge par ses services ont donc conduit la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) à organiser en 2004 le renouvellement d'une enquête épidémiologique de santé confiée à l'INSERM en 1997.

Et concernant la consommation de drogues de ces jeunes de 14 à 20 ans, le moins qu'on puisse dire est que les résultats ne sont pas encourageants : si la consommation de produits licites comme tabac et alcool a, depuis 1997, globalement baissé dans cette population, la consommation de toutes les substances illicites y a pour sa part augmenté. Les filles apparaissent globalement plus consommatrices que les garçons ; avec l'âge, la consommation s'accroît quelle que soit la substance.

L'augmentation de la consommation de cannabis constatée en population scolaire existe aussi en population « PJJ », où la consommation demeure supérieure. En revanche, la consommation des autres substances illicites chez les jeunes « PJJ » a nettement augmenté en sept ans, alors que ce phénomène est resté stable en population scolaire. Sept types de substances illicites ont été pris en compte dans l'enquête : cannabis, produits à inhaler, amphétamines, cocaïne, héroïne, hallucinogènes et ecstasy :

- le cannabis est sans surprise le premier produit illicite auquel ces jeunes ont recours (65 % des garçons, 66% des filles), l'âge de la première consommation se situant à 14 ans ; sa consommation régulière (au moins 40 fois dans la vie) concerne plus d'un tiers d'entre eux, soit une augmentation de 23 % chez les garçons et de 67 % chez les filles depuis 1997 ;

- l'ecstasy occupe la seconde place (durant leur vie, 14% des garçons et 24 % des filles en ont pris au moins une fois, 4% des garçons et 8 % des filles au moins 10 fois) ;

- la cocaïne tient une place également importante, surtout parmi les filles : ainsi, durant la vie, 21 % des filles contre 9 % des garçons en ont pris, et 6 % des filles contre 1 % des garçons en ont pris au moins 10 fois !

- pour les produits à inhaler, 11% des garçons et 19 % des filles en ont déjà pris durant leur vie, 2 % des garçons et 7 % des filles l'ayant fait au moins 10 fois ;

- les autres substances occupent enfin une place non négligeable : ainsi, près de 14 % des filles et 10 % des garçons ont déjà pris des amphétamines, près de 11 % des filles et 5 % des garçons de l'héroïne, un peu plus de 8 % des filles et près de 5 % des garçons des hallucinogènes ...

Face à ces données inquiétantes, les services de la PJJ ont donc, courant juin 2005, élaboré une stratégie d'action déterminée, chaque direction régionale ayant reçu pour instruction de se rapprocher des DRASS de son ressort territorial pour :

- apporter sa contribution au diagnostic de santé de la population,
- s'inscrire dans une participation à la politique de santé, soit au niveau des groupements régionaux de santé publique (GRSP), soit dans les comités des programmes régionaux,
- s'assurer enfin de la prise en compte des besoins du public sous protection judiciaire.

Les responsables ont été invités par ailleurs ;

- à construire des partenariats adaptés avec les services de soins spécialisés (notamment dans le cadre de mesures judiciaires liées aux consommations de substances psychoactives),
- à se rapprocher des consultations spécifiques destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives ainsi qu'à leurs familles,

l'ensemble de ces consignes devant trouver appui *« au sein des règlements intérieurs renouvés dans le cadre de la mise en conformité avec la loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale »*.

Une note « Chancellerie » du 14 juin 2005 à l'attention des directeurs régionaux et départementaux de la PJJ leur rappelle ainsi l'existence du triptyque mis en place par la MILDT dans le cadre de son « programme-cannabis » : la nouvelle ligne téléphonique « écoute cannabis », la création des « consultations cannabis » et la diffusion des trois brochures que vous connaissez.

Rappelant les prescriptions générales de la circulaire « Justice » du 8 avril 2005, la même note énonce par ailleurs les directives suivantes :

« J'attire votre attention sur les éléments de ces directives (...) dans l'articulation fonctionnelle que vous aurez à développer auprès des services judiciaires ainsi qu'auprès des partenaires de santé dans le cadre de l'intervention des services au bénéfice du public :

- « les directeurs départementaux ont à se rapprocher du ou des magistrats du parquet de leurs ressorts territoriaux chargé(s) par leur procureur général de mettre en oeuvre les réponses pénales, afin de préciser toutes les collaborations effectives à construire avec les services de la PJJ ;

- « le dispositif des conventions départementales d'objectifs constitue une opportunité à la construction de réponses adaptées aux réalités locales avec les prestataires de prévention et de soins ;

- « (...) ;

- « la dimension d'éducation à la santé introduite par une mesure de classement sous condition s'appu(ie) sur l'orientation du mineur vers une structure sanitaire ou sociale visant à prévenir la récidive.

« Vous veillerez à prendre en compte ces orientations qui viennent renforcer :

- « l'articulation effective avec l'ensemble des magistrats ;
- « les liens partenariaux déjà en cours ou à initier sur vos ressorts territoriaux avec les services spécialisés dans le champ des consommations de substances psychoactives et de la dépendance ».

☐ DE MANIERE PLUS PONCTUELLE PEUVENT ETRE FORMULEES LES OBSERVATIONS SUIVANTES:

● **en période d'exigences budgétaires se justifie difficilement le financement d'interventions onéreuses, portant sur des activités à caractère ludique ne s'insérant pas dans le cadre d'un traitement des addictions au sens strict**, et dont l'efficacité reste dès lors à démontrer ; à titre d'exemples :

- une association intervenant dans une maison d'arrêt y mène une action de prévention de la consommation de drogues sous forme de « médiation ludique », avec projet de réalisation d'un CD (22 personnes sur deux sessions pour un montant de 11 650 € dont 4000 € « MILDT »);

- toujours en maison d'arrêt, la même association anime un atelier d'arts plastiques et un autre de musicothérapie, avec intervention de deux musicothérapeutes une heure par semaine, pour une durée non précisée et un coût de 5 000 € ...

● **dans certains départements les publics-cible ne sont nullement des personnes placées sous main de justice, dans d'autres pour partie seulement :**

- un département finance ainsi un dispositif de formation à l'attention des *personnes bénévoles oeuvrant au sein d'une association accueillant les familles de détenus* de la maison d'arrêt locale,

- dans un second département les publics-cible de certaines actions sont définis d'une manière trop évasive : « *adolescents incarcérés* », « *toxicomanes en grande difficulté sociale* OU sous main de Justice » ...

- dans un troisième se voit financée à hauteur de 20 000 € une action dite « *santé/théâtre* » - dont le contenu n'est, au demeurant, nullement explicité – dirigée vers un public alcoolo-dépendant *volontaire* ou sous main de Justice en milieu ouvert » ; pour dire si cette action rentre ou non dans le cadre des CDO, il faut s'assurer de ce que recouvre le terme « volontaire », les personnes concernées devant à tout le moins avoir fait l'objet d'une interpellation pour des faits liés à leur addiction, ce qui fait d'elles des personnes placées sous main de Justice ;

- dans ce même département est enfin dispensée auprès des détenus et personnels de l'établissement pénitentiaire une information sur le VIH et les IST : au demeurant bienvenue,

mais ne pouvant prétendre aux objectifs judiciaires de prévention de la récidive visés dans la circulaire de 1993, cette action ne peut s'insérer dans le dispositif des CDO.

● dans d'autres départements certaines actions, pourtant coûteuses, ne donnent pas lieu à des évaluations réellement explicites et demeurent peu lisibles tant en ce qui concerne le public-cible que le contenu de l'action elle-même :

Ainsi, dans un département sensible, évoque-t-on, sans plus de développements, un « dispositif d'insertion » mis en oeuvre par une association moyennant une somme de 20 000 € ...

LES PRIORITES A RESPECTER POUR L'AVENIR

● le « basculement » des interventions menées en prison ou à la sortie de prison sur des financements pérennes, surtout quand l'aide apportée aux personnes placées sous main de Justice n'est pas directement axée sur le soin (hébergement, accompagnement matériel de la sortie : achat de titres de transport, de cartes téléphoniques, etc ...)

● une prise en charge EFFECTIVE des mineurs et jeunes majeurs ;

● la poursuite de la prise en charge des usagers de cannabis ;

● une place plus importante réservée à la lutte contre l'addiction alcoolique ;

● un encouragement aux initiatives favorisant les alternatives aux poursuites ou à la détention provisoire (mesures dites présentencielles).

● enfin une concrétisation, dans les outils de suivi, de l'évolution des angles d'action « alcool » et « mineurs/jeunes majeurs », avec élaboration d'indicateurs pertinents.

III INFORMATIONS JURIDIQUES ET PISTES DE REFLEXION : LES DIVERS CADRES JUDICIAIRES DE L'OBLIGATION DE SOINS ; EXEMPLES D' ACTIONS ORIGINALES ENGAGEES A CE TITRE DANS CERTAINS DEPARTEMENTS

1) LES DIVERS CADRES JURIDIQUES DE L'OBLIGATION DE SOINS :

L'objectif d'accès aux soins pour les usagers de substances psychoactives présentés à la justice existe depuis longtemps dans le système français. Il est clairement affiché pour les usagers de stupéfiants dans le cadre de la loi du 31 décembre 1970, qui sanctionne l'usage illicite de stupéfiants mais prévoit également la non poursuite des usagers qui acceptent de se soumettre à des soins dans le cadre d'une mesure d'injonction thérapeutique. Divers autres textes législatifs prévoient également la possibilité pour les juridictions de prononcer des obligations de soins, quelles que soient la nature de l'addiction et de l'infraction commise.

Dans ce cas, l'obligation de soins ne se substitue plus à la mesure pénale mais en devient une modalité d'exécution.

Quels sont donc les divers cadres juridiques de ces mesures ?

Une première distinction peut s'opérer entre mesures judiciaires applicables aux majeurs ou aux mineurs ; encore certaines mesures concernent-elles les deux types de population.

Aussi préfère-t-on généralement tracer la ligne de partage entre les mesures pré et postsentencielles, ainsi nommées selon qu'elles sont ordonnées *avant* le jugement de condamnation ou *au moment de celui-ci, voire après son prononcé*.

Avant même de parler de mesures présentencielles, il faut enfin envisager le cas des alternatives *aux poursuites* (à ne pas confondre avec les alternatives à *l'incarcération*).

A) les alternatives aux poursuites :

Leur but est d'éviter à l'auteur des faits tant un jugement parfois lourd de conséquences qu'un classement « sec » pouvant générer ou renforcer un sentiment d'impunité ; elles s'adressent donc essentiellement aux primo-délinquants.

Certaines de ces mesures peuvent s'appliquer à la plupart des délits - y compris l'usage de stupéfiants : c'est le cas par exemple de la médiation pénale, ou encore du « rappel à la Loi » notifié par un magistrat du parquet ou un délégué du procureur - c'est à dire un particulier choisi pour ses compétences, qui n'est pas magistrat professionnel ni ne fait même fonction de magistrat mais est chargé au nom de la Loi de porter la parole du procureur de la République.

D'autres mesures, en revanche, sont exclusivement réservées à des sujets auxquels n'est reproché que l'usage de produits stupéfiants, à l'exclusion de toute autre infraction ; outre un nécessaire rappel de la Loi, ces mesures-là doivent intégrer une démarche d'information dans le domaine de la Santé.

Quelles sont donc ces mesures spécifiques ?

L'alternative aux poursuites explicitement réservée par la Loi à la consommation de produits illicites est bien sûr l'*injonction thérapeutique* ; mais à côté de cette mesure inscrite dans le Code de la Santé Publique, les besoins apparus au quotidien vis-à-vis des usagers de cannabis ont fait naître une seconde mesure appelée « *injonction de soins* » .

• l'injonction thérapeutique :

Le code de la Santé Publique punit théoriquement l'usage illicite de stupéfiants – sans distinguer selon les drogues ni les circonstances de l'usage - de peines d'un an d'emprisonnement et 3750 euros d'amende. La loi vient néanmoins tempérer cette rigueur en offrant au parquet la possibilité de notifier à l'usager une injonction thérapeutique : autrement dit l'injonction de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale dans les conditions que prévoit ce même code.

Si l'utilisateur accepte la mesure, se conforme sous contrôle de la DDASS au traitement qui lui a été prescrit et le suit jusqu'à son terme, il n'y aura aucune suite pénale ; en revanche, en cas d'échec total ou partiel de la mesure (= non suivi des soins et/ou renouvellement de l'infraction) le parquet recouvre toute latitude de poursuivre ou non l'infraction.

• **l'injonction de soins :**

Il s'agit d'une création purement prétorienne, et calquée à grands traits sur l'injonction thérapeutique. Notifiée, selon les cas, par un magistrat du parquet, un officier de police judiciaire agissant sur ses instructions ou encore un délégué du procureur (toujours sur réquisitions du parquet) cette injonction peut revêtir deux formes, à potentiel coercitif inégal : le classement-orientation et le classement sous condition.

Le classement- orientation (réservé aux usagers non réguliers et en tout cas non dépendants) :

Le respect de l'injonction consiste ici, pour celui qui en fait l'objet, à se rendre dans une structure de lutte contre la toxicomanie (en pratique, une des structures avec lesquelles le Tribunal est lié par conventions), où lui sera simplement dispensée une information sur les dangers de la substance interdite et autres choses à savoir sur le sujet ...

Le classement sous condition (réservé aux cas plus « lourds »)

L'utilisateur devra cette fois se rendre dans la structure précédemment désignée pour y recevoir les soins qu'elle jugera appropriés à son état.

Le respect des démarches contenues dans l'injonction quelle qu'elle soit (injonction thérapeutique ou injonction de soins) entraîne le classement sans suites de la procédure ; en revanche - et tout en tenant compte du profil du délinquant, de ses éventuels antécédents ... et du degré d'encombrement de la juridiction compétente, leur non-respect, même partiel, peut se traduire par une citation devant le Tribunal correctionnel ou le Tribunal pour Enfants ; on passe en ce cas à la phase de jugement et donc aux mesures postsentencielles.

B) Mesures présentencielles alternatives à l'incarcération : les obligations du contrôle judiciaire :

Sauf en cas de crime (où la saisine du juge d'instruction est obligatoire) et exception faite - dans les grandes lignes - du cas des délinquants mineurs, cette phase est *facultative* ; quand elle est retenue, elle s'organise de la façon suivante :

◆ Dans un certain nombre de procédures, le procureur de la République peut décider d'ouvrir une information judiciaire (plus couramment appelée instruction) qu'il confiera au juge du même nom.

Dans le cadre de cette instruction, en fonction de critères ayant trait tant aux nécessités de l'enquête qu'à l'intérêt de la société ou du mis en examen, pourra à titre de mesure de sûreté être ordonnée une mesure de **contrôle judiciaire**.

Toujours ordonnée par un magistrat du siège (juge d'instruction, juge des enfants ou juge des Libertés et de la détention) cette mesure permet à un délinquant non encore jugé d'éviter la détention provisoire moyennant le respect de certaines obligations, *au nombre des quelles peut figurer un volet sanitaire sous forme d'obligation de soins*.

Le code de procédure pénale définit l'obligation de soins en les termes suivants : « *se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, aux fins de désintoxication* ».

Le texte ne se prononçant pas sur la question, le choix du médecin ou du service de soins peut être fixé par le juge ou laissé à la discrétion du mis en examen ; il est en revanche d'usage de laisser le service de soins décider de la forme plus ou moins contraignante que devra revêtir la mesure (examen, traitement, hospitalisation ...).

Au cours de l'instruction puis dans l'attente de son jugement, et si le juge l'estime utile, la personne poursuivie devra régulièrement rencontrer un contrôleur judiciaire : membre d'une association placée sous l'autorité du magistrat ayant ordonné la mesure, ce travailleur social est chargé de vérifier le bon déroulement de celle-ci ; dans le cas d'une obligation de soins, le contrôleur judiciaire se fera remettre par le « contrôlé » tous justificatifs utiles de sa prise en charge par une institution ou association X ou Y et, le cas échéant, entrera lui-même en contact avec celle-ci .

Durant toute l'instruction puis à l'issue de celle-ci, le contrôleur judiciaire devra remettre au juge des rapports de suivi - favorables ou non - dont le Tribunal sera naturellement porté à tenir compte dans l'appréciation de la peine à prononcer.

Si par ailleurs, au cours même de l'instruction, le rapport s'avère réellement défavorable, le juge d'instruction peut enfin saisir le juge des Libertés et de la détention pour lui demander la révocation du contrôle judiciaire – ce qui se traduira par l'incarcération du mis en examen.

◆ en l'absence d'ouverture d'une information judiciaire (procédure choisie de nos jours le plus rarement possible car très lourde et coûteuse en personnel et moyens financiers), un contrôle judiciaire peut également être ordonné dans le cadre de la procédure dite de *comparution sur procès-verbal* ; il est fait recours à cette procédure en cas d'enquêtes traitant de faits moins complexes, mais présentant les caractéristiques suivantes :

- le mis en cause est majeur ;

- sans qu'il soit pour autant totalement désinséré sur le plan social, son profil psychologique ou médical, ou encore le contexte de l'infraction peuvent laisser redouter une réitération des faits en l'absence de tout suivi ;

- les actes lui étant reprochés présentent enfin un certain degré de gravité : tout en n'étant pas assez graves ou complexes pour justifier l'ouverture d'une information judiciaire avec réquisitions d'envoi en détention, ni même pour susciter la comparution *immédiate* du fauteur de troubles devant ses juges, ces faits paraissent donc relever d'un jugement à brève échéance.

A l'issue de sa garde-à-vue, le justiciable sera alors présenté au parquet, où le procureur lui notifiera les charges retenues à son encontre et la date à laquelle il devra comparaître devant le Tribunal correctionnel ; mais, avant de remettre l'individu en liberté, le procureur le fera traduire devant le Juge des Libertés en requérant son placement sous contrôle judiciaire.

Cette procédure peut s'avérer intéressante dans le cas, par exemple:

- d'un trafic (pas trop important) de cannabis imputable à un gros usager revendeur ;
- de conduites ou accidents de la circulation commis sous l'empire d'un état alcoolique, avec alcoolémie importante mais commises par des primo délinquants en la matière;
- de violences conjugales imputables à des hommes par ailleurs socialement insérés ; si cela s'avère utile, le contrôle judiciaire permet ainsi d'interdire jusqu'au jugement le domicile familial au mari ou compagnon brutal ; mais aussi et surtout – que la victime souhaite ou non poursuivre la vie commune, un contrôle judiciaire ordonné en pareil cas permettra d'ordonner une obligation de soins.

Un bémol néanmoins : la brièveté de l'échéance légalement prévue pour la date d'audience dans le cas d'une comparution sur procès-verbal (c'est-à-dire deux mois maximum) ne permet pas de mettre en place un suivi réellement probant dans ce délai.

Mais le Tribunal pourra alors, s'il l'estime utile, ordonner la poursuite de l'obligation de soins dans le cadre de mesures postsentencielles.

C) L'après jugement : les mesures postsentencielles alternatives à l'incarcération :

• l'ajournement avec mise à l'épreuve :

Cette forme procédurale est réservée aux affaires où il apparaît que « *le reclassement du coupable est en voie d'être acquis, (...) le dommage causé (...) en voie d'être réparé, et que le trouble résultant de l'infraction va cesser* ».

Si ces conditions sont réunies, le code pénal autorise le Tribunal ayant statué sur la culpabilité du prévenu à ne pas prononcer immédiatement de sanction mais à ajourner le prononcé de la peine pour donner à l'intéressé une chance de se ressaisir – par exemple en indemnisant sa victime ; l'affaire est alors renvoyée à une (voire deux ou trois) audience(s) ultérieure(s), la décision définitive sur la peine devant intervenir au plus tard un an après la première décision d'ajournement .

Dans l'attente de l'audience à venir la juridiction peut en outre placer le prévenu sous le régime de la mise à l'épreuve : lequel peut inclure une obligation de soins, comme nous allons le voir à propos du sursis avec mise à l'épreuve

Si le prévenu satisfait aux obligation de l'ajournement et de la mise à l'épreuve, -donc, dans le cas qui nous intéresse, s'il a respecté son obligation de soins – le Tribunal pourra carrément et en toute légalité dispenser l'intéressé de peine.

• l'emprisonnement assorti d'un sursis avec mise à l'épreuve

Il est applicable aux condamnations à l'emprisonnement prononcées pour une durée maximale de cinq ans .

La juridiction qui prononce une telle peine peut ainsi ordonner qu'il sera partiellement ou totalement sursis à l'exécution de celle-ci, la personne physique condamnée étant placée sous mise à l'épreuve durant un délai fixé par le Tribunal, mais qui ne peut légalement être inférieur à 18 mois ni supérieur à 3 ans.

Les obligations *générales* du sursis avec mise à l'épreuve consistent à ne pas commettre de nouvelle infraction dans le temps de l'épreuve, et à se soumettre aux mesures de contrôle prévues par la loi (répondre aux convocations du juge d'application des peines et du SPIP, prévenir l'un ou l'autre en cas de déplacement lointain, de changement de résidence ou de perte d'emploi, etc ...).

Mais, outre ces obligations générales, le code pénal prévoit également que la juridiction de jugement ou, ultérieurement, le juge d'application des peines peut imposer au condamné l'observation d'une ou plusieurs obligations *particulières*, notamment une obligation de soins ; obligation définie dans les mêmes termes qu'en matière de contrôle judiciaire (= « *se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation* »).

Tout comme la personne placée sous contrôle judiciaire se trouve sous surveillance du contrôleur - mais bénéficie aussi de toute son assistance sociale -, la personne condamnée se verra ainsi, sous l'égide du juge d'application des peines, placée sous surveillance et assistance d'un travailleur social du SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) qui fera au magistrat des rapports réguliers l'informant du déroulement de la mesure.

Si tout se passe bien, le condamné n'aura pas à purger la peine d'emprisonnement infligée par le Tribunal (laquelle sera même déclarée « non avenue ») ou n'aura à effectuer que la partie non assortie du sursis avec mise à l'épreuve ; en cas contraire, le juge d'application des peines pourra saisir le Tribunal correctionnel aux fins de révocation totale ou partielle du sursis.

● le travail d'intérêt général (TIG) ou sursis TIG :

Il s'agit d'une peine alternative à l'emprisonnement consistant à effectuer un travail non rémunéré (de 40 à 240 heures selon les cas) au profit d'une collectivité publique ou d'une association habilitée.

Cette sanction peut à double titre intéresser le champ addictif :

- de par sa valeur éducative le TIG – qui revêt parfois la forme d'un module ou stage « alcool » - convient, de fait, assez bien au cas de prévenus socialement insérés qu'une addiction non encore trop sévère a conduit sur la pente de la délinquance.

Il peut être en lui-même une peine alternative à l'incarcération, dont l'éventuel irrespect (qui constitue une infraction distincte, passible en tant que telle d'une peine d'emprisonnement) entraînera des poursuites de la part du procureur.

Mais les juges préfèrent le plus souvent le prononcer sous forme de « sursis TIG » : il constitue alors une modalité particulière d'une peine d'emprisonnement prononcée par le Tribunal.

Ce dernier infligera par exemple une peine de « trois mois d'emprisonnement assortis d'un sursis comprenant l'obligation d'accomplir un TIG de 150 heures », ce qui voudra dire qu'en cas de non respect de cette obligation, juge d'application des peines et procureur saisiront ultérieurement le Tribunal d'une demande de révocation du sursis.

- en plus de l'obligation d'accomplir le travail proprement dit, le Tribunal prononçant un « sursis TIG » peut d'autre part, dans le cadre de ce dernier, fixer à la personne condamnée certaines obligations du sursis avec mise à l'épreuve – au nombre desquelles l'obligation de soins.

Tel est donc le régime juridique de l'hydre aux cent têtes appelée « obligation de soins » ; il n'est, cela étant, pas impossible que dans les mois ou années à venir ce régime soit partiellement remanié dans le fond et, en tout cas, notablement bouleversé dans la forme.

Un avant-projet de loi (à notre connaissance, toujours à l'étude actuellement et n'ayant pas recueilli l'adhésion de tous les ministères concernés dont en tout cas le ministère de la Santé) prévoit en effet d'unifier le régime de l'obligation de soins en instituant des injonctions thérapeutiques d'un nouveau genre.

S'il venait à voir le jour, le texte en question :

- rebaptiserait sous le terme générique d'*injonction thérapeutique* tant les injonctions thérapeutiques *stricto sensu* (c'est à dire l'alternative aux poursuites offerte aux parquets par la loi du 31 décembre 1970) que les obligations de soin pouvant, *à tous stades de la procédure, mais une fois les poursuites engagées par le parquet*, être ordonnées par les divers magistrats du siège (juge d'instruction, JLD, président(e) de Tribunal correctionnel, juge d'application des peines) ;

- instaurerait un dispositif de médecins-relais chargés, pour toute injonction thérapeutique - au sens nouveau du terme - ordonnée par l'autorité judiciaire, d'apprécier l'opportunité médicale de la mesure puis d'en contrôler le suivi ;

- ouvrirait le bénéfice des injonctions thérapeutiques *stricto sensu* aux délinquants connaissant un problème d'alcool, quitte à intégrer l'injonction thérapeutique « loi de 1970 » dans le catalogue des mesures que peut comprendre une composition pénale.

2) EXEMPLES D'ACTION DIGNES D'INTERET MENEES DANS CERTAINS DEPARTEMENTS :

■ En ARIEGE , à l'occasion des audiences correctionnelles où l'on juge les auteurs de conduite sous l'empire d'un état alcoolique, se tient dans les locaux mêmes du tribunal de grande instance une action originale de sensibilisation aux dangers de l'alcool.

Convoquées par les services du tribunal une heure avant l'audience correctionnelle, les personnes mises en cause y reçoivent, sur la base du volontariat, une information collective sur la consommation d'alcool, les dangers qu'elle présente au volant, l'accès aux soins et la prévention de la récidive.

■ Dans la DROME, on assiste à l'expérimentation de bilans alcoologiques effectués après l'interpellation pour conduite sous l'empire d'un état alcoolique de justiciables présentant une alcoolémie supérieure à deux grammes par litre.

Les personnes sont reçues dans des locaux « Justice »: tribunal ou MJD (maison de la Justice et du droit).

Les conclusions de l'entretien d'évaluation de la situation sociale du mis en cause et de sa consommation d'alcool sont ensuite transmises au Tribunal correctionnel, accompagnées d'une proposition.

■ Dans le RHONE, en partenariat avec la PJJ et dans le cadre de mesures dites « de réparation », l'ANPAA mène une action de sensibilisation aux risques des conduites addictives *en général*. Ce programme - qui vise donc des sujets mineurs d'âge - s'organise selon deux axes distincts :

- de jeunes consommateurs, orientés par le Tribunal pour enfants ou la MJD locale, bénéficient d'une part de séances de sensibilisation en deux phases dans les locaux du centre ANPAA du département ;

- des actions collectives sont également menées dans les établissements de la PJJ.

■ A PARIS, une action originale dite «MIN RISK » est menée par un CSST en direction :

- des mineurs faisant l'objet d'une mesure de protection suite à un signalement administratif ou judiciaire, et relevant à ce titre de la PJJ ou de l'ASE ;

- des mineurs et jeunes majeurs faisant l'objet de mesures judiciaires ordonnées par les magistrats du Tribunal pour enfants de PARIS et confiées aux services de la PJJ du secteur public et du secteur associatif habilité ;

Cette action a pour objet l'évaluation des conduites à risques - dont la consommation de substances psychoactives ; à l'issue de l'évaluation, l'association propose une orientation vers un autre service (hôpital, médecine de ville, service social) ou un suivi au sein de sa propre structure, dans une perspective thérapeutique comprenant le cas échéant un suivi médical, un accompagnement psychologique individuel, et des consultations familiales ou encore la participation éventuelle, après acceptation du «jeune», aux ateliers de communication mis en place à l'unité de prévention de l'association.

■ Dans le droit-fil des recommandations du plan triennal 1999/2000/2001 se tiennent enfin dans les juridictions de divers départements - mais, semble-t-il, sous des formes et appellations parfois distinctes - des permanences d'orientation sociale et sanitaire dites POSS. Conçues comme des outils d'aide à la décision des magistrats confrontés à un délinquant consommateur de drogue(s) et/ou d'alcool, ces structures permettent de proposer aux substituts de permanence comme à leurs collègues du siège (juge d'instruction, juge des libertés et de la détention, juge du Tribunal correctionnel ...) :

- une évaluation leur permettant la mise en oeuvre éclairée de mesures alternatives à l'incarcération,

- ainsi qu'un avis sur le suivi sanitaire *ad hoc* dont paraît relever le mis en cause.

Parfois cette permanence offre même un « service après-vente » en assurant l'accompagnement et l'orientation des personnes impliquées vers les structures de soins choisies.

NB) D'autres permanences « sanitaires » n'ont pas pour but d'éclairer la décision des magistrats mais au contraire d'orienter vers une structure de soins des sujets que leur envoient lesdits magistrats ou leurs collaborateurs.

Au travers des documents que vous m'avez envoyés, j'ai trouvé ici et là quelques exemples pertinents de mise en oeuvre de telles permanences. Ainsi :

- Au tribunal de grande instance de MARSEILLE, une « permanence toxicomanie » permettant d'accueillir en urgence tout toxicomane orienté par un service de Justice est assurée en semaine par deux éducateurs spécialisés en provenance d'un CSST.

Le public concerné est envoyé aux travailleurs sociaux soit par le service des enquêtes rapides de personnalité du tribunal, soit par les délégués du procureur.

- A REIMS, une POSS à part entière accueille aussi bien des personnes en difficulté avec l'alcool que des usagers de stupéfiants ; son avantage spécifique est surtout d'avoir été médicalisée par l'emploi à mi-temps d'un médecin contractuel formé aux pratiques d'addictologie : ce qui permet de réaliser une évaluation clinique du comportement du justiciable et donc de proposer au juge une recommandation quant au type d'intervention souhaitable, en fonction de la sévérité de la conduite addictive et de l'existence ou non d'une dépendance.

- Dans d'autres juridictions, comme ANNECY, ont été systématisées des enquêtes rapides présentencielles avec proposition de suivi préalablement au jugement des infractions de conduite sous l'empire d'un état alcoolique, voire – point à éclaircir – au jugement de l'ensemble des délits commis sous l'empire d'un état alcoolique.

Ces enquêtes sont effectuées par un travailleur de l'ANPAA opérant en binôme avec un représentant de l'association localement chargée des enquêtes de personnalité.

- Dans un ressort géographique voisin (CHAMBERY) a été instauré un dispositif similaire mais allant au-delà de la simple aide à la décision car il permet un accompagnement et une orientation des personnes mises en cause vers les structures de soins concernées.

*
* *

Autant d'exemples d'initiatives à la fois originales et pertinentes, illustrant parfaitement les orientations que préconise la MILDT à ce jour.

Pour vous aider à les mettre en œuvre, aplanir les difficultés résiduelles pouvant subsister entre services et travailler le cas échéant à l'élaboration du cahier des charges suggéré par la circulaire « Justice », se réunira dans quelque temps sous l'égide de la MILDT un groupe de travail majoritairement composé d'acteurs de terrain représentant les différents partenaires institutionnels ou associatifs impliqués dans le dispositif des CDO.