



Strasbourg, 30 novembre 2007

P-PG-CJ(2007)21_fr

**TRAITEMENT SOUS QUASI-CONTRAINTE
DES ADULTES DELINQUANTS TOXICOMANES**

**LIGNES DIRECTRICES RELATIVES A L'APPLICATION
DU TRAITEMENT SOUS QUASI-CONTRAINTE**

Etabli par
Tim McSweeney (consultant)

<http://www.coe.int/pompidou>

Le présent document fait la synthèse des principales conclusions d'une conférence sur le recours aux traitements sous quasi-contrainte (TQC) et aux autres alternatives à l'incarcération pour les délinquants toxicomanes, conférence qui s'est tenue à Bucarest (Roumanie) les 11 et 12 octobre 2007. Plus de 25 exposés y ont été présentés par des participants venus de plus de 10 pays européens. Parmi les nombreux thèmes et questions abordés figuraient les suivants :

- Les avantages du TQC
- Les récentes données attestant de l'efficacité du TQC
- L'existence et le recours à ces mesures en Europe
- Le rôle du TQC dans la désintoxication et la sortie de la délinquance
- Les questions éthiques et pratiques d'actualité.

Avantages du traitement sous quasi-contrainte

La population carcérale a connu une croissance exponentielle dans de nombreux pays européens ces dernières années. Les données de 28 pays montrent qu'en septembre 2005, le système pénitentiaire fonctionnait au maximum ou au-delà de ses capacités dans plus de trois quarts d'entre eux (n=22) (1). Cette augmentation serait en grande partie attribuable à la délinquance liée à la drogue. Par exemple, en Angleterre et au pays de Galles (qui présente le taux d'incarcération le plus élevé d'Europe occidentale), il est estimé qu'en permanence, plus d'un tiers des 327 000 habitants considérés comme toxicomanes purgent une peine privative de liberté ou une peine de travaux d'intérêt général, ce qui représente plus de la moitié des cas pris en charge par les services pénitentiaires (2).

Par ailleurs, il est de plus en plus patent – et ce constat est particulièrement frustrant – que les sanctions et réponses conventionnelles n'ont guère d'effet dissuasif sur l'usage de drogues et la délinquance qui y est associée : en effet, deux tiers des détenus anglais et gallois ont récidivé dans les deux ans suivant leur libération en 2004 ; ce chiffre était encore plus élevé chez les jeunes délinquants (3).

En outre, si la détention peut être rendue plus efficace, elle a peu de chances de devenir une solution rentable. L'Angleterre et le pays de Galles ont construit 26 nouvelles prisons entre 1995 et 2005. Cette capacité, renforcée de plus de 12 000 places, représentait un coût équivalant à 1,78 milliards d'euros (4). Le coût moyen de l'utilisation d'une place dans une prison construite entre 2000 et 2004 est estimé à 139 000 € (pour les prisons construites depuis cette date, il faut ajouter 28 000 € à cette somme) (5). Etant donné le coût élevé de la construction et de l'utilisation des places de prison, le recours à un TQC (estimé à 9 500 € par unité) est une solution plus économique que la détention, avec moins d'effets négatifs (6).

Partant, il existe des arguments de poids au plan pratique, économique et social en faveur de la mise en place et de la multiplication des TQC et des autres alternatives à l'incarcération.

Preuves de l'efficacité du traitement sous quasi-contrainte

Nous disposons au niveau européen de plus en plus de données – concordant avec les conclusions des publications issues de la recherche nord-américaine – qui laissent à penser que les formes de traitement « forcé » de la toxicomanie mises à disposition par l'intermédiaire du système de justice pénale en tant qu'alternative à l'incarcération s'avèrent efficaces pour réduire la consommation de substances, les risques liés à l'injection ainsi que les comportements délinquants, et améliorer l'insertion sociale.

Les participants à la conférence ont évoqué les résultats d'études récentes selon lesquels le traitement « forcé » de la toxicomanie, s'il est suivi dans les mêmes services, peut être aussi efficace que le traitement « volontaire » (voir résultats de l'étude sur les traitements sous quasi-contrainte en Europe) et la détention classique (évaluation du programme SOV aux Pays-Bas) (7, 8).

Dans les deux études, les améliorations les plus notables ont été enregistrées dans les groupes TQC, pour une large part en raison de leur mauvais pronostic à l'admission au traitement. La principale conclusion de ces nouveaux résultats de recherche n'est pas que « la coercition fonctionne », mais plutôt que certaines formes de traitement de la toxicomanie, si elles sont coordonnées et dispensées de manière adéquate, peuvent être une alternative viable et efficace à l'incarcération.

Recours au TQC en Europe

L'ONU (9) et l'UE (10) se montrent favorables au recours au TQC et aux autres alternatives à l'incarcération. S'il apparaît que la plupart des pays suivent cette approche, il y a toutefois peu de données probantes sur la nature et l'étendue du recours à ces mesures. En outre, il semble que l'efficacité et l'utilité des TQC (mesurées par les taux de réussite) varient considérablement au sein d'un même pays et d'un pays à l'autre (10). Les présentations et échanges de vues qui ont eu lieu au cours de la conférence semblent indiquer que la façon dont sont mis en œuvre et dispensés les TQC détermine en grande partie leurs résultats. Ces variations peuvent s'expliquer par divers facteurs dynamiques et interdépendants, parmi lesquels :

- Les différences de profil et de caractéristiques des personnes soumises à un TQC.
- Les variations sur le plan de la qualité, de l'offre et de la mise en œuvre des TQC (au sein d'un même pays et d'un pays à l'autre).
- Le cadre du traitement (traitement ambulatoire ou en institution).
- L'approche thérapeutique (traitement orienté sur l'abstinence ou sur la réduction des risques).
- La capacité d'ajustement du traitement aux différents groupes d'utilisateurs (femmes, consommateurs de crack/cocaïnomanes, populations immigrées).
- Les pratiques coercitives (la manière dont les différents pays réagissent en cas d'inobservation du traitement).

Désintoxication, sortie de la délinquance et rôle du TQC

D'importants éléments d'information issus des publications plus générales relatives à la sortie de la criminalité et à l'abus de substances psychotropes présentent également un intérêt pour le débat sur les usages et limitations des solutions de traitement sous quasi-contrainte (11). Ceux-ci ont été présentés tout au long de la conférence et se traduisent globalement par les principes suivants :

- La désintoxication et la sortie de la délinquance sont des processus, pas des événements.
- La disposition de chacun à changer varie et les interventions doivent continuellement susciter et entretenir la motivation des patients.
- Les mentalités et croyances jouent un rôle important dans les changements de comportement, tant pour ce qui est de les favoriser que de les empêcher.
- Il importe également de s'attaquer aux problèmes sociaux ; les interventions doivent : (i) doter les délinquants toxicomanes de nouvelles compétences et (ii) leur donner la possibilité de les mettre en pratique.

Par souci de concision, seuls le premier et le dernier point seront examinés en détail ici.

L'une des conséquences à tirer du premier principe est qu'il y a lieu de rester pragmatique dans toute discussion sur l'abus de substances psychotropes, la délinquance qui y est associée et nos réponses à ces phénomènes. La recherche indique que les mécanismes par lesquels les toxicomanes sortent de leur dépendance et de la délinquance sont effectivement des processus de longue haleine et non des événements pouvant être orchestrés facilement. Malgré les centaines de millions investis ces dernières années pour le développement et l'amélioration de l'offre de traitement de la toxicomanie en Angleterre, les taux de réussite des programmes sont toujours aussi bas : ainsi, sur les 126 000 toxicomanes ayant bénéficié d'une prise en charge en 2003, la plupart (71%) ne sont pas

allés jusqu'au bout de leur traitement (12). Les informations apportées par l'Etude nationale sur les résultats des traitements (NTORS) ont permis de déterminer l'efficacité et la rentabilité du traitement de la toxicomanie en Angleterre. Quarante pour cent des personnes recrutées pour l'étude en 1995 consommaient toujours de l'héroïne trois à quatre ans après (13). Plus récemment, une étude a conclu que moins de dix pour cent des toxicomanes écossais ayant bénéficié d'un accompagnement ne consommaient plus de drogues près de trois ans après la prise en charge, bien que la plupart visaient l'abstinence lorsqu'ils avaient contacté les services compétents (14). Cela étant, dans ces deux études, la diminution la plus importante de l'usage de drogues illicites a été constatée chez les patients ayant bénéficié d'une prise en charge en institution. En ce qui concerne la sortie de la délinquance, un simple coup d'œil aux taux de récidive officiels suffit pour se faire une idée de la question. Comme indiqué ci-dessus, en Angleterre et au pays de Galles, deux tiers (65%) de l'ensemble des détenus sont condamnés dans les deux ans suivant leur libération, contre la moitié (51%) de ceux placés sous la surveillance des services de probation (15). Les taux de récidive des toxicomanes sous surveillance des services pénitentiaires britanniques étaient également élevés (74%), mais identiques à ceux des toxicomanes sous traitement classique dans le cadre de la NTORS (74%) (16, 17). Le taux de récidive à deux ans pour le groupe de délinquants toxicomanes condamnés à un TQC est encore plus élevé (82%) (18).

Pour les questions qui nous occupent ici, il s'agit davantage de gérer les attentes que de les diminuer, eu égard aux changements permanents dans l'organisation et l'offre de traitement de la toxicomanie ainsi que la surveillance par la justice pénale dans certains pays, et à l'augmentation de la population carcérale dans la plupart d'entre eux.

La recherche menée jusqu'à présent met bien souvent en évidence la capacité limitée des solutions de TQC à agir sur les facteurs sociaux et environnementaux plus généraux susceptibles de favoriser la toxicomanie et la délinquance, et leur tendance à maintenir l'exposition à d'autres formes d'exclusion sociale (logement inadéquat et besoins chroniques en matière d'éducation, de formation et d'emploi).

Hormis quelques exceptions notables (19, 20), les systèmes de TQC se caractérisent plutôt par un accès limité à des logements adéquats, de mauvaises relations avec les employeurs et un manque de compréhension des besoins du marché du travail local. Trop souvent, l'assistance postpénale est envisagée après coup.

Questions éthiques

Lors de la conférence, un certain nombre de questions d'ordre éthique ont été soulevées au sujet de la mise en place et la multiplication des solutions de TQC, parmi lesquelles les suivantes :

- Les principes de la justice distributive sont-ils respectés (par exemple éviter de déplacer les patients ne relevant pas de la justice pénale des services où ils sont traités, de nuire par inadvertance au traitement des usagers de services ne relevant pas de la justice pénale, ou encore de créer des incitations perverses à la délinquance en offrant un accès rapide au traitement pour les patients en provenance du système de justice pénale) ?
- La distinction entre traitement sous contrainte et traitement obligatoire devient-elle de plus en plus floue ? (ce dernier impliquant la suppression de tout choix et consentement, même limité, il présente un risque accru de conflit avec les normes éthiques pour la plupart des petits délinquants ayant commis une infraction dans un but de lucre)
- Est-il prévu que le patient puisse renoncer au TQC et opter pour la sanction conventionnelle ?
- Le fait de suivre un TQC garantit-il l'accès à un traitement ayant fait ses preuves et répondant aux besoins de différents types d'usagers (par exemple, les délinquants cocaïnomanes) ?
- Les principes de proportionnalité sont-ils respectés ? (le TQC est-il jugé trop interventionniste ou excessif compte tenu de la nature de l'infraction) ?
- Tous les systèmes de TQC apportent-ils des réponses appropriées/graduées aux écarts de conduite inévitables ? Le traitement sous quasi-contrainte laisse-t-il une marge de manœuvre suffisante pour réagir de manière constructive aux écarts répétés ?

- Privilégie-t-on trop la sanction en cas d'inobservation du traitement et pas suffisamment le recours aux mesures d'incitation et aux récompenses (conformément aux principes de renforcement positif ou de « gestion des éventualités » (*contingency management*) ?
- Quel rôle pourrait ou devrait jouer la victime dans le traitement sous quasi-contrainte ?

Questions pratiques

Outre ces considérations éthiques, des questions pratiques se sont posées en rapport avec la mise en œuvre, le développement et l'offre de solutions de TQC, parmi lesquelles les suivantes :

- Quels sont les obstacles à la mise en place de politiques et de pratiques fondées sur des données probantes ? Pourquoi le traitement sous quasi-contrainte est-il sous-utilisé dans certaines juridictions, en dépit de ses avantages, du soutien apporté par l'ONU et l'UE, et des premiers signes de son efficacité ?
- S'agissant de la capacité du système : le traitement sous quasi-contrainte est-il applicable à toutes les juridictions et dans tous les contextes ? Est-il universellement compatible avec les cadres juridiques/sanitaires existants ? Les infrastructures de traitement de la toxicomanie sont-elles suffisamment développées dans tous les pays européens pour permettre le développement du TQC ? Les systèmes actuels peuvent-ils absorber la demande supplémentaire que représenterait le TQC sans que cela nuise à l'offre de traitement conventionnelle ?
- Le traitement sous quasi-contrainte offre-t-il de véritables alternatives à l'incarcération ou sert-il simplement à élargir le champ d'intervention de la justice pénale ? (21)
- Comment les approches de justice pénale et de santé peuvent-elles concilier les objectifs potentiellement contradictoires du TQC (en fonction de l'orientation du traitement : réduction des risques ou abstinence) ?
- Quelles sont les meilleures stratégies pour cibler et identifier les personnes les plus susceptibles de retirer un avantage du TQC (par exemple en améliorant les mécanismes d'orientation et d'évaluation ou en assurant un accès rapide au traitement) ?
- Comment adapter au mieux les méthodes de TQC aux délinquants consommateurs de crack/cocainomanes ?
- Quels sont les meilleurs moyens de favoriser et de contrôler le respect du traitement sous quasi-contrainte (rôle du dépistage des drogues et du contrôle judiciaire ; possibilité de recours à la gestion des éventualités et aux récompenses/mesures d'incitation) ?
- Les méthodes de TQC permettent-elles de maintenir des partenariats efficaces entre les services de santé, de justice pénale et d'aide sociale (ces derniers ont-ils une connaissance suffisante des divers types de traitement sous quasi-contrainte, ont-ils les moyens de travailler suivant une approche multidisciplinaire et sont-ils acquis au principe du traitement sous quasi-contrainte) ?
- Quelles sont les répercussions à plus grande échelle – voulues ou non – sur les processus de santé et/ou de justice pénale (par exemple : augmentation de la population carcérale suite au non-respect du TQC, augmentation du temps d'attente pour bénéficier d'un traitement) ?
- Le TQC offre-t-il une véritable prise en charge globale au cours de la période de surveillance et au-delà (par exemple au moyen de liens avec les fournisseurs de logements, les organismes d'éducation, de formation et d'emploi et les services de santé mentale) ?
- Accorde-t-on suffisamment de ressources et d'importance au suivi et à l'évaluation des méthodes de TQC et de leurs résultats ? Dans la plupart des pays, on note un besoin urgent d'améliorer le suivi des capacités de traitement et des résultats, d'accroître les ressources pour un suivi à plus long terme des participants, d'avoir davantage recours aux groupes de

comparaison et de mener un travail plus qualitatif ; il importe également d'évaluer et de calculer le rapport coût-efficacité du TQC.

Le fil rouge de la conférence était la nécessité d'informer le public et les acteurs concernés de la « nature chronique de la toxicomanie, caractérisée par la rechute ». Etant donné les différents thèmes abordés ci-dessus, il importe de rester pragmatique quant aux résultats pouvant être obtenus grâce au TQC et aux autres alternatives à l'incarcération. La sensibilisation de la classe politique, des médias et du public à la nature et aux problèmes que pose le travail avec ce type de groupe réfractaire et la gestion de leurs attentes à ce propos, risquent d'être une tâche à la fois difficile et de longue haleine.

Recommandation

L'un des principaux enjeux de toute conférence est de diffuser ses enseignements et ses conclusions au-delà de ses participants. D'importantes questions se posent, et notamment celle de savoir s'il y a matière à :

- constituer un réseau en vue de l'élaboration de lignes directrices sur les bonnes pratiques en matière de TQC, à partir des nouveaux éléments obtenus au niveau international.
- mettre au point un programme de formation sur les questions relatives au TQC à l'intention des acteurs concernés.

La principale recommandation qui ressort de la conférence est que la plate-forme Justice pénale du Groupe Pompidou devrait examiner de manière plus approfondie la possibilité d'élaborer ces lignes directrices ou de développer cette formation.

Remerciements

Je tiens à remercier le Forum d'experts et le Secrétariat du Groupe Pompidou ainsi que l'Agence nationale de lutte contre la drogue de Roumanie pour m'avoir invité à rédiger la présente synthèse des débats de la conférence européenne sur les traitements sous quasi-contrainte et autres alternatives à l'incarcération.

Pour aller plus loin

Des informations complémentaires sur la conférence (programme complet et présentations, entre autres) sont disponibles à l'adresse :

<http://qctconference.org/home1.htm>

Tim McSweeney
Chargé de recherche principal
Institut de recherche sur la politique pénale
Ecole de droit, King's College Londres
(t) + 44 (0)207 848 1757
(e) tim.mcsweeney@kcl.ac.uk

Novembre 2007

Références

- (1, 6 et 7) Stevens, A. (2007), Pourquoi avons-nous besoin d'alternatives à l'emprisonnement ? Pourquoi avons-nous besoin du traitement quasi-forcé (TQF) ? Conférence européenne sur le traitement quasi-forcé et autres alternatives à l'emprisonnement, Bucarest, Roumanie, 11-12 octobre 2007
- (2) *National Offender Management Service* (2005), *Strategy for the Management and Treatment of Problematic Drug Users with the Correctional Service, Home Office* (ministère de l'Intérieur), Londres
- (3, 15, 18) Cunliffe, J. et Shepherd, A. (2007), *Re-offending of Adults: Results from the 2004 Cohort*, bulletin *Home Office Statistical Bulletin 06/07, Home Office* (ministère de l'Intérieur), Londres
- (4) Phillips, N. (2006), *Alternatives to custody – The case for community sentencing*, discours du Président de la Haute cour d'Angleterre et du pays de Galles (*Lord Chief Justice*) au centre de criminologie de l'université d'Oxford, 10 mai 2006
- (5) *Prison Reform Trust* (2007), *Bromley Briefings: Prison Factfile, May 2007*, Londres : *Prison Reform Trust*
- (8) Koeter, M.W.J. (2007) Evaluation des effets de la loi sur la réhabilitation de délinquants dépendants de drogue, Conférence européenne sur le traitement quasi-forcé et autres alternatives à l'emprisonnement. Bucarest, Roumanie, 11-12 octobre 2007
- (9) Bocai, A. (2007), Les alternatives à l'emprisonnement et le rôle des Nations Unies, Conférence européenne sur le traitement quasi-forcé et autres alternatives à l'emprisonnement, Bucarest, Roumanie, 11-12 octobre 2007
- (10) Hughes, B. (2007), Aperçu des dispositifs existant dans les Etats membres de l'Union européenne, Conférence européenne sur le traitement quasi-forcé et autres alternatives à l'emprisonnement, Bucarest, Roumanie, 11-12 octobre 2007
- (11) Pour des éléments de débat, voir Maguire, M. et Raynor, P. (2006), *How the Resettlement of Prisoners Promotes Desistance from Crime: Or Does It?*, revue *Criminology and Criminal Justice*, 6 (1): 19–38
- (12) *National Treatment Agency for Substance Misuse* (2005), *Statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS): 1 April 2003–31 March 2004*, Londres : *National Treatment Agency for Substance Misuse*
- (13) Gossop, M., Marsden, J. et Stewart, D. (2001), *National Treatment Outcome Research Study (NTORS) After Five Years: Changes in Substance Use, Health and Criminal Behaviour during Five Years after Intake*, Londres : *National Addiction Centre*
- (14) McKeganey, N., Bloor, M., Robertson, M., Neale, J. et MacDougall, J. (2006), *Abstinence and drug abuse treatment: Results from the Drug Outcome Research in Scotland study*, revue *Drugs: education, prevention and policy*, 13 (6): 537 – 550
- (16) Howard, P. (2006), *The Offender Assessment System: An evaluation of the second pilot*, rapport *Home Office Research Findings 278*, Londres : *Home Office*
- (17) Gossop, M., Trakada, K., Stewart, D. et Witton, J. (2006), *Levels of Conviction Following Drug Treatment: Linking Data from the National Treatment Outcome Research Study and the Offenders Index*, rapport *Home Office Research Findings 275*, Londres : *Home Office*
- (19) Pietsch, W. (2007), *L'après traitement et la réinsertion sociale*, Conférence européenne sur le traitement quasi-forcé et autres alternatives à l'emprisonnement, Bucarest, Roumanie, 11-12 octobre 2007
- (20) 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*, revue *The British Journal of Criminology*, 47 (3) : 470 – 490

(21) Connolly, J. (2007), Alternatives à l'emprisonnement en Irlande, Conférence européenne sur le traitement quasi-forcé et autres alternatives à l'emprisonnement. Bucarest, Roumanie, 11-12 octobre 2007