

La collection « Évaluation du Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002) » comporte six volumes et résulte des travaux d'évaluation réalisés dans le cadre du mandat confié, par la Mission interministérielle et son comité permanent interministériel à l'Observatoire le 26 septembre 2000.

Le plan triennal prévoyait l'évaluation de ses orientations gouvernementales. Les évaluations de programmes retenus ont été dirigées par l'OFDT en collaboration avec les institutions concernées et réalisées par des équipes indépendantes. Ces cinq évaluations spécifiques sont complétées par un rapport d'évaluation général rassemblant outre les apports de ces travaux, un ensemble d'informations de toute nature susceptibles de rendre compte des degrés de réalisation des actions programmées.

*Dans la même collection*

- ✓ Évaluation des programmes départementaux de prévention
- ✓ Évaluation du volet formation
- ✓ Évaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions
- ✓ Évaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18<sup>e</sup> arrondissement de Paris
  
- ✓ *Évaluation du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), rapport général*

# PROGRAMMES JUSTICE-SANTÉ

**Évaluation des conventions départementales  
d'objectifs**

---

Catherine GORGEON  
Etienne AUDEBRAND  
Christian MOUHANNA

# ÉVALUATION DES CONVENTIONS DÉPARTEMENTALES D'OBJECTIFS

---

## Comité de pilotage

Animé par :  
Cristina DÍAZ GÓMEZ (OFDT)  
Composé de :  
Sylvie STANKOFF (MILDT)  
Chantal RODIER-GUILPART (DAP)  
Brigitte DANY (DACG)  
Karine LABORDE (DACG)  
Laurent GOISLARD (DPJJ)  
Hélène MORFINI (DGS)

## Équipe d'évaluation

Catherine GORGEON (ACADIE)  
Etienne AUDEBRAND (ACADIE)  
Christian MOUHANNA (Centre de Sociologie  
des Organisations - CNRS)  
Henri BERGERON (Centre de Sociologie des  
Organisations - CNRS)  
Thomas MORNIERE (ACADIE)

## LE DISPOSITIF DES CONVENTIONS DÉPARTEMENTALES D'OBJECTIFS 9

|  |    |
|--|----|
| LE CADRE RÉGLEMENTAIRE ET HISTORIQUE DU DISPOSITIF   | 9  |
| <i>Les premières conventions à partir de 1993</i>  | 9  |
| <i>La relance de 1999</i>  | 10 |
| <i>Le financement des actions via des conventions de prestation</i>  | 11 |
| LES REGISTRES DE L'ÉVALUATION  | 12 |
| <i>Le caractère interministériel du dispositif implique un questionnement en cohérence à tous les niveaux de mise en œuvre</i>                   | 12 |
| <i>Des questionnements en terme d'effectivité et d'efficacité concernant l'évolution des politiques pénales et la prise en charge des PPSMJ.</i> | 14 |
| <i>La question de l'impact sur les bénéficiaires</i>   | 15 |

## LES TRAVAUX D'ÉVALUATION ET LEUR MÉTHODOLOGIE 17

|   |    |
|---|----|
| LES OUTILS UTILISÉS                         | 17 |
| LIMITES MÉTHODOLOGIQUES                     | 19 |
| <i>L'exploitation des dossiers MILDt</i>    | 19 |
| <i>L'exploitation des questionnaires</i>    | 20 |
| <i>L'exploitation des données chiffrées</i> | 22 |
| <i>L'enquête auprès des bénéficiaires</i>   | 22 |

## UN DISPOSITIF INTERMINISTÉRIEL MIS EN ŒUVRE AU NIVEAU DÉPARTEMENTAL : LA QUESTION DE LA COHÉRENCE DES OBJECTIFS POURSUIVIS 25

|   |    |
|---|----|
| LA COHÉRENCE NATIONALE DU DISPOSITIF                                      | 25 |
| QUELLE ARTICULATION AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS OU POLITIQUES PUBLIQUES ? | 27 |
| LA DÉCLINAISON LOCALE DES OBJECTIFS NATIONAUX                             | 29 |
| <i>Une reformulation locale des objectifs</i>                             | 30 |
| <i>Les publics ciblés : une CDO tous azimuts ?</i>                        | 32 |

|  |           |  |            |
|--|-----------|--|------------|
| <i>Le cadre judiciaire : l'accent sur l'incarcération</i>                    | 34        | <b>L'IMPACT DE CETTE PRODUCTION SUR LES PRATIQUES</b>                          | <b>75</b>  |
| <i>Des objectifs implicites : mise en réseau et sensibilisation</i>          | 35        | <b>UNE LECTURE DES PRATIQUES À TRAVERS LA TENSION ENTRE LOGIQUE DE GESTION</b> |            |
| RÉSUMÉ   | 36        | <b>DES FLUX ET LOGIQUE DE PRISE EN CHARGE</b>                                  | 75         |
| <b>LA MISE EN ŒUVRE DÉPARTEMENTALE</b>                                       | <b>37</b> | <b>TROIS CAS DE FIGURE DE LA RENCONTRE ENTRE CES DEUX LOGIQUES</b>             | 76         |
| LES SIGNATAIRES DES CDO  | 37        | <i>Des financements dilués</i>   | 77         |
| LES CONTEXTES DÉPARTEMENTAUX   | 38        | <i>Une montée en charge quantitative ou qualitative</i>                        | 78         |
| <i>La mise en œuvre des CDO</i>  | 39        | <i>L'organisation de filières</i>  | 81         |
| <i>Les problématiques traitées</i>   | 41        | <i>Les conditions de création et d'organisation des filières</i>               | 85         |
| <i>La constitution d'un marché</i>   | 43        | <b>OPPORTUNITÉS ET OBSTACLES À LA RENCONTRE ENTRE LES DEUX LOGIQUES</b>        | 91         |
| CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU FONCTIONNEMENT DES DISPOSITIFS LOCAUX          | 44        | <i>Acteurs et espaces de traduction</i>  | 91         |
| <i>Un pilotage partenarial jugé globalement satisfaisant par les acteurs</i> | 44        | <i>Les obstacles à la rencontre</i>  | 92         |
| <i>Diversité des partenaires impliqués au niveau du pilotage et du suivi</i> | 46        | RÉSUMÉ   | 97         |
| TROIS MODÈLES DE MISE EN ŒUVRE   | 47        | <b>L'IMPACT SUR LES PUBLICS</b>  | <b>99</b>  |
| <i>Le mode bureaucratique</i>  | 49        | LE PUBLIC POTENTIEL DES CDO EST DIFFICILEMENT CHIFFRABLE                       | 99         |
| <i>Le mode binaire</i>   | 50        | <b>L'IMPACT SUR LES SITUATIONS : LE POINT DE VUE DES BÉNÉFICIAIRES</b>         | 102        |
| <i>Le mode coopératif</i>  | 50        | <i>Les actions observées</i>   | 102        |
| DES SYSTÈMES EN ÉVOLUTION  | 51        | <i>L'impact en termes d'orientation</i>  | 107        |
| <i>La stabilité des personnels en question</i>                               | 52        | <i>L'impact en termes de prise en charge</i>                                   | 109        |
| <i>De l'importance des moyens</i>  | 52        | <i>L'impact en termes d'insertion</i>  | 112        |
| <i>L'irruption de l'alcool</i>   | 53        | <b>L'EFFICIENCE DU DISPOSITIF : LES CRÉDITS CDO FINANCENT-ILS UN SURCOÛT</b>   |            |
| <i>Les effets du traitement judiciaire rapide</i>                            | 54        | LIÉ À LA MISE EN ŒUVRE D'ACTIONS CONTRACTUALISÉES ?                            | 114        |
| <i>Les effets de la réforme des SPIP</i>                                     | 54        | RÉSUMÉ   | 117        |
| RÉSUMÉ   | 57        | <b>SYNTHÈSE CONCLUSIVE</b>   | <b>119</b> |
| <b>OPÉRATEURS MOBILISÉS, ACTIONS FINANCIÉES ET PUBLICS</b>                   |           | LA COHÉRENCE   | 119        |
| <b>PRIS EN CHARGE : LES RÉALISATIONS DES CDO</b>                             | <b>59</b> | <i>La cohérence nationale du dispositif</i>                                    | 119        |
| L'OFFRE DE PRESTATIONS ISSUE DES CDO   | 60        | <i>La déclinaison locale des objectifs</i>                                     | 119        |
| <i>Une capacité limitée à structurer l'offre</i>                             | 60        | <i>La question des moyens</i>  | 121        |
| <i>Une offre de prise en charge diversifiée</i>                              | 62        | <b>L'EFFECTIVITÉ</b>   | 122        |
| LES PERSONNES PRISES EN CHARGE DANS LE CADRE DU DISPOSITIF                   | 68        | <i>Modalités de suivi des réalisations</i>                                     | 122        |
| <i>La part croissante du présentiel</i>                                      | 68        | <i>Les réalisations effectives : actions développées</i>                       |            |
| <i>Le suivi des mineurs et des jeunes majeurs est peu développé</i>          | 70        | <i>et personnes prises en charge</i>   | 124        |
| <i>Les structures spécialisées dominent en nombre de prises en charge</i>    | 71        | <b>L'EFFICACITÉ</b>  | 125        |
| RÉSUMÉ   | 74        |  |            |

|  |            |
|--|------------|
| <i>L'impact sur les pratiques judiciaires</i>                                    | 125        |
| <i>L'impact sur les pratiques sanitaires</i>                                     | 128        |
| <i>L'impact sur les publics</i>  | 129        |
| <b>L'EFFICIENCE</b>  | 130        |
| <b>QUELLES PERSPECTIVES POUR LE DISPOSITIF CDO ?</b>                             | <b>133</b> |
| UN SYSTÈME INNOVANT ET AMBITIEUX CONFRONTÉ À SES LIMITES                         | 133        |
| MIEUX CIBLER LES OBJECTIFS ET RACCROCHER LE DISPOSITIF AUX POLITIQUES PÉNALES... | 133        |
| ... TOUT EN ASSOCIANC LES SERVICES DE POLICE ET DE GENDARMERIE                   | 134        |
| PERMETTRE LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE PARTENARIATS EFFECTIFS              | 135        |
| ACCENTUER L'ACCOMPAGNEMENT MÉTHODOLOGIQUE DES ACTEURS LOCAUX                     | 136        |
| <b>ANNEXES</b>   | <b>137</b> |
| ABRÉVIATIONS   | 139        |
| LEXIQUE  | 141        |
| SOURCES OFFICIELLES  | 147        |

## AVERTISSEMENT

*En raison du volume important représenté, les annexes complètes (liste ci-dessous) ne sont pas intégralement présentées dans cette version imprimée mais font l'objet d'une publication électronique complète (fichier pdf) accessible sur le site internet [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)*

ABRÉVIATIONS\*

LEXIQUE\*

SOURCES OFFICIELLES\*

EXPLOITATION DES DONNÉES MILDT (ANNÉE 2000)

BILAN MILDT (ANNÉE 2001)

TRIS À PLAT (MODALITÉS DE RÉPONSE)

(\* présentes dans cette version imprimée)

Ce rapport d'évaluation est organisé autour des principaux questionnements, arrêtés avec le comité de pilotage au moment de l'établissement du référentiel, qui ont guidé la démarche d'évaluation.

Ces questionnements sont rappelés dans le premier chapitre, qui retrace également l'historique et le cadre actuel du dispositif relatif aux conventions départementales d'objectifs. Le second chapitre est consacré à l'exposition de la méthodologie et décrit les différentes investigations menées et les outils utilisés. Après cette partie introductory sont présentés les résultats de l'évaluation.

Ainsi, dans le troisième chapitre, le dispositif est apprécié du point de vue de sa cohérence, à partir essentiellement de l'étude des dossiers conservés par la MILDt.

Les deux chapitres suivants portent sur l'effectivité du dispositif. Celle-ci est évaluée à la fois sous l'angle des processus de mise en œuvre, notamment du partenariat, et des réalisations concrètes.

Enfin, les deux derniers chapitres examinent l'efficacité des CDO, c'est-à-dire leurs effets tant du point de vue de l'évolution des pratiques pénales et sociosanitaires que de l'impact des actions sur le devenir des publics bénéficiaires.

Un volume d'annexes est joint à ce rapport. Il comprend : la liste des abréviations utilisées, un lexique des principaux termes juridiques utilisés et la liste des sources relatives à la prise en charge sanitaire et sociale des personnes sous main de justice, un bilan 2001 élaboré par la MILDt, les données mobilisées pour ce rapport, et enfin, les tris à plat du questionnaire.

## LE DISPOSITIF DES CONVENTIONS DÉPARTEMENTALES D'OBJECTIFS

---

### **LE CADRE RÉGLEMENTAIRE ET HISTORIQUE DU DISPOSITIF<sup>1</sup>**

Dans le cadre du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, l'OFDT s'est vu confier un mandat d'évaluation correspondant à la mise en place d'une démarche d'évaluation globale du plan triennal. Quatre priorités en guident l'évaluation pour les années 2001 et 2002. L'évaluation des conventions départementales d'objectifs justice-santé (CDO) constituant le dispositif national de coordination entre l'action judiciaire et l'action sanitaire est l'une d'entre elles. Le cahier des charges de l'évaluation rappelle le contexte institutionnel de ce dispositif.

### **Les premières conventions à partir de 1993**

Les conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie ont été mises en place à partir de 1993 (circulaire interministérielle du 14 janvier 1993), afin de permettre l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues et la promotion d'actions de prévention de l'usage de substances psychoactives dans le cadre de mesures judiciaires. Ces conventions proposent des réponses adaptées aux besoins identifiés dans les départements par les autorités judiciaires et les services du ministère de la Justice, conjointement avec les autorités sanitaires et en liaison étroite avec le chef de projet départemental « drogues et dépendances ». Il s'agit notamment d'assurer :

- le diagnostic, l'orientation et la prise en charge des usagers interpellés ;
- le classement sous condition ;
- les injonctions thérapeutiques ;

---

1. Ce chapitre reprend de larges extraits du cahier des charges de l'évaluation des CDO, produit par l'OFDT.

- la prise en charge des mineurs toxicomanes ;
- le contrôle judiciaire socio-éducatif ;
- les condamnations assorties d'une obligation de soins ;
- le développement du TIG adapté aux personnes dépendantes ;
- le développement de mesures d'aménagement de peines privatives de liberté ;
- les interventions en détention ;
- la prise en charge immédiate des sortants de prison.

Ces conventions sont signées par les préfets de département et par les procureurs de la République. Les chefs de projet départementaux « drogues et dépendances » sont chargés de la coordination et de l'animation du dispositif. Jusqu'en 1999, elles n'ont concerné que trente départements.

### La relance de 1999

En 1999, ce dispositif a évolué afin d'être étendu à tous les départements français<sup>2</sup> et inscrit dans le cadre renouvelé de la politique pénale à l'égard des usagers<sup>3</sup>. Cette évolution résulte de la volonté d'un renforcement du partenariat entre les autorités sociosanitaires départementales afin de favoriser les mesures alternatives aux poursuites, de systématiser l'orientation sanitaire et sociale des consommateurs de produits psychoactifs et d'améliorer la prise en charge des usagers de drogues à tous les stades de la procédure pénale.

La relance du dispositif en 1999 s'est aussi traduite par des évolutions en termes d'objectifs. La circulaire de 1993 était essentiellement centrée sur les mesures d'hébergement combinées à des modalités d'accompagnement sanitaire et social adaptées ainsi que sur la complémentarité des réponses à apporter aux usagers. La circulaire de 1999 est plus précise sur les objectifs tout en les complétant. En particulier, quatre axes de travail sont mis en avant : la mise en place de permanences assurant un diagnostic de la situation des usagers, la systématisation des interventions en détention, la définition de réponses spécifiques pour l'accompagnement des jeunes consommateurs, et le développement d'actions en direction des personnes alcooloo-dépendantes. Le public visé par le dispositif est ainsi élargi puisqu'il s'agit désormais de prendre aussi en charge des « usagers de drogues licites relevant de la justice », cette catégorie intégrant les « personnes alcooloo-dépendantes » (même si quelques actions en direction de ces publics ont pu être menées ça et là dans le cadre des CDO avant 1999).

2. Note d'orientation du 12 février 1999 de la MILDT et note du garde des Sceaux du 22 avril 1999.

3. Circulaire du ministère de la Justice du 17 juin 1999.

En juin 1999, le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances a repris ces principes en faisant de la réaffirmation de l'intégration de l'approche sanitaire dans la politique pénale un objectif essentiel de l'action publique. La généralisation des CDO et la mise en cohérence de celles-ci avec les autres outils de politique locale constituent des aspects essentiels de l'efficacité du dispositif national coordonné par un comité de pilotage où sont représentés le ministère de la Justice (DAGC, DAP, DPJJ), le ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DGS, et depuis 2000, DGAS) et la MILDT<sup>4</sup>.

### Le financement des actions via des conventions de prestation

Au-delà de la signature d'une convention départementale, l'opérationnalité du dispositif est assurée par la contractualisation avec des opérateurs (en majorité associatifs) sous la forme de conventions de prestation. Les actions éligibles concernent les projets demandant un effort particulier de la part de l'opérateur et qui, de ce fait, exigent un financement spécifique. En dehors de cette situation, chaque partenaire participe, avec son réseau d'opérateurs, à la réalisation des objectifs départementaux dans le cadre de ses missions et avec son budget de fonctionnement propres.

Ce partenariat est financé dans le cadre des crédits interministériels déconcentrés aux départements. Les crédits interministériels délégués par la MILDT au ministère de la Justice ont progressivement été redéployés vers le dispositif des CDO. Un réaménagement des crédits consacrés à l'injonction thérapeutique a également été prévu à cet effet. Par ailleurs, de 1998 à 2000, le fonds social européen (FSE) a contribué au financement de ces actions, dans la mesure où celles-ci incluaient une dimension de retour à l'emploi dans le cadre d'un programme conjoint MILDT/FSE décidé et géré au plan national. Depuis 2001, les crédits européens sont déconcentrés à l'échelle des préfectures de région et le financement européen de certaines actions du programme n'apparaît plus au plan national.

Les financements interministériels ont donc pour vocation de permettre une action concertée entre les acteurs de la justice et ceux du secteur sanitaire et social et de soutenir financièrement les coûts supplémentaires engendrés par la prise en charge des personnes placées sous main de justice<sup>5</sup>.

4. OFDT, Évaluation des conventions départementales d'objectifs justice-santé – Cahier des charges, avril 2001.

5. On pourra se reporter utilement à l'annexe Sources officielles qui liste l'ensemble des textes officiels relatifs aux conventions départementales d'objectifs et plus généralement à la question de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes placées sous main de justice.

## LES REGISTRES DE L'ÉVALUATION

Une série d'entretiens, réalisés au sein des directions de l'administration centrale concernées par le dispositif, a permis d'approfondir un ensemble de questions évaluatives qui ont été élaborées en collaboration étroite avec le comité de pilotage de l'évaluation. Les logiques d'action qui animent le dispositif (du fait de son caractère interministériel notamment), et les objectifs structurants attribués aux CDO, impliquent un ensemble de questionnements qui convoquent de façon différenciée et complémentaire les registres de la cohérence, de l'effectivité, de l'efficacité et de l'efficience.

### Le caractère interministériel du dispositif implique un questionnement en cohérence à tous les niveaux de mise en œuvre

Si le pilotage du dispositif des CDO est interministériel depuis les premières mises en œuvre expérimentales de 1993, les contours de cette interministérialité ont évolué. Ainsi, la première circulaire a été élaborée collectivement par le garde des Sceaux, le ministre de l'Intérieur, le ministre de la Défense, le ministre des Affaires sociales et de l'Intégration, le ministre délégué à la Santé et de l'Action humanitaire, le ministre de la Ville, le délégué général à la Lutte contre la drogue et la toxicomanie. Celle de 1999 est directement signée par la présidente de la MILDT. Mais cette évolution correspondrait moins à un désengagement de certains acteurs de l'État qu'à une réorganisation des implications de chacun. En effet, les conditions de la gestion interministérielle des CDO, le rapport entre implication au niveau national et local, et le contexte politique ou cognitif propre à chaque administration, sont autant d'éléments qui ont participé à la construction de la configuration actuelle du dispositif. Cette dernière implique, de fait, des questionnements évaluatifs en terme de cohérence à tous les niveaux de sa mise en œuvre.

### La sortie de la politique de la ville et la gestion interministérielle du dispositif

Les CDO ont, dans un premier temps, été liées à la politique de la ville dans la mesure où elles étaient signées dans les départements ciblés par la géographie prioritaire : ainsi, jusqu'en 1998, le dispositif était limité à 30 départements (15 en 1993 et 15 nouveaux en 1995). Mais l'application du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances a entraîné une extension du dispositif des CDO à l'ensemble des départements français, pour atteindre 94 départements

en 2001 (9,2 millions d'euros<sup>6</sup>). Et si la politique de la ville n'apparaît plus dans le pilotage national du dispositif, elle reste intégrée dans sa mise en œuvre, en particulier dans les départements où le chef de projet est le sous-préfet délégué à la ville. Le dispositif ne peut donc plus être considéré comme partie intégrante de la politique de la ville, mais son caractère interministériel est maintenu à travers la gestion du dossier par la MILDT.

### L'implication des partenaires institutionnels : au niveau national ou local

L'implication de certains ministères apparaissait moins nécessaire au niveau central, quant à la relance du dispositif, qu'au niveau départemental pour la mise en œuvre de conventions de prestation qui, elles, tendent à convoquer un ensemble plus large d'acteurs. Ainsi, les ministères de l'Intérieur et de la Défense sont désormais amenés à s'investir plutôt, dans leur dimension déconcentrée, à l'échelle des départements, dans le cadre de la mise en œuvre des conventions de prestations. De même, si les procureurs sont les interlocuteurs des préfets pour la signature des CDO, d'autres acteurs judiciaires sont impliqués dans les conventions de prestation (SPIP, PJJ pour les mineurs, etc.).

### Un questionnement sur le registre de la cohérence à tous les niveaux de mise en œuvre

Compte tenu du fait que la gestion du dispositif est interministérielle, il a semblé important de s'interroger sur sa cohérence :

- la cohérence des objectifs nationaux globaux des partenaires impliqués : les CDO interviennent à des moments très différents des processus de réflexion et de décision au sein des administrations centrales et l'élaboration d'une stratégie commune doit être consensuelle, ce qui implique, en termes d'évaluation, de porter un regard attentif aux modalités de mise en cohérence des objectifs nationaux du dispositif ;
- la cohérence entre les objectifs nationaux et leurs déclinaisons départementales formulées au sein de chaque CDO ;
- au niveau local, la cohérence entre les objectifs de la CDO et les conventions de prestations mises en œuvre d'une part, entre les objectifs de la CDO et les autres politiques publiques (CLS, SDAHI etc.) via leurs modalités d'articulation, d'autre part.

6. Source MILDT.

## Des questionnements en terme d'effectivité et d'efficacité concernant l'évolution des politiques pénales et la prise en charge des PPSMJ.

### Vers de nouvelles orientations de politique pénale

Le public visé par le dispositif est défini à la fois par sa situation vis-à-vis de l'autorité judiciaire (il s'agit *a priori* des personnes sous main de justice, quel que soit le motif d'interpellation), et par le fait qu'il rencontre des problèmes de consommation mais sans préciser sa situation vis-à-vis du produit consommé (s'agit-il de l'ensemble des « usagers » sous main de justice, des usagers « à risques » ou seulement des « dépendants » ?). Autrement dit, les deux circulaires (celle de 1993 et celle de 1999) insistent clairement sur l'objectif de transformation des pratiques judiciaires. « Mettre en œuvre de nouvelles orientations de politique pénale à l'égard des consommateurs de produits psychoactifs » est sans conteste un des deux objectifs structurants du dispositif.

L'atteinte de cet objectif général, qui passe par un dispositif de type contractuel (les conventions), pose un certain nombre de questions quant à sa réalisation concrète, et notamment en ce qui concerne la pérennité et l'efficacité des engagements pris. En effet, le parquet se trouve soumis à de multiples demandes émanant de diverses sources (corps préfectoral, policiers, élus, populations demandeuses), et doit faire face à ces diverses demandes en ne disposant pas de moyens illimités pour y répondre. La décision judiciaire appartient d'ailleurs en partie au siège, le parquet ne servant souvent que de « porte d'entrée » dans le système judiciaire. L'application des peines, quant à elle, relève de services spécifiques (les Services pénitentiaires d'insertion et de probation, la PJJ) dépendant de logiques parfois fort éloignées de celles des parquets. On peut, en outre, s'interroger sur l'impact qu'ont les engagements du parquet face à des structures de prise en charge qui ont su développer une méthodologie et une expertise propres dans les champs concernés, parfois même en décalage avec le cadre de référence judiciaire.

L'interaction entre les exigences de la machine judiciaire et les CDO renvoie à des interrogations de même nature au sein des DDASS, engagées par les préfets. Le résultat des confrontations entre des logiques institutionnelles et professionnelles, non évidemment convergentes, invite à envisager la possibilité de mécaniques variées en fonction des départements. C'est dire combien la concrétisation des mesures entérinées lors de la signature des CDO peut se révéler fragile dans les faits.

## Renforcer la prise en charge des PPSMJ (effectivité et efficacité des pratiques)

Cet objectif engage à questionner l'effectivité des réalisations correspondant à l'objectif transversal d'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues à tous les stades de la procédure pénale, y compris en phase post-sentencelle.

### L'effectivité des réalisations et l'efficacité des pratiques

Évaluer le dispositif des CDO implique un questionnement en termes d'effectivité. En particulier, le travail d'évaluation a consisté, sur ce point, à s'interroger sur l'effectivité globale des réalisations dans le cadre des conventions de prestation.

Le questionnement en effectivité a porté en outre sur :

- les processus d'identification et de prise en compte des besoins ;
- les modalités d'articulation avec les autres politiques publiques (au-delà de la seule cohérence) ;
- les modalités de suivi des réalisations ;
- la prise en charge à tous les stades de la procédure pénale.

Concernant les pratiques, le questionnement évaluatif a convoqué aussi le registre de l'efficacité, de façon à prendre en considération l'impact du dispositif sur les représentations et les pratiques des acteurs impliqués, aussi bien ceux du domaine judiciaire que ceux du domaine sanitaire et social. Sur ce point, c'est d'abord la question du partenariat qui a été envisagée, en tant que vecteur d'évolution des représentations et de transformation des pratiques.

Au-delà, le questionnement des pratiques tant en termes d'effectivité que d'efficacité ne doit pas amener à négliger ce qui semble constituer « l'angle mort » du dispositif : la question de l'impact sur les bénéficiaires.

### La question de l'impact sur les bénéficiaires

#### L'approche de l'impact sur les bénéficiaires renvoie à deux niveaux d'interrogation

D'une part, une entrée par les prestataires, en termes d'efficience (efficacité rapportée au coût) : à la fois, comment les structures prestataires se saisissent-elles du dispositif mais quel type de prise en charge développent-elles à destination du public justice et quel est le lien avec la procédure judiciaire ? La CDO est-elle

mobilisée pour le financement d'un surcoût engendré par l'action entreprise ? Autrement dit, l'enjeu est ici de comprendre la plus-value des CDO, y compris pour des structures qui intervenaient déjà en milieu pénitentiaire ou auprès de personnes sous main de justice.

D'autre part, une entrée par les bénéficiaires eux-mêmes. Cette question de l'impact réel du dispositif sur les bénéficiaires renvoie aux difficultés de ce type d'appréciation dès qu'il s'agit de prendre en compte l'impact d'une mesure sur les parcours individuels des personnes, qui sont, dans la plupart des cas, loin d'être linéaires, et que les intéressés eux-mêmes ont parfois du mal à reconstituer (bien qu'ils soient les plus à même de porter un jugement sur la question). Ce type de questionnement aurait nécessité la mise en œuvre d'enquêtes longitudinales sur le moyen terme, centrées sur les parcours individuels des bénéficiaires, que le cadre de cette évaluation n'a évidemment pas permis. L'impact sur les bénéficiaires faisait néanmoins partie des questions d'évaluation, et cette question a été abordée au travers d'entretiens auprès des structures prestataires et du recueil de témoignages directs auprès des personnes prises en charge.

## LES TRAVAUX D'ÉVALUATION ET LEUR MÉTHODOLOGIE

Conformément à ce qui avait été prévu dans la proposition initiale, le processus d'évaluation s'est déroulé selon des modalités de nature différente mais complémentaires, chacune apportant un éclairage particulier mais comportant aussi un certain nombre de limites qu'il nous est apparu nécessaire de développer afin d'éviter les interprétations abusives. C'est en particulier le cas des résultats chiffrés.

L'évaluation a été réalisée par Étienne Audebrand, Catherine Gorgeon, Thomas Morinière (ACADIE) et Christian Mouhanna (CNRS - Centre de sociologie des organisations), Henri Bergeron (CNRS-CSO) ayant été mobilisé comme conseiller scientifique. Elle s'est déroulée entre novembre 2001 et juillet 2002.

## LES OUTILS UTILISÉS

Ils ont été échelonnés en trois temps et ont mobilisé six types de sources. Au préalable, afin de clarifier les objectifs et les finalités du dispositif, des entretiens ont été conduits avec des représentants nationaux des différentes directions des ministères impliquées dans la mise en œuvre des conventions départementales d'objectifs. L'essentiel de ces entretiens a été réalisé auprès des membres du comité de pilotage national : Direction générale de la santé (ministère de l'Emploi et de la Solidarité), Direction des affaires criminelles et des grâces, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (ministère de la Justice), Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Dans un premier temps, pour chaque département, à partir des dossiers qui se trouvent à la MILDT, trois séries de documents ont été analysées : les conventions elles-mêmes, les bilans départementaux ainsi que les conventions de prestations pour les années 1999 et 2000. Ceci nous a permis de constituer une fiche par département, nous renseignant sur le profil du chef de projet, les objectifs affichés, les types d'actions menées, les moyens mis en œuvre, les publics visés.

Ont également été exploitées les données chiffrées recueillies par la MILDT auprès des chefs de projet. Les données disponibles au moment des travaux d'évaluation correspondaient aux années 1999 et 2000. Quelques données basiques pour l'année 2001 ont été intégrées au rapport en fin de démarche (nombre de départements concernés, nombre de personnes prises en charge, nombre de structures mobilisées), mais ces données 2001 n'ont pas pu faire l'objet d'un traitement systématique. De fait, sauf indication contraire, l'ensemble des données exploitées pour ce rapport correspond aux années 1999 et 2000<sup>7</sup>.

Ces données sont disponibles à la MILDT sous forme de deux grilles :

- l'une présentant, pour chaque département, les structures et les actions financées, le montant des financements et le nombre de personnes prises en charge (grille « synthèse des actions réalisées »),
- l'autre présentant, pour chaque département, le nombre de personnes prises en charge par structure et réparties par type de situation judiciaire.

Dans un deuxième temps, un questionnaire a été envoyé (à la mi-janvier), en parallèle, aux chefs de projet départementaux chargés du pilotage de la CDO et aux procureurs de l'ensemble des départements français, afin de compléter les informations recueillies dans la première phase, d'obtenir des éléments d'opinion sur le dispositif et également de préparer la sélection des futurs sites retenus pour de plus amples investigations. Dans les faits, cette articulation n'a pu se faire en raison du retard pris dans les retours de questionnaires (le gros des retours s'échelonnant entre la fin janvier et la mi-mars). Les sites ont donc été choisis indépendamment des informations contenues dans les dossiers. Le double envoi a cependant permis d'optimiser le taux de réponse et, sur un nombre toutefois limité de départements, de comparer les réponses apportées par les deux partenaires essentiels.

Enfin, dans un troisième temps, dix départements ont été retenus pour des investigations de terrain. Le choix des départements s'est opéré en fonction de trois critères principaux : le montant des financements CDO, le nombre de personnes prises en charge et le taux de réalisation des objectifs affichés. Une première liste a été proposée au comité de pilotage ; le choix définitif a été établi de manière consensuelle sur la base des remontées des services locaux. Dans chacun de ces départements, nous avons rencontré l'ensemble des acteurs potentiellement concernés par la CDO : le chef de projet, un ou plusieurs représentants de la DDASS,

7. Le bilan 2001 effectué par la MILDT est utilisé à titre indicatif, mais n'a pas été l'objet de traitements spécifiques. Ce bilan est joint au rapport au sein du volume d'annexes.

le(s) procureur(s) ou un de ses substituts, des magistrats du siège (juges d'instruction, juge des enfants) et de l'application des peines (juge d'application des peines), les personnels des Services pénitentiaires d'insertion et de probation, des représentants de la protection judiciaire de la jeunesse, les chefs d'établissements pénitentiaires ou les services médicaux intervenant en détention (UCSA et SMPR) ainsi que les opérateurs ayant signé une convention de prestation dans le cadre de la CDO. Ces personnes ont été rencontrées en entretien individuel, avec questionnaire ouvert, de manière à ce que l'interviewer se positionne en situation d'écoute. Il s'est agi pour nous de comprendre par cette voie les avantages et les handicaps que chacun rencontrait dans la mise en œuvre de la CDO tant en ce qui concerne sa fonction, la nature des relations qu'entretiennent les acteurs les uns avec les autres, et, d'une manière générale, de recueillir les opinions que chacun exprime sur le dispositif, aussi bien dans sa philosophie que dans son application ou sur les moyens matériels mis en œuvre. Les conclusions apportées ici sont le produit du « croisement » de ces entretiens, qui nous ont donné une vision assez précise du « système » local et de ses productions.

Même lorsque ceci n'est pas rappelé systématiquement, l'ensemble des résultats contenus dans ce rapport s'appuie, certes de manière variable selon les thèmes, sur l'ensemble des données recueillies confrontées entre elles.

## LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

### L'exploitation des dossiers MILDT

Après consultation des dossiers de la MILDT, ce sont 91 fiches qui ont été établies par l'équipe d'évaluation, plus ou moins complètes, correspondant chacune à un département dans lequel, une convention départementale d'objectifs a été signée. Il faut néanmoins signaler que parmi ces 91 départements, onze dossiers ne comportaient pas de copie de la convention. Par ailleurs, pour cinq autres départements, la date de signature de la convention n'a pu être retrouvée. Enfin, il nous faut faire une mise en garde générale à propos de l'exploitation de ces documents. Les résultats chiffrés indiqués ci-après à partir de ces données sont avant tout le reflet du contenu des dossiers, lesquels peuvent être bien évidemment incomplets ou erronés. Ces chiffres sont donc à manier avec précaution et sont avant tout indicatifs. C'est pourquoi nous n'avons pas poussé plus avant l'exploitation quantitative de ces dossiers. Une analyse qualitative des objectifs affichés dans les conventions a été privilégiée lorsque ceux-ci étaient explicitement exposés afin, entre autres, d'en examiner la cohérence avec les objectifs nationaux.

## L'exploitation des questionnaires

Concernant les questionnaires, il convient de préciser un certain nombre de limites qui conduisent à une exigence de prudence quant à l'interprétation des données brutes. Tout d'abord, il faut signaler que la volonté d'exhaustivité n'a pu se réaliser. En effet, 62 réponses de chefs de projet nous sont parvenues, sur 91 potentielles (nombre de départements où ont été signées des CDO). Du côté des juridictions, 60 questionnaires « procureurs » ont été reçus, dont 3 pour nous signaler que les TGI n'étaient pas concernés. On peut toutefois se féliciter de ce taux de réponse élevé vu les modalités de consultation, tout en regrettant en particulier que des ressorts de grande taille manquent à l'appel. Il est difficile d'attribuer une cause précise aux non-réponses : s'agit-il de départements ou de juridictions critiques à l'égard de la CDO et voulant manifester leur désapprobation à l'égard du « national », de personnes qui protestent de manière générale, sans lien direct avec la CDO sur le nombre de sollicitations trop élevées dont ils font l'objet, de sites qui ne se sentent pas concernés ? Il convient cependant de ne pas sous-estimer la charge de travail de ces personnels, qui a pu constituer, dans certain cas, un obstacle à la production d'une réponse au questionnaire « en temps voulu ». On voit que malgré ce taux de réponse relativement important, les absences introduisent des inconnues qui limitent les garanties dans l'interprétation. Il faudra en tenir compte pour modérer, dans un sens comme dans l'autre, les résultats qui apparaissent à travers les données brutes.

Autre difficulté méthodologique dans l'exploitation des questionnaires, les modalités de réponse varient fortement d'un département à l'autre et d'un ressort à l'autre. Ainsi, outre la non-coïncidence entre le découpage départemental et celui des ressorts de TGI, qui fait que plusieurs procureurs aux opinions contrastées peuvent répondre pour un même département, des configurations variables apparaissent qui rendent fragiles les interprétations. Par exemple, dans certains départements, et même si ce n'est pas le cas général, seuls les représentants d'un petit TGI ont répondu. Doit-on considérer leur opinion comme représentative de celle de la justice sur le département, ou bien, au contraire, s'en dénier ? À d'autres endroits, la réponse de l'ensemble des procureurs du département est collective, introduisant de nouvelles variables.

Par ailleurs, la manière dont s'est élaborée la réponse aux questionnaires joue bien évidemment. Si l'on regarde ceux destinés aux chefs de projet, on constate que 26 d'entre eux ont été remplis individuellement par le chef de projet, ou par ce dernier avec un proche collaborateur de la DDASS, 19 par un collectif comprenant la préfecture, la DDASS, avec ou sans associations. Pour les procureurs, 25

disent avoir répondu individuellement, mais ce chiffre ne correspond pas au total des réponses à la question « Personnes ayant participé à l'élaboration des réponses à ce questionnaire », qui nous donne un chiffre de 38 questionnaires renseignés individuellement par le procureur ou un de ses substituts. Au-delà de ce premier constat, on peut souligner que la participation de divers magistrats, JAP, juge pour enfants, de services extérieurs de la justice, SPIP ou PJJ, de coordonnateur de maisons de la justice et du droit, ou de la DDASS influe vraisemblablement sur les réponses. En outre, certains responsables nous signalent qu'ils ont appelé divers interlocuteurs pour produire leur réponse, voire qu'ils ont organisé une réunion interpartenariale ou attendu la date d'un comité de pilotage local pour le faire. Globalement, il semble que l'on puisse dire que le questionnaire n'est pas neutre et qu'il a même pu ponctuellement participer à la « réactivation » de certains réseaux, comme le laissent à penser quelques témoignages.

On notera qu'une dizaine de réponses a été élaborée en concertation entre le chef de projet et le ou les procureur(s). Ceci nous amène à considérer une autre dimension, présente à l'origine du questionnaire. L'un des objectifs de ce dernier était de nous amener à une comparaison, au sein d'un même département, entre les réponses produites d'un côté par les services de l'État et de l'autre par ceux de la justice. Au vu de la configuration des réponses, ceci n'est possible que sur une trentaine de départements où deux questionnaires représentants les deux « parties » sont effectivement disponibles.

Pour finir sur ces considérations méthodologiques à propos du questionnaire, ajoutons que certaines réponses manifestent une méconnaissance ou des confusions au sujet de la CDO, ce qui n'empêche d'ailleurs pas les acteurs d'en avoir une vision très tranchée dans les questions d'opinion. Ceci s'observe en particulier dans les réponses à la question 1-3 : « Qui est le signataire de la dernière convention CDO ? », qui citent entre autres des associations pour 11 d'entre eux. Visiblement, il y a confusion entre convention départementale et conventions de prestation. D'autres questions suggèrent un mélange entre dispositifs concernés par la CDO et dispositifs plus généraux touchant les dépendances. Ces biais renvoient au dispositif lui-même : en effet, celui-ci ne constitue pas un mode d'action à part, il s'intègre largement dans d'autres dispositifs et dans d'autres politiques. Il devient dès lors difficile de faire la part des choses entre ce qui relèverait strictement de la CDO, et ce qui entrerait dans le giron d'autres politiques.

## L'exploitation des données chiffrées

Les chiffres de la MILD'T, s'ils permettent de brosser un tableau global du dispositif, doivent être, comme les précédents, analysés avec prudence pour plusieurs raisons.

D'une part, ces données sont souvent incomplètes du fait du processus de recueil et de traitement de l'information. Les chiffres proviennent des bilans transmis à la MILD'T par les chefs de projet, lesquels, l'exploitation du questionnaire le montre, ont parfois été élaborés avec l'aide des opérateurs eux-mêmes. Mais ce n'est pas toujours le cas. Ils ont ensuite été saisis à la MILD'T, qui dispose de moyens insuffisants pour effectuer ce suivi de manière exhaustive, et qui peut-être manquait, au moment de l'élaboration des outils de recueil des données, de référentiel d'exploitation de celles-ci.

D'autre part, certaines données sont très imprécises : c'est le cas notamment de celles concernant les actions financées, dans la mesure où aucune typologie n'a été établie *a priori* (la grille de synthèse des actions présentait ainsi un ensemble hétérogène d'intitulés d'actions qui n'étaient pas regroupées en catégories). Nous avons donc procédé au recodage *a posteriori* de ces actions en 9 catégories, avec les risques d'écart, par rapport à la réalité des actions mises en œuvre, que comporte ce type d'opération.

Par ailleurs, les données provenant de deux tableaux sources n'étant pas totalement compatibles, certains croisements ont été impossibles à réaliser (par exemple, le type d'action par situation judiciaire). L'incompatibilité partielle des deux tableaux explique notamment que le nombre de personnes prises en charge dans le cadre du dispositif fasse l'objet de trois estimations différentes, selon le mode de combinaison des deux sources.

Il reste que ces chiffres apportent des informations factuelles non négligeables sur la configuration du dispositif : quels opérateurs sont financés, pour mettre en œuvre quelles actions, avec quels financements ? Ils permettent aussi une appréciation des réalisations sous l'angle des personnes prises en charge : combien de personnes, quelles situations judiciaires sont concernées ?

## L'enquête auprès des bénéficiaires

Au total, 22 personnes bénéficiant d'actions financées dans le cadre des CDO ont été interviewées. Un nombre supérieur d'enquêtes n'a pu être réalisé pour deux raisons essentielles.

La première est la réticence de plusieurs opérateurs sollicités. Certains s'y sont clairement opposés, avec d'autres, les négociations ont été longues et difficiles et n'ont pas forcément abouti (c'est le cas d'une association qui, après avoir donné son accord, s'est rétractée).

La deuxième raison est liée à la faisabilité même des enquêtes. Nous souhaitions dans un premier temps réduire le nombre d'actions observées et interviewer pour chacune d'entre elles une dizaine de bénéficiaires. Ce dispositif d'enquête n'a malheureusement pas pu se réaliser. En effet, un des principaux obstacles auquel nous nous sommes heurtés est le faible nombre de personnes prises en charge au titre de la CDO par les opérateurs. Étant donné les contraintes du calendrier de l'évaluation, il leur était difficile de nous trouver, pour chacune des actions, un nombre de bénéficiaires supérieur à trois ou quatre, soit parce qu'à la période considérée, ils ne disposaient pas d'un nombre de bénéficiaires supérieur, soit parce que les personnes refusaient d'être interviewées. Dans ces conditions, mesurer l'impact devient assez aléatoire. Néanmoins, les quelques éléments d'appréciation des actions recueillis auprès des personnes les plus directement concernées ne sont pas inintéressants.

Les actions observées sont au nombre de six dans différents champs d'intervention : hébergement, insertion sociale, insertion professionnelle, accueil – orientation, soins et à différents moments du parcours judiciaire : alternative aux poursuites, alternative à la détention provisoire, suivi en milieu ouvert, injonction thérapeutique, sortie de prison. Elles sont détaillées dans le chapitre « Impact sur les publics » page 99.

## UN DISPOSITIF INTERMINISTÉRIEL MIS EN ŒUVRE AU NIVEAU DÉPARTEMENTAL : LA QUESTION DE LA COHÉRENCE DES OBJECTIFS POURSUIVIS

---

### ***LA COHÉRENCE NATIONALE DU DISPOSITIF***

Le caractère interministériel du dispositif CDO nous amène d'emblée à poser la question de la cohérence des objectifs nationaux entre eux, sous l'angle de leur écho au sein des différents départements ministériels impliqués : Direction des affaires criminelles et des grâces, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Or, nous l'avons indiqué dans le référentiel d'évaluation et dans l'introduction de ce rapport, la question est moins, semble-t-il, celle des buts définis par chacune des parties, que celle du contexte politique et cognitif dans lequel, pour chacune de ces directions, s'inscrivent les conventions départementales d'objectifs. Autrement dit, si les partenaires parlent d'une seule voix<sup>8</sup>, le dispositif CDO n'a pas la même résonnance pour tous, compte tenu des contextes, des préoccupations et des priorités différentes. De ce point de vue, les entretiens réalisés à l'échelle nationale ont été explicites.

Ainsi au sein de la DPJJ, les CDO ont été perçues comme une opportunité positive, certes, mais dont il semblait difficile de se saisir. Cette situation est à mettre sur le compte de la difficulté plus générale de la PJJ à s'emparer des questions de

---

8. La première circulaire de 1993 a fait l'objet d'une rédaction conjointe entre le garde des Sceaux, le ministre de l'Intérieur, le ministre de la Défense, le ministre des Affaires sociales et de l'Intégration, le ministre de la Santé et de l'Action humanitaire, le ministre de la Ville, le Délégué général à la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Celle de 1999 est signée directement par la présidente de la MILDT, mais a été élaborée en concertation avec l'ensemble des ministères. Elle relaie la circulaire du garde des sceaux du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies et est accompagnée par une note de la Direction générale de la santé définissant les mesures sanitaires et sociales destinées à améliorer et à diversifier l'orientation et la prise en charge des personnes toxicomanes sous main de justice.

santé (les CDO arrivent en 1999 dans un contexte où les préoccupations liées à la santé émergent à peine, à travers notamment le recrutement d'infirmiers dans les DDPJJ), et surtout à l'absence de référent sur ce thème à l'échelon local<sup>9</sup>.

Pour les autres directions du ministère de la Justice, le dispositif a été introduit dans une période (entre 1993 et 1999) riche en innovations. Pour la DACG<sup>10</sup>, le contexte était celui de l'émergence de toute une série d'expérimentations locales spontanées, débouchant, entre autres, sur le développement de la « troisième voie » et sur la montée en charge des préoccupations en matière de politique de la ville dans certaines juridictions. La CDO s'inscrit donc dans une volonté de prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes sous main de justice, avec deux idées principales : renforcer le recours aux injonctions thérapeutiques et les alternatives aux poursuites et à l'incarcération (qui n'étaient à l'époque pas inscrites dans la loi) ; renforcer l'exécution des peines pour prévenir la récidive. Pour la DAP<sup>11</sup>, la relance de 1999 correspond au moment de la réforme des Comités de probation et d'aide aux libérés et de la mise en place des SPIP (Services pénitentiaires d'insertion et de probation). L'enjeu principal pour les services de la justice consistait alors à articuler le nouveau dispositif avec les innovations en cours et à les y intégrer.

À la Direction générale de la santé<sup>12</sup>, le dispositif est plutôt apparu comme un support et un complément aux réflexions en cours relatives à la prise en charge des toxicomanes. Ainsi, à titre d'exemple, la circulaire DGS de 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes<sup>13</sup> aborde la question de la « prise en charge des toxicomanes en milieu pénitentiaire » ; de même, la révision des projets thérapeutiques des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes<sup>14</sup> met en avant la nécessité de « renforcer la prise en charge des personnes toxicomanes en milieu carcéral ».

Au-delà de ces résonances particulières au sein des ministères, la cohérence nationale est assurée à un double niveau : la gestion interministérielle par la MILDt d'une part, et le travail interministériel produit par le comité de pilotage auquel

participent toutes les directions concernées, d'autre part. Ce comité de pilotage a une double fonction : il gère le dispositif CDO, en distribue les financements et participe à l'évaluation du plan triennal sur ce volet.

La relance du dispositif par la MILDt en 1999 a, quant à elle, eu une vertu essentielle : l'affirmation d'un point de vue et d'une gestion interministériels. Mais, de fait, elle a introduit un acteur supplémentaire dont le rôle est ambivalent : à la fois prescripteur (c'est lui qui impulse, définit, cadre les objectifs et les moyens décidés collectivement) et acteur à part entière dans la mesure où, depuis la mise en place du plan triennal de 1999, la MILDt s'est définie elle aussi une politique et des orientations qu'elle aura à cœur de défendre au même titre que les autres partenaires du dispositif. Ainsi, on le voit, les tensions ne se situent pas tant au niveau des objectifs du dispositif que des différentes logiques et priorités ministérielles. De ce point de vue, le fonctionnement du comité de pilotage de cette évaluation illustre parfaitement ces tensions. Ainsi, le choix collectif des départements à investiguer a révélé les attentes différenciées des administrations, en termes de connaissance du fonctionnement et de production du dispositif.

La réelle question de la cohérence se situe pourtant ailleurs. Les CDO doivent faire évoluer les pratiques pénales, notamment en servant de levier pour améliorer la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice, en insistant en particulier sur l'intérêt de diversifier les réponses présentielles. En poussant les acteurs judiciaires et ceux du sanitaire et du social à coopérer, le dispositif affiche implicitement mais fortement l'importance de la coordination entre justice et santé et vise à rapprocher ces deux mondes. Or, par ailleurs, les financements apportés par les CDO ont *a priori* surtout vocation à financer des actions de prise en charge des publics. Si la confusion a pu naître dans les esprits lors des premières circulaires et notes d'orientation, la MILDt réaffirme chaque année cette exclusivité des crédits. Il y a bien là une forme d'incohérence entre des objectifs forts affichés (coordination) et les moyens proposés (des financements réservés uniquement à la prise en charge).

## QUELLE ARTICULATION AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS OU POLITIQUES PUBLIQUES ?

Comme nous l'avons déjà signalé, l'une des principales difficultés pour mesurer l'impact concret de la CDO réside dans le caractère complémentaire ou « non autonome » de celle-ci. Pour être efficace, elle doit s'articuler avec d'autres politiques publiques, d'ordres divers. De ce point de vue également, les questionnai-

9. Entretien avec deux représentants de la DPJJ.

10. Entretien avec un représentant de la DACG.

11. Entretien avec un représentant de la DAP.

12. Au ministère de l'Emploi et de la Solidarité, la Direction générale de l'action sociale n'est impliquée que depuis 2000.

13. Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.

14. Note d'orientation n° 98-659 du 5 novembre 1998 relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

res livrent des commentaires globalement positifs. Ainsi, la CDO et les débats qui suivent ou précèdent sa mise en place s'articulent apparemment assez bien avec les politiques pénales locales et ce, d'autant plus qu'elles répondent aux soucis des procureurs de réponse systématique aux infractions. Ceci s'avère un peu moins vrai en matière d'interpellations. La question qui traite de l'impact de la CDO sur les politiques d'interpellations rencontre relativement peu d'échos : seuls 11 procureurs répondent « oui » à cette question (6 « non »), et 13 chefs de projet (5 « non »). En revanche, 35 procureurs constatent un impact de la CDO sur la politique pénale. De leur côté, les chefs de projet ont également remarqué un effet : 37 réponses positives contre 6 négatives<sup>15</sup>. La question portant sur la lisibilité de la politique pénale grâce à la CDO confirme *a priori* cette forte articulation : 40 procureurs affirment que la CDO a renforcé cette lisibilité, comme 45 chefs de projet.

Concernant les politiques sanitaires et sociales, les réponses montrent des différences d'appréciation entre procureurs et chefs de projet, non pas tant sur le contenu des avis exprimés que sur le fait même d'avoir une opinion. Les procureurs ne sont plus que 24 à émettre une opinion sur l'impact de la CDO sur le sanitaire, dont 20 pour le considérer comme effectif, et seulement 10 pour évoquer les politiques sociales, sujet apparemment moins bien maîtrisé ou moins mobilisateur. Par contre, 36 chefs de projet pensent que la CDO a suscité un débat sur les politiques sanitaires et 23 sur les politiques sociales.

Les CDO s'intègrent donc apparemment dans nombre de dispositifs. Les chefs de projet indiquent dans 41 cas (sur 62 questionnaires), que les PRAPS ont un volet toxicomanie ou alcool, et que la CDO s'y intègre en tant que volet du programme ou dispositif complémentaire, pour 36 départements. On retrouve des chiffres similaires dans le cas des PRS (42, 37), pour les CLS (39, 33) les contrats de ville et les plans départementaux et communaux de prévention de la délinquance.

La lecture de ces résultats débouche donc sur l'idée que les acteurs recherchent effectivement une cohérence entre les CDO et les autres politiques qu'ils sont chargés de mettre en œuvre, ce qui entre dans la logique préconisée et s'explique par les moyens financiers assez limités dont disposent les responsables locaux au regard des ambitions de la CDO. En outre, le fait que les mêmes acteurs se retrouvent dans les différents dispositifs débouche naturellement sur une coordination spontanée. Les enquêtes réalisées dans les dix départements confirment ces éléments.

15. On constate que sur cette question, un certain nombre de chefs de projet ne préfèrent pas se prononcer - ils le disent - considérant que ce domaine relève de la compétence et de la responsabilité exclusives du procureur de la République.

Les dispositifs avec lesquels des articulations existent sont principalement les PRAPS et leur déclinaison en Programmes régionaux de santé, et de façon très nette (mais plus évidente) avec les plans départementaux de prévention des dépendances. Dans ce dernier cas, l'articulation est plus « naturelle », en effet, notamment puisque dans la plupart des cas la même personne ou le même service (en particulier quand le chef de projet est au sein de la DDASS) a en charge les deux dossiers. Lorsque le même chargé de mission ou chef de projet DDASS a en charge tous les dossiers concernant les addictions, la coordination se fera là encore naturellement.

Cependant, cette articulation, quand elle existe, est possible surtout dans le cas du modèle coopératif de mise en œuvre. De fait, la CDO constitue rarement un levier pour l'intégration, au sein d'autres dispositifs, des problématiques qu'elle porte. On soulignera que parmi les réponses au questionnaire, la CDO n'est signalée, dans l'ensemble de ces politiques, que deux fois comme un élément déclencheur. Les questionnaires « procureurs » livrent les mêmes proportions pour ce qui concerne les CLS, les contrats de ville et les plans de prévention de la délinquance. À cet égard, 39 chefs de projet estiment que les CDO apportent essentiellement des financements complémentaires et 36 procureurs sont du même avis (alors que 22 ne sont pas d'accord avec cette proposition). Dans la plupart des cas, la CDO vient s'intégrer dans des dispositifs existants sans constituer un réel levier. Ainsi, dans le département V, qui ne dispose pas de plan de prévention des dépendances, la CDO n'a pas constitué un outil suffisant pour débloquer le partenariat et permettre l'émergence de discussion autour de la préparation d'un tel plan.

## LA DÉCLINAISON LOCALE DES OBJECTIFS NATIONAUX

La majorité des départements ne s'est pas contentée de reprendre dans la rédaction des conventions les objectifs nationaux tels que ceux-ci avaient été formulés dans les différentes circulaires. La plupart des conventions affichent des objectifs propres, certains d'entre eux étant, du reste, explicitement opérationnels et précisant le type d'action à soutenir. À ce propos, il faut noter que, pour un nombre non négligeable d'acteurs, la confusion est réelle entre convention départementale d'objectifs et conventions tripartites de prestations. On peut non seulement le remarquer dans les réponses aux questionnaires envoyés, mais aussi dans les dossiers vus encore au cours des entretiens réalisés. Par exemple, certains dossiers ne contiennent pas de CDO et le bilan ne traite que des actions financées, certains chefs de projet parlent de conventions départementales d'objectifs au pluriel, d'autres de

conventions d'objectifs de prestations tripartites, de conventions départementales de prestations, etc. Les réponses au questionnaire confirment que la distinction n'est pas toujours acquise entre le document de cadrage et ses documents d'application. Ainsi, 18 procureurs indiquent que la CDO est signée par des associations ou des établissements hospitaliers. Si la confusion est moins grande chez les chefs de projet, ceux-ci sont néanmoins 11 à faire les mêmes erreurs.

### Une reformulation locale des objectifs

Sur les 91 fiches constituées à partir des dossiers MILDT, 7, soit 8 %, sont muettes sur les objectifs affichés par la CDO parce que la convention elle-même n'était pas dans le dossier.

Sur les 84 départements restants, 22 (26 %) énoncent comme objectifs ceux affichés dans la circulaire, soit en en reprenant la terminologie exacte, soit en la modifiant, mais en restant à un niveau très général. Par exemple, dans le département de Paris, la CDO vise, entre autres, à « renforcer les réponses judiciaires ainsi que le dispositif sanitaire et social en diversifiant les réponses apportées aux usagers » et à « conforter les connaissances des dispositifs mis en place par les différents partenaires et renforcer la coopération institutionnelle ». Ou encore dans le Gard, il s'agit de « mieux accompagner sur le plan sanitaire et social l'ensemble des mesures judiciaires prises à l'encontre des usages de drogues relevant de la justice », de « mieux appréhender les phénomènes de toxicomanie chez les mineurs, d'essayer d'apporter des réponses spécifiques aux services de justice confrontés à de jeunes consommateurs » et d'« assurer une évaluation des actions menées et de disposer d'un outil statistique complet sur le phénomène de la toxicomanie et des dépendances ».

Si l'on essaye de caractériser ces 22 départements « formalistes » au regard des différents éléments que sont la date de signature, les signataires, l'existence ou non d'un diagnostic, les caractéristiques sociodémographiques, on obtient le profil suivant : des départements plutôt ruraux dont la convention est signée en 2000 et 2001 par le préfet et le procureur, et qui n'a pas été précédée de la réalisation d'un diagnostic<sup>16</sup>.

16. Sur les 22 départements, seulement 3 indiquent avoir réalisé un diagnostic ; toutes les conventions sont signées par le procureur et le préfet (6 y associent d'autres procureurs du département mais aucun partenaire extérieur) ; 13 conventions ont été signées en 2000 et 2001, 3 en 1999, 3 antérieurement à la circulaire (et 3 à une date inconnue) ; 12 conventions concernent des départements ruraux, 3 des départements ruraux avec une agglomération centre de moyenne importance (Loiret, Ille-et-Vilaine et Pyrénées-Atlantiques), 3 des départements ruraux comprenant une grosse agglomération centrale (Bouches-du-Rhône, Hérault, Gironde, Pas-de-Calais), deux concernent des départements de la région parisienne (Paris et les Yvelines).

L'hypothèse que, compte tenu des caractéristiques géographiques et sociologiques de ces départements, la signature d'une convention ne se présentaient pas comme un enjeu important au regard de la situation départementale en matière de prise en charge des personnes ayant commis des délits liés à l'alcool ou à la drogue, est certainement hasardeuse. D'autant plus que la présence dans cette liste de certains départements ne manque pas d'étonner. C'est le cas notamment des deux départements de la région parisienne (Paris et les Yvelines), du Pas-de-Calais (qui bénéficie d'un montant de financement dans le cadre de la CDO supérieur à un million de francs), des Bouches-du-Rhône et de l'Hérault (compte tenu de la présence des deux grandes agglomérations que sont Marseille et Montpellier) et enfin, de l'Ille-et-Vilaine, département dans lequel on aurait pu s'attendre à voir afficher de manière particulière les questions liées à l'alcool<sup>17</sup>.

Les 62 autres conventions (68 %) sur lesquelles nous détenons des éléments se répartissent en plusieurs groupes selon qu'elles désignent explicitement ou non le public visé, qu'elles précisent le moment judiciaire privilégié (notamment pré ou postsentenciel), le type de prise en charge sociosanitaire proposée (par exemple, soins spécialisés, hébergement spécifique) et la procédure ou le cadre judiciaire choisi (par exemple, l'injonction thérapeutique).

Les tableaux ci-après synthétisent les objectifs contenus dans les 62 conventions.

| Moment judiciaire                 | Public ciblé |        |         | Public généraliste | Total |
|-----------------------------------|--------------|--------|---------|--------------------|-------|
|                                   | Drogue       | Alcool | Mineurs |                    |       |
| Présentenciel                     | 15           | 1      | 5       | 37                 | 58    |
| IT                                |              |        |         |                    |       |
| dont autre alternative            | 10           |        | 1       | 17                 | 28    |
| CJ                                | 3            | 1      | 2       | 12                 | 18    |
| Perm santé TG                     | 1            |        | 1       | 5                  | 7     |
| Alternative à l'incarcération     | 3            | 1      |         | 11                 | 15    |
| Incarcération et sortie de prison | 16           | 2      | 3       | 45                 | 66    |
| dont Incarcération                | 10           | 1      | 3       | 15                 | 29    |
| Prison                            | 6            | 1      |         | 30                 | 37    |

17. Et dont la convention, de fait, non pas dans ses objectifs affichés mais dans sa réalisation concrète concerne quasi exclusivement la problématique alcool.

| Moment judiciaire        | Public ciblé |        |         | Public généraliste | Total |
|--------------------------|--------------|--------|---------|--------------------|-------|
|                          | Drogue       | Alcool | Mineurs |                    |       |
| Prévention               | 3            | 1      | 9       | 6                  | 19    |
| Orientation              | 3            | 1      | 1       | 6                  | 11    |
| Contact - accompagnement | 3            | 2      | 2       | 6                  | 13    |
| Diagnostic               |              | 1      |         | 4                  | 5     |
| Soins                    | 9            | 2      | 3       | 7                  | 21    |
| Hébergement              | 4            |        |         | 8                  | 12    |
| Réinsertion              | 8            |        | 4       |                    | 12    |

| Public ciblé |        |         | Public généraliste |
|--------------|--------|---------|--------------------|
| Drogue       | Alcool | Mineurs |                    |
| 69           | 22     | 38      | 143                |
| 25 %         | 8 %    | 14 %    | 53 %               |

Ils ont été construits sur le principe de la triple entrée :

- une entrée par public selon que celui-ci est ciblé (toxicomanie, alcool, mineurs) ou généraliste (cible non précisée) ;
- une entrée relative au type d'action et de prise en charge ;
- une entrée relative au cadre judiciaire.

Ces tableaux nous donnent plusieurs indications que nous pouvons du reste confronter aux informations recueillies dans les questionnaires.

### Les publics ciblés : une CDO tous azimuts ?

En ce qui concerne les publics, il faut noter que la majorité des objectifs contenus dans les conventions (53 %) ne ciblent pas un public particulier. Par ailleurs, les mineurs ne sont explicitement cités que dans 14 % des cas et les publics alcool-

dépendants dans 8 %. Mais c'est au sein des conventions tripartites de prestations que sont inscrites avec précision les personnes visées (ainsi que leur nombre) et le type de prises en charge. Les questionnaires confirment cette tendance à un ciblage qui ne soit pas prédefini. Si l'on se réfère aux réponses des procureurs, comme à celles des chefs de projet, on retrouve cette même volonté de ne pas limiter *a priori* les bénéficiaires de la CDO. La plupart des conventions concernent aussi bien les majeurs que les mineurs (76 % si l'on considère les réponses des chefs de projet à ce sujet, 71 % si l'on considère les réponses des procureurs). Dans une minorité de cas, elles visent les majeurs seuls (même question 15/62 et 14/58), alors que celles qui touchent uniquement les mineurs font figure d'exception (mentionnés seulement par 3 procureurs).

Cette volonté d'élargir les cibles potentielles se retrouve dans la question suivante (1-6) où la plupart des procureurs (34/58 réponses, soit 59 %) et des chefs de projet (39/60, soit 65 %) affirment que la CDO concerne l'ensemble des usagers d'alcool et de drogues de tous types. Si une minorité (8 procureurs sur 58, 9 chefs de projet sur 60) exclut les seuls usagers d'alcool, aucun ne se focalise sur une seule des « clientèles » proposées, excepté un procureur. Concernant les contentieux visés, on observe là aussi une multiplication des cibles par les procureurs, même si c'est avant tout l'usage de stupéfiants (50 réponses sur 60) et, au vu des réponses individualisées, surtout l'usage de cannabis qui mobilise dans le cadre des CDO. À côté de ce contentieux prioritaire pour presque tous les magistrats, l'alcool revêt aussi un caractère important puisque 38 questionnaires soulignent leur préoccupation en matière de conduite en état alcoolique (CEA) alors même que cette priorité apparaît pourtant faiblement dans les objectifs affichés dans les CDO. À tel point qu'une analyse trop rapide pourrait laisser croire que l'alcool est, en quelque sorte, le parent pauvre des CDO, dont les objectifs sont pour l'essentiel focalisés sur la toxicomanie. En termes de publics, 29 % des textes des CDO visent explicitement des personnes toxicomanes et 7 % des personnes ayant des problèmes d'alcool. Ajoutons qu'aucun objectif ne concerne spécifiquement des mineurs ayant des problèmes d'alcool. Ce décalage entre le contenu des conventions et les réponses aux questionnaires peut être interprété comme un indice d'évolution des représentations entre le moment de la signature de la convention et l'enquête réalisée. Ces observations sont, par ailleurs, nous le verrons, nuancées par les chiffres relatifs au public effectivement touché.

En termes de type de prise en charge, là aussi la distinction par public est révélatrice. Les actions liées à l'hébergement et à la réinsertion ne sont destinées qu'au seul public toxicomane. Les mineurs, eux, sont concernés surtout par des actions de prévention. C'est en direction des publics toxicomanes que la panoplie d'actions

est la plus variée. Alors qu'une grande variété de mesures (injonction thérapeutique, contrôle judiciaire, placement extérieur, sursis avec mise à l'épreuve, alternatives à l'incarcération, alternatives aux poursuites, permanence santé-parquet, etc.) est développée vers des publics toxicomanes, trois d'entre elles seulement sont mobilisées en direction des publics alcoolodépendants : l'obligation de soins (3 occurrences), l'enquête rapide (2 occurrences) et le TIG (1 CDO). Pour les mineurs, le cadre judiciaire d'intervention est lui aussi assez limité : obligation de soins (6 occurrences), alternatives aux poursuites (2 occurrences), permanence santé-parquet, injonction thérapeutique, contrôle judiciaire (1 occurrence). Pour autant, cela ne veut pas dire qu'aucune action n'est organisée pour prendre en charge ces publics particuliers. En effet, il peut y avoir un décalage entre les objectifs affichés qui demeurent à un niveau assez général, voire parfois formel, et les actions effectivement mises en œuvre par les acteurs institutionnels et par les opérateurs associatifs.

### Le cadre judiciaire : l'accent sur l'incarcération

Les objectifs des CDO liés à la détention ou à la sortie de prison représentent 47 % des objectifs affichés. Si l'on ajoute à ces premiers, ceux concernant les mesures alternatives à l'incarcération (11 % des objectifs), on peut affirmer, qu'au moins dans leurs objectifs affichés officiellement, les CDO privilégié majoritairement le public de détenus (prévenus ou condamnés) ou susceptible d'être placé en détention. Les mesures présentielles, quant à elles, représentent 42 % des objectifs affichés.

Pour la détention, il n'est pas aisés, à la lecture des objectifs des conventions, de distinguer ceux qui visent les détenus incarcérés de ceux qui concernent la préparation à la sortie. Le plus souvent, les objectifs affichés lient les deux moments (détention et sortie) ou insistent sur le suivi des détenus une fois ceux-ci placés en milieu ouvert (libérés ou en alternative à la détention). Le public visé est très majoritairement généraliste et concerne l'ensemble des détenus majeurs.

En ce qui concerne les mesures présentielles, on remarquera la large place faite à la réactivation de l'injonction thérapeutique (28 occurrences au total). Mais, dans la majorité des cas (17 occurrences sur 28), la réactivation et le développement de l'IT ne précisent pas le public visé. On peut alors s'interroger sur les modalités et les moyens de sa mise en œuvre. Sur les sites visités, on ne parvient pas à trancher cette question, puisque dans certains cas, on observe un redéploiement des IT, alors que dans d'autres situations, les IT disparaissent au profit d'autres modalités de prise en charge (département R).

### Des objectifs implicites : mise en réseau et sensibilisation

D'autres objectifs apparaissent dans les conventions qui ne sont liés ni à un public, ni à un cadre judiciaire ou à une prise en charge en particulier.

La mise en réseau, la coordination et la complémentarité sont mentionnées comme objectifs dans 40 conventions (soit près de la moitié des CDO). Cela n'a rien d'incohérent puisque la note d'orientation pour l'année 2000 (parue en décembre 1999<sup>18</sup>) mentionne bien que les actions concourant « à la coordination des différentes interventions auprès de ce public relèvent d'un financement dans le cadre des crédits affectés au programme des conventions d'objectifs », alors même qu'*a priori* les financements obtenus au titre de la CDO ne sont destinés qu'à dédommager les opérateurs du surcoût engendré par la prise en charge systématique de ce public. Même ultérieurement, les différentes notes<sup>19</sup> insistent sur la vocation des CDO à ne financer que le surcoût que représente la prise en charge de ce public particulier.

Ce qui paraît plus étonnant, c'est la fréquence des objectifs liés à l'amélioration des connaissances dont la formation/sensibilisation des personnels et l'évaluation des actions. Des objectifs dans ces domaines sont fortement affichés (28 occurrences) alors même que les CDO n'ont pas pour vocation de « financer les actions de formation des personnels, de recherche, d'évaluation<sup>20</sup> ». Il reste donc à confronter cet objectif au regard de ce qu'ont réellement produit les CDO dans ce domaine. Des actions ont-elles été financées ? Sur quels crédits ? Si ce n'est pas le cas, les CDO ont-elles eu des effets indirects dans ce domaine ? Autant de questions qui sont traitées dans la partie concernant l'impact sur les pratiques (cf. page 75).

Avant cela, il paraît nécessaire de revenir sur le système d'acteurs et le partenariat qui se construit ou non grâce aux CDO. Ceci nous permettra de mieux cerner ensuite leur impact sur le choix des objectifs c'est-à-dire des cibles même de ces conventions.

18. Note d'orientation de la MILDT du 3 décembre 1999.

19. En particulier la circulaire de la MILDT du 5 février 2002 relative aux crédits déconcentrés de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.

20. Note d'orientation de la MILDT du 3 décembre 1999 et circulaire du 5 février 2002 relative aux crédits déconcentrés de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances – exercice 2002.

## RÉSUMÉ

Du point de vue de sa gestion, la relance des CDO en 1999, s'est faite en affirmant fortement le caractère interministériel du dispositif. L'organisation et le pilotage sont dans ce cadre deux éléments forts contribuant à la cohérence du dispositif : le comité de pilotage consacre l'interministérialité et le pilotage par la MILDT contribue à produire un discours clair parfaitement reçu par les différentes institutions impliquées et qu'elles sont à même de relayer en leur sein. De ce fait, le message, sur un sujet traditionnellement conflictuel est, localement, globalement accepté et intégré. L'adhésion des acteurs à la philosophie de la MILDT et aux principes des CDO est réelle.

Ceci étant, les différentes sources utilisées pour l'évaluation montrent une extrême variabilité dans la mise en œuvre des CDO, tant sur les produits concernés que sur les publics visés ou sur les modes de traitement privilégiés. Cette diversité reflète la grande souplesse d'un dispositif qui a su s'adapter à la pluralité des situations locales. Parallèlement, elle illustre un autre état de fait : plus qu'une création ex nihilo de structures nouvelles, la CDO s'inscrit dans une logique de mobilisation et d'évolution d'opérateurs déjà connus, qui sont souvent eux-mêmes à l'origine des diagnostics ou en tous cas y sont moteurs.

En termes de moyens financiers, il semble que le montant des financements par département n'est pas révélateur de l'ampleur des actions mises en œuvre : le nombre et la qualité de celles-ci dépendant du nombre d'opérateurs présents dans le département, de la taille de ce dernier, du nombre de TGI... La cohérence à l'échelle nationale entre objectifs et moyens masque un certain déséquilibre local. Dans l'impossibilité de tout faire, les acteurs locaux font des arbitrages dans les actions retenues, produisant la disparité.

## LA MISE EN ŒUVRE DÉPARTEMENTALE

Apprécier l'effectivité du dispositif passe par un examen des logiques de mise en œuvre. Il s'agit donc, dans ce chapitre, de présenter les résultats de notre analyse sur les systèmes d'acteurs impliqués et des logiques de fonctionnement. Cette analyse a permis d'identifier les processus de formulation des besoins et les modalités de suivi des conventions.

### LES SIGNATAIRES DES CDO

Si l'on se réfère aux conventions, celles-ci sont toutes signées au moins par le préfet et le procureur d'un TGI du département<sup>21</sup>. La majorité des conventions (51 %) ne le sont que par le préfet et un procureur, soit que le département en question ne comporte qu'un seul TGI, soit qu'il en comporte plusieurs et c'est alors le procureur correspondant de la politique de la ville qui est signataire. Dans 25 départements comprenant plus d'un TGI (25 %), plusieurs TGI sont signataires par l'intermédiaire des procureurs correspondants. Enfin, dans 8 départements, d'autres acteurs ont été associés à la signature : selon les cas, juges de l'application des peines, DDPJJ, DSIP, Président du tribunal, sous-préfet ville, DDASS, Président du conseil général, associations, centre hospitalier. Enfin, 11 dossiers ne comportent pas de CDO et donc pas d'indications sur leurs signataires et leur date de signature.

Ces constats appellent quelques remarques. D'une part, seuls 8 départements sont concernés par des signataires autres que le procureur et le préfet. D'autre part, l'implication formelle d'un partenaire à travers la signature de la CDO n'entraîne pas automatiquement la formalisation d'un objectif précis le concernant ou visant le public dont il a la charge. Il n'y a guère que dans le Tarn (81) où la signature de la DDPJJ est corrélée avec un objectif visant la prise en charge des mineurs incar-

21. De manière exceptionnelle (dans deux cas), les questionnaires signalent des conventions signées non par le procureur, mais exclusivement par un magistrat du siège.

cérés à Toulouse et revenant sur le département. Par ailleurs, inversement, l'absence d'un partenariat élargi au bas de la convention n'est pas synonyme pour autant d'absence d'implication de ces acteurs prestataires. En effet, on retrouve généralement ceux-ci lors de la mise en œuvre et de la signature des conventions tripartites de prestations. Les interviews montrent d'ailleurs qu'ils peuvent avoir été très tôt associés à la définition des CDO elles-mêmes.

| Signataires                           | Nombre     | %            |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| Préfet + procureur                    | 52         | 51           |
| Préfets + procureurs des TGI du dpt.  | 25         | 25           |
| Préfets + procureurs + autres justice | 2          | 2            |
| Préfets + procureurs + autres AP      | 2          | 2            |
| DDPJJ                                 | 2          | 2            |
| Autres État                           | 4          | 4            |
| Autres                                | 3          | 3            |
| Pas de CDO                            | 11         | 11           |
| <b>Total</b>                          | <b>101</b> | <b>100 %</b> |

En fait, la grande majorité des CDO (76 %) sont signées par le préfet et le ou les procureur(s) comme le suggéraient les textes encadrant le dispositif. L'identité des signataires n'est en rien le reflet de l'implication locale des acteurs concernés ou de l'état du partenariat.

### LES CONTEXTES DÉPARTEMENTAUX

L'examen détaillé des dix départements sur lesquels nous avons conduit des entretiens avec les principaux acteurs impliqués dans le dispositif CDO offre des situations pour le moins contrastées, que ce soit du point de vue des institutions qui s'y sont investies, du nombre et du fonctionnement des prestataires ou des actions menées. L'extrême variabilité relevée dans les réponses aux questionnaires (cf. page 25) se retrouve ainsi dans cette phase de « terrain », avec de surcroît la présence, dans notre échantillon de plusieurs départements, qui n'avaient pas répondu à l'enquête. Outre les critères, notamment financiers – montant des crédits CDO –, qui ont présidé à la sélection des sites retenus, on retiendra donc

que cet échantillon intègre à la fois des départements où chefs de projet et procureurs ont répondu, d'autres où l'un des représentants des deux corps l'a fait, et enfin certains, y compris parmi les plus importants, d'où aucune réponse ne nous est parvenue. Nous verrons que, sans en tirer des conclusions définitives, il semble que, dans nombre de cas, cette absence de retour est révélatrice d'un moindre investissement du dispositif institutionnel local dans les CDO.

Le fort contraste observé s'inscrit dans un contexte général de mobilisation autour des CDO, avec cependant une évolution dans le temps, sur laquelle nous reviendrons. La présence, dans notre échantillon, de départements « entrés » à des périodes diverses dans la CDO – de 1993 à 2000 – nous permet en effet d'intégrer une analyse dynamique dans notre diagnostic. Les entretiens avec les acteurs les plus anciennement présents dans le dispositif comprennent tous une partie historique qui offre la possibilité d'avancer des hypothèses assez fortes sur l'évolution possible des CDO.

Ceci étant, les différences très nettes qui apparaissent entre des départements aux caractéristiques socio-économiques comparables invitent à une réflexion préalable sur le poids du contexte local sur les politiques menées. En d'autres termes, avant de mesurer l'impact des actions mises en œuvre dans le cadre de la CDO, il semble indispensable de revenir sur les éléments qui interviennent en amont, et expliquent en grande partie ces variations notables.

### La mise en œuvre des CDO

Tout d'abord, on retrouve à l'échelle des dix départements l'un des principaux résultats apportés par les questionnaires, à savoir l'effet des CDO en termes de mobilisation d'opérateurs sur la problématique des dépendances. Ainsi, dans le questionnaire, 58 chefs de projet sur 62 ayant répondu au questionnaire et 49 procureurs sur 60 sont d'accord pour estimer que cette mobilisation a été effective. Plusieurs remarques nous invitent cependant à apporter quelques inflexions à ce qu'une conclusion trop rapide pourrait amener à considérer comme un succès total. Tout d'abord, les opérateurs étaient pour la plupart déjà connus, comme le soulignent 49 chefs de projet sur 62, et comme nous le confirmé les entretiens sur sites. Il s'agit donc davantage d'une montée en puissance de structures existantes, ou d'un élargissement de leurs champs de compétences, plutôt que d'une entrée de nouveaux opérateurs. La vraie plus-value vient généralement de la découverte – ou dans certains cas plus rares de la redécouverte – de ces opérateurs par la justice. Par ailleurs, si l'impulsion est donnée par la MILDT et est relayée plus ou moins efficacement par les acteurs institutionnels de terrain, on s'aperçoit aussi bien à

travers les questionnaires que dans les entretiens, que les opérateurs sont, eux aussi, force de proposition, et que leur offre de services – et d’actions – anticipe assez souvent, plus qu’elle ne répond, aux demandes des magistrats ou des chefs de projet.

Il apparaît également que l’élaboration du diagnostic sociosanitaire qui doit préluder à la mise en place effective des conventions de prestation se réalise selon des modalités fort variables d’un lieu à l’autre. Les réponses aux questionnaires adressés aux chefs de projet ont montré qu’en dehors des acteurs centraux (DDASS et procureurs), d’autres acteurs peuvent être impliqués dans ce diagnostic : la PJJ (cité à 15 reprises sur 42 questionnaires), les JAP (cité à 12 reprises), et, de façon peut-être moins attendue, les services de police et de gendarmerie cités par 14 chefs de projet. Parfois, ce diagnostic n’a pas été fait en profondeur, les institutions s’estimant aptes à en produire un spontanément grâce à leur expérience professionnelle. En d’autres lieux, les opérateurs sont étroitement associés au travail d’analyse préalable – 23 chefs de projet sur 69 l’affirment. Et il arrive que ces derniers soient les producteurs autonomes – voire monopolistiques – d’un diagnostic qui appuie leurs demandes d’action (département X). L’évolution des pratiques professionnelles et la volonté d’une prise en charge des personnes sous main de justice à d’autres étapes de la procédure pénale constituent, pour les opérateurs, un moteur pour de nouvelles demandes susceptibles de faire évoluer le cadre de la CDO.

Troisième remarque, il ressort des entretiens comme des questionnaires que le partenariat s’avère à la fois une source de satisfactions lorsqu’il fonctionne bien, mais également une contrainte forte. En effet, les relations entre institutions, DDASS et Justice, ou même au sein des diverses directions du ministère de la Justice, et surtout les relations entre celles-ci et les opérateurs génèrent quelquefois des conflits et des incompréhensions voire de la méfiance – terme utilisé à plusieurs reprises dans certains entretiens. Ce qui est clair, c’est que ce partenariat doit être construit et entretenu par les acteurs locaux. Nous y reviendrons dans le chapitre « l’impact de cette production sur les pratiques » (cf. page 75).

Ces remarques nous amènent à reconsiderer la variété des situations relevées. Cette diversité s’explique à la fois par les objectifs ambitieux des CDO à l’échelon national, par les moyens relativement limités dont disposent les échelons locaux pour mettre en œuvre ces politiques, mais aussi par les spécificités des contextes départementaux, ces trois termes s’articulant plus ou moins sur le terrain. Idéalement, le déroulement des CDO devrait décliner un schéma relativement simple : à un état sanitaire donné des PPSMJ dans un département donné, mis en lumière par un diagnostic exhaustif, devrait correspondre un plan d’action, et donc des conventions de prestations engageant des prestataires sur des opérations ciblées. Le dispo-

sitif serait bouclé grâce à une évaluation par les acteurs institutionnels, qui reconduiraient ou non les conventions de prestations. Dans les faits, les promoteurs de la CDO ne parviennent pas à satisfaire à ce schéma. Les moyens, non seulement financiers, mais également en temps des partenaires institutionnels ou en disponibilité des prestataires, limitent les ambitions. Le partenariat est plus ou moins aisé et les actions concrètes sont souvent le fruit de compromis. Quant au diagnostic et à l’évaluation, ils sont rarement le produit d’un travail systématique. Pour autant, nous le verrons, même dans le cas de figure le moins satisfaisant au regard du schéma théorique prévu, la CDO a des effets certains en termes de production (actions réalisées et personnes prises en charge) et sur les pratiques des acteurs.

## Les problématiques traitées

Les questionnaires montrent, et la comparaison des études de site le confirme, que chaque département, voire chaque ressort de TGI s’attaque de manière très différenciée aux diverses problématiques couvertes par la CDO, ce que permet la souplesse du dispositif. Certains parquets (départements R, W et X) privilégièrent le traitement des consommateurs de cannabis, d’autres s’attaquent en priorité aux toxicomanes lourds, d’autres encore aux consommateurs d’alcool (département T). De même, les publics visés ne sont pas partout les mêmes : si le présentiel semble le moment privilégié de recours aux prestataires dans le cadre de la CDO (départements R, Y, X, U), d’autres visent surtout les personnes incarcérées et les sortants de prison (département Z), ou bien les deux (département P).

Dès lors, la problématique de l’établissement et du développement d’une CDO se pose d’une manière tout autre que ne le décrit le schéma évoqué *supra* : identification du problème, recours à un opérateur, prestation, évaluation. Concrètement, il est nécessaire, pour mieux comprendre les mécanismes de fonctionnement locaux, d’envisager la façon dont les partenaires potentiels construisent le problème des addictions sur un territoire donné. Autrement dit, si l’on considère que la CDO ne peut pas tout traiter, comment s’opère la sélection des problématiques retenues et leur dévoilement parmi tant d’autres ? D’où toute une série d’interrogations.

■ La première question consiste à se demander qui, localement, met en avant tel ou tel problème, par exemple la consommation d’alcool ou de tabac dans les prisons, l’usage excessif de cannabis par les mineurs, apparemment ignoré pendant longtemps dans certains secteurs du département P, ou la situation familiale des consommateurs de psychotropes. Plusieurs situations se présentent : la DDASS joue parfois un rôle d’interface entre la Justice et des associations avec lesquelles elle a l’habitude de travailler ; ailleurs, le procureur ou l’un de ses substituts peut

se mobiliser parce qu'il estime que l'alternative « incarcération ou relaxe » qu'on lui offre n'apporte pas de solution satisfaisante aux cas qu'il rencontre, ou bien parce que la multiplication des procédures dites « de troisième voie » demande de développer de nouveaux dispositifs pour apporter des réponses à un nombre croissant de délits dont il a connaissance ; le DSPIP, à la recherche d'un meilleur encadrement des personnes suivies et grâce à la position privilégiée d'interface entre le monde judiciaire et le monde sociosanitaire qu'il occupe dans certains cas, peut jouer ce rôle moteur ; enfin, il n'est pas rare que des associations, ayant eu connaissance des procédures et des financements qu'apporte la CDO, démarchent d'elles-mêmes les magistrats et les DDASS pour mettre en place une action qui leur tient à cœur.

■ La deuxième question est bien entendu celle des publics ciblés parmi les PPSMJ. S'agit-il de mineurs ou de majeurs ? Deux dispositifs, l'un consacré aux mineurs et l'autre aux majeurs peuvent coexister sans faire l'objet d'une concertation ou d'un partenariat (département R). S'agit-il de personnes suivies en milieu ouvert exclusivement, en milieu fermé, ou bien des deux ? Ici encore, les problématiques ne se recoupent pas forcément, même si la réforme des SPIP<sup>22</sup> cherche à les unifier. Va-t-on mettre l'accent plutôt sur le présentiel ou sur le postsentenciel ? Dans ce cas, le choix renvoie à la présence ou non des SPIP dans le présentiel et à l'articulation entre le parquet et le siège qui se révèle souvent un processus complexe. Dans le même axe de réflexion, on peut s'interroger sur les produits visés, alcool ou produits illicites, distinction ou non entre cannabis et autres drogues, et le type de consommation. Les réponses à ces questions varient non seulement d'un lieu à l'autre, mais également d'un acteur à l'autre sur un même site.

■ Troisième question : quel type de prise en charge sera favorisé ? Individuel ou collectif ? Y a-t-il mise en place d'un véritable réseau d'acteurs qui échangent des informations, avec tout ce que cela signifie en termes de secret professionnel, tant du côté des médecins et des travailleurs sociaux que de celui des magistrats ? Y a-t-il au contraire des procédures normées, avec une succession d'intervenants qui coopèrent *a minima* entre eux et qui se contentent d'envoyer les usagers vers un opérateur ? Comment se fait la sélection des « cas » envoyés vers telle ou telle structure ?

Toutes ces questions sont autant de variables qui expliquent l'hétérogénéité des pratiques observées, des objectifs et des modes d'action, y compris lorsque les sites sont comparables du point de vue démographique, économique ou social.

22. Réforme qui a consisté à créer à l'échelle départementale des services d'insertion et de probation regroupant les anciens comités de probation et d'aide aux libérés (un par juridiction) et les travailleurs sociaux des établissements pénitentiaires.

À cela s'ajoutent d'autres facteurs de diversité, davantage structurels ou organisationnels, parmi lesquels on citera les fonctions du chef de projet – préfecture ou DDASS –, sa disponibilité et son implication dans les CDO – en particulier, pour les personnes appartenant à la DDASS, ces personnes ont-elles en charge uniquement le dossier drogues et dépendances (département R) ou bien ont-elles d'autres missions à remplir (département P) ? –, l'existence ou non d'un substitut ou d'une section du parquet dédiée aux stupéfiants ou aux conduites en état d'ivresse (département Z), la présence sur le territoire d'un nombre variable d'associations concernées – une seule (département X) ou plusieurs structures prenant en charge les toxicomanes. Dans le même ordre d'idées, on soulignera également l'impact du montant des financements CDO attribués par l'échelon national à chaque département. En fonction de la somme allouée, les acteurs institutionnels sont plus ou moins mobilisés et les associations plus ou moins intéressées, sans que ce dernier terme ait un contenu péjoratif. En effet, ces structures associatives sont en partie dépendantes de ces financements qui leur permettent d'envisager avec plus ou moins de sérénité et de célérité une nouvelle forme d'action.

## La constitution d'un marché

La souplesse relative du dispositif, quoique limité par ses moyens, conjuguée à la variabilité décrite ci-dessus incite à considérer le dispositif partenarial local davantage comme un « marché » avec une demande, généralement celle des institutionnels, et une offre, celle du ou des opérateurs locaux, plutôt que comme un dispositif planifié.

Du côté des opérateurs, on observe un certain opportunisme : ces derniers, en fonction des moyens financiers qui leur sont apportés, choisissent d'entrer ou non dans le dispositif, certains, plus rarement pouvant décider de le quitter soit pour des raisons financières soit plus souvent pour non entente avec les partenaires (département R). Cette analogie avec le marché permet de rendre compte de toutes les variations observées localement. Ainsi, une seule association peut disposer d'une situation de monopole, structurer l'offre et capter la majeure partie des financements locaux (départements X et V). Ailleurs, les associations peuvent se comporter de manière concurrentielle et avoir intérêt à le faire sur un mode d'oligopole ou d'entente pour mener certaines actions (département Z). Dans d'autres endroits, afin de répondre à la demande, un prestataire peut choisir d'investir ou non de nouveaux champs d'intervention (association de contrôle judiciaire dans les départements R et W) (voir les remarques à ce sujet dans le chapitre « l'impact de cette production sur les pratiques », cf. page 75).

Dans le cadre de cette analogie avec le marché, le point de vue des institutionnels peut être considéré comme une demande. Si parfois cette demande est unifiée et structurée grâce à un partenariat fort entre la DDASS, le parquet et les autres intervenants appartenant à l'institution judiciaire, il est relativement plus fréquent de rencontrer des sites où le présentiel (le parquet), le postsentenciel (le SPIP ou plus rarement le JAP), les personnes intervenant auprès des mineurs (via la PJJ ou de manière exceptionnelle les juges pour enfants) agissent séparément, voire s'adressent aux mêmes opérateurs pour des actions similaires, sans se concerter (Département R).

La figure du marché intègre encore une autre donnée très importante dans le cadre des CDO : celle de l'information. Les questionnaires et les entretiens, notamment ceux avec les magistrats, montrent clairement que le partenariat permet à ces derniers de découvrir une offre et des pratiques d'opérateurs largement inconnus avant la mise en place de la CDO. De ce point de vue, l'accès au réseau ou *a minima* au magistrat, est, pour les associations intéressées, un enjeu fort que maîtrise en grande partie la DDASS, et dans une moindre mesure les SPIP. La DDASS peut plus facilement jouer la carte institutionnelle pour se rapprocher des magistrats – à cet égard son rôle dans les injonctions thérapeutiques a souvent constitué un précédent indispensable à la mise en place des CDO. Elle use également de son autorité et de ses qualités en matière sanitaire et sociale pour créer du lien avec les opérateurs. D'où une position essentielle que, pour des raisons de stratégie ou de moyens, elle choisit d'occuper ou non. Il semble que la préfecture, lorsque le statut de chef de projet lui revient, est moins apte à jouer ce rôle de passerelle entre le monde judiciaire et le celui du soin et de la santé.

### CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU FONCTIONNEMENT DES DISPOSITIFS LOCAUX

Les enquêtes réalisées (par questionnaire au niveau national, puis au sein des dix départements) ont permis d'identifier des éléments généraux relatifs au fonctionnement des dispositifs CDO, dont l'effectivité se traduit différemment selon les trois modèles d'organisation évoqués.

### Un pilotage partenarial jugé globalement satisfaisant par les acteurs

La participation des représentants des diverses institutions ou associations aux mécanismes de pilotage de la CDO s'observe selon deux dimensions. D'une part, plusieurs questions du questionnaire adressé aux procureurs et aux chefs de pro-

jet traitent plus ou moins directement de ce thème de la coopération. D'autre part, cette dernière peut se mesurer à travers la question précise des modalités pratiques de réponse à ce questionnaire (réponse individuelle, collective ou lors d'une réunion de concertation).

Sur ce second point, on observe qu'une part non négligeable de ces questionnaires a été remplie de manière collective. Concernant ceux qui ont été adressés aux chefs de projet, 19 sur 59 ont suscité une élaboration en commun, dont 8 entre la préfecture et la DDASS, et 5 sur 59 ont fait l'objet d'une réunion de concertation, soit un total de 24 sur 59 réponses à cette question finale. C'est-à-dire que presque la moitié des questionnaires s'inscrit dans un processus de collaboration pour leur finalisation. Du côté des procureurs, on retiendra qu'une moitié des questionnaires est issue d'un travail collectif, et une autre d'un investissement individuel. Ceci peut paraître faible dans l'absolu, mais cette mobilisation collective de personnes à responsabilités multiples, et donc au temps compté pour répondre à une enquête paraît en soi un résultat montrant, globalement, un engagement conséquent des acteurs sollicités dans ce dossier des CDO.

Si l'on en vient maintenant aux réponses en elles-mêmes et non plus aux modalités de leur élaboration, on perçoit les effets assez importants du dispositif CDO sur la coopération locale. Les réponses spontanées à la question « Quels sont pour vous les principaux intérêts de la CDO dans le département ? » en constituent une première illustration. Elles montrent que le développement de la concertation, aussi bien entre les différents services de la justice qu'avec les services extérieurs de l'État ou les associations, a pu être favorisé par cette voie. Avant de décrire les mécanismes mis en place localement, les personnes interrogées insistent avant tout sur l'impact qu'a eu la CDO sur leur connaissance réciproque, sur la construction de liens entre elles et sur la cohérence d'ensemble qui en résulte. Parmi les sujets spontanément évoqués, on note, dans les questionnaires adressés aux procureurs, 17 réponses qui voient dans la CDO l'occasion « d'une meilleure cohérence des dispositifs », 12 qui relèvent « une meilleure connaissance du fonctionnement et des rôles » des autres partenaires potentiels, 12 qui évoquent « un partenariat renforcé<sup>23</sup> ». Le même mouvement s'exprime, et de manière plus marquée, dans les questionnaires retournés par les chefs de projet : 31 de ces derniers déclarent que la CDO a conduit à une « meilleure coopération » entre les secteurs médico-sociaux et les institutions judiciaires, et 17 soulignent une meilleure convergence des stratégies de ces organisations.

23. On ne peut toutefois pas additionner tous ces chiffres, certains questionnaires ayant livré plusieurs réponses spontanées de ce type.

Avant même de chercher à comprendre ce qu'a produit la CDO en termes d'opérations concrètes et de publics touchés, on doit relever ce mouvement important de construction, ou de développement, d'une coopération entre acteurs institutionnels et autres partenaires, mouvement souligné – rappelons-le – spontanément par les acteurs dès le début du questionnaire.

D'autres éléments de réponse au questionnaire renforcent cette idée et précisent en partie avec quels interlocuteurs se sont construits ces contacts. Parmi les questionnaires « procureurs » 43 sur 50 répondent par l'affirmative à la question : « La CDO a-t-elle permis de développer une plus grande coopération de la justice avec les acteurs du domaine sanitaire et social ? » Seuls 7 y répondent « non », et encore parmi eux, il semble que certains évoquent le fait qu'il n'y ait pas « développement » parce que cette coopération existait déjà et fonctionnait avant de manière satisfaisante. Comme pour d'autres points relevés précédemment, on note un remarquable parallèle entre les questionnaires « procureur » et ceux des chefs de projet sur ce sujet de la coopération, avec une amplification des réponses positives dans ce second groupe. Parmi les questionnaires « chef de projet », 51 contre 5, acquiescent à la question : « La CDO a-t-elle permis de développer une plus grande coopération de la DDASS avec les acteurs de la justice ? » L'optimisme plus affirmé des chefs de projet par rapport aux procureurs se manifeste clairement dans les réponses des premiers à la question : « La CDO a-t-elle permis une meilleure connaissance du fonctionnement et des contraintes judiciaires par les acteurs du secteur sanitaire et social ? », 48 répondants « oui » et 5 « non ». Ces chiffres n'offrent cependant pas les moyens de conclure sur la qualité et le niveau atteint par cette coopération. Ils soulignent avant tout un mouvement, celui du renforcement de la coopération, sans forcément préciser quel était le point de départ de celle-ci, et quelle intensité elle atteint. De fait, ce partenariat est inégalement effectif selon les modèles de mise en œuvre (cf. *supra*).

### Diversité des partenaires impliqués au niveau du pilotage et du suivi

Lorsqu'un comité de pilotage et de suivi de la CDO existe, y sont présents, d'après les chefs de projet, les parquets dans 35 cas sur 44, les SPIP dans 37 sur 44 réponses, la DDASS est citée 33 fois sur 44. Dans une moindre mesure, on y relève la PJJ (28 occurrences sur 44), les services de police (18 occurrences) et de gendarmerie (16 occurrences). D'autres partenaires sont parfois présents, dans des proportions moindres, mais néanmoins non négligeables :

- la DDJS apparaît 15 fois sur 44 dans les questionnaires « chefs de projet » et 11 fois sur 37 dans ceux des « procureurs » ;

- l'Éducation nationale apparaît respectivement 13 fois sur 44 (« chefs de projet ») et 12 fois sur 37 (« procureurs ») ;

- de manière plus résiduelle, on relèvera la présence de la DDTEFP, 7 sur 44 et 2 sur 37 ainsi que des collectivités locales, 8 sur 44 et 6 sur 37. En ce qui concerne ce dernier acteur, et excepté deux ou trois cas dans lesquels les collectivités locales émergent de manière récurrente, la présence de ces dernières est surtout signalée en tant que source de financement aux opérateurs.

Les réponses concernant l'implication des magistrats semblent indiquer un investissement relativement rare des juges du siège (8 réponses sur 44 « chefs de projet », 6 sur 37 « procureurs »).

Les réponses à la question portant sur « les services impliqués dans l'élaboration du bilan MILDt » confirment les tendances évoquées ici. Sur 49 réponses « procureur », la DDASS apparaît 46 fois, le parquet 48, le SPIP 41, la PJJ 34, les services de police et de gendarmerie 28 fois, la DDJS 21, et les JAP 17. Sur 58 réponses « chefs de projet », la DDASS apparaît 57 fois, le parquet 54, le SPIP 47, la PJJ 37, la police et la gendarmerie 36, la DDJS 30 et le JAP 14. Dans ces deux questionnaires, les juges correctionnels et les juges pour enfants sont très rarement signalés.

À partir de toutes ces considérations, il est possible de dégager une typologie des sites observés, un site ne correspondant d'ailleurs pas à un département mais à un ressort de TGI, avec trois modèles dans lesquels se place l'ensemble des lieux observés par nos soins.

### TROIS MODÈLES DE MISE EN OEUVRE

Si l'on considère non pas la production des divers opérateurs, mais le système de relations locales, on distingue trois modes principaux de fonctionnement des dispositifs, intégrant à la fois le partenariat interinstitutionnel potentiel et la nature des liens qui se construisent avec les opérateurs. Précisons qu'il ne s'agit pas ici de faire un classement entre bons et mauvais sites, mais de comprendre les logiques qui président au fonctionnement de chacun d'entre eux.

■ Un premier modèle, que nous qualifierons de type A, concerne les secteurs où les liens entre les institutionnels et les opérateurs sont essentiellement, pour ne pas dire exclusivement, d'ordre financier. Le chef de projet et les différents partenaires institutionnels coopèrent peu entre eux et délibèrent peu avec les prestataires. On y relève peu ou pas d'échanges sur le fond des dossiers. Les crédits sont reconduits de manière automatique pour les mêmes opérateurs et les mêmes actions d'une année sur l'autre.

C'est donc une logique de guichet qui domine. Dans ce modèle s'inscrivent aussi bien des ressorts de TGI avec un opérateur en position de quasi-monopole (département X) que d'autres où les différents prestataires sont en situation de concurrence concernant notamment l'attribution des crédits (département Z). On trouve dans ce modèle aussi bien des petits ressorts (petits TGI des départements S, U et V) que des plus gros (TGI principaux des départements V, Z et P).

À ce stade s'impose une précaution d'ensemble, sur laquelle nous reviendrons. Il ne s'agit pas de tirer des conclusions, à partir des modes de fonctionnement des systèmes décrits ici, sur l'efficacité ou sur la productivité des actions menées dans le cadre des CDO. Nous verrons que l'implication dans les actions n'est pas systématiquement proportionnelle au degré de coopération observé. En particulier, des structures peuvent avoir une certaine efficacité sans forcément répondre aux critères de coopération optimaux. Néanmoins, la visibilité de leur activité est forcément moins élevée dans ce type de fonctionnement.

■ Un deuxième modèle, intermédiaire, renvoie à un fonctionnement où les relations entre institutions et opérateurs dépassent le simple cadre administratif et financier pour partager une réflexion commune sur les objectifs fixés à chacun. Dans ce deuxième cas, les institutions coopèrent relativement peu entre elles, chacune s'étant fixé ses propres priorités qu'elle n'est pas parvenue, faute de temps ou faute d'accord de principe, à faire partager aux autres. Chaque institution (DDASS, Parquet, SPIP, PJ, établissement pénitentiaire) développe ainsi des relations directes et autonomes avec un ou plusieurs opérateurs. C'est dans ce modèle que l'on trouve le cas de figure où, pour répondre aux souhaits exprimés par le commanditaire institutionnel, un prestataire va développer une activité dans le cadre des CDO, même si celle-ci est déjà assurée par un autre opérateur non retenu dans ce cadre, ou bien en relation avec un autre acteur institutionnel. Pour leur part, ces opérateurs peuvent avoir des relations avec plusieurs institutions, sans que la coordination s'établisse. En particulier, la DDASS ne joue dans ce cas que très modérément le rôle de passerelle entre les différents milieux, soit par manque de temps ou de personnel dédié à ces problématiques, soit parce que les conflits ou les tensions sont trop vives entre les différents acteurs judiciaires, soit parce que les relations entre prestataires sont trop mauvaises pour qu'elles puissent efficacement générer de la coopération. Ce deuxième type B, que nous identifions comme fonctionnant sur une logique de partenariat ciblé ou individualisé se caractérise donc par des échanges directs et assez fréquents entre l'opérateur et son partenaire institutionnel privilégié, mais avec peu de contacts avec les autres prestataires et les autres acteurs institutionnels. Les départements R et W et l'un des TGI du département U entrent dans cette seconde catégorie.

■ Enfin, un troisième type C correspond vraisemblablement davantage aux attentes nationales, du moins en ce qui concerne la coopération interinstitutionnelle. Sur ces sites, les liens entre les institutions ont surmonté les antagonismes structurels que l'on retrouve ailleurs : secret médical *vs* secret de la procédure, magistrats *vs* personnel sanitaire et travailleurs sociaux, institutionnels *vs* prestataires. Les représentants des services de l'État et de la justice se réunissent régulièrement, ont des échanges qui leur permettent justement de dépasser les tensions inhérentes aux logiques propres à chacune de leurs administrations. Dans ce cadre, les prestataires sont vus comme des partenaires à part entière qui participent pleinement aux réunions. Les gens y réfléchissent ensemble sur les objectifs, le fonctionnement des CDO et sur leur évolution.

Ce troisième modèle, dit coopératif, se caractérise par des relations interpersonnelles très fortes, ce qui signifie que les échanges et les liens qui se créent ne rejoignent pas forcément sur l'ensemble des autres membres des services concernés, mais qu'au moins des passerelles ont été créées. Dans les sites fonctionnant sur ce modèle (U, S, Y, T), des personnalités s'engagent dans le processus en y consacrant du temps et de l'énergie, avec la présence d'au moins un parquetier et d'un représentant de la DDASS qui sont moteurs dans le dispositif.

Si le niveau d'implication des principaux acteurs institutionnels relevé par le questionnaire peut paraître tout à fait satisfaisant, les études de sites qualitatives permettent de nuancer les situations départementales. Notamment, on relève que ces observations générales n'ont pas le même écho selon le modèle de mise en œuvre dans lequel on se situe. Ces modèles (A, B et C) déterminent, en effet, des logiques de fonctionnement assez nettement différenciées, aussi bien en termes d'animation que de suivi ou d'évaluation.

## Le mode bureaucratique

Ainsi, dans le premier modèle, la logique de guichet conduit les institutionnels à se comporter essentiellement sur un mode bureaucratique et gestionnaire, en administrant les dossiers sans s'y impliquer personnellement. La connaissance des actions menées par les prestataires est presque uniquement fondée sur les chiffres et les rapports. Il a peu – ou pas – d'échanges sur le fond, et donc une animation très réduite de la part des institutions. L'évaluation est, elle aussi, fondée sur les chiffres et les rapports. La question de la pertinence des actions est relativement peu évoquée. Ces dernières sont reconduites de manière quasi automatique d'une année sur l'autre, sans grandes modifications, les crédits stagnent. Ce modèle se distingue avant tout par un faible dynamisme institutionnel, qui n'est pas forcément dû

à un manque d'intérêt individuel, mais à une trop grande prégnance des logiques internes à chaque institution, la volonté des uns se heurtant aux demandes non convergentes des autres. Pour autant, on doit se garder de conclure à une inefficacité de ce premier type de système. Bien qu'êtants autonomes, les opérateurs mènent des actions, assurent des prestations, mais leur visibilité sur le marché est réduite, et les possibilités de discussion, de remise en cause ou de réorientation des crédits sont très faibles. L'innovation s'avère dans ce cas très difficile.

### Le mode binaire

Dans le deuxième modèle, les échanges sont fréquents entre le commanditaire institutionnel et son partenaire opérateur privilégié, qui se sont « choisis » parce qu'ils partagent déjà *a priori* une même vision des problèmes à traiter et de la manière de les traiter. Fréquemment d'ailleurs, cette vision partagée s'est construite lors de la mise en place de politiques publiques ayant précédé le démarrage de la CDO sur le secteur (sur l'alcool dans le département R). Les financements sont dès lors fléchés pour des actions précises. L'accord préalable sur les modes de traitement des problématiques d'addiction retenues n'invite pas vraiment à se poser la question de l'impact concret des actions sur l'état sanitaire et social des publics visés, ni sur leurs effets à long terme en matière de récidive. En effet, dans ce second type, le primat est donné à la mise en œuvre, et l'évaluation est en quelque sorte reléguée au second plan. Celle-ci vise surtout à vérifier l'effectivité des actions plutôt que leur efficacité ou leur impact, et se soucie relativement peu des effets induits sur les autres opérateurs ou les autres institutions. Le manque de liens entre les institutions rend difficile une appréciation globale des actions, tant du point de vue du parcours judiciaire que des conséquences de la décision de justice sur la situation sanitaire et sociale. Ce modèle est donc assez rigide, les transformations ne se faisant qu'à la marge, souvent avec le même opérateur qui accepte d'élargir son champ de compétences à la demande ou avec l'accord de son partenaire institutionnel, à condition cependant que soient dégagés des crédits supplémentaires. Ou bien, un autre partenariat se construit avec un autre institutionnel sans que des ponts soient jetés avec les activités précédentes.

### Le mode coopératif

En revanche, le mode de fonctionnement de type C facilite les échanges d'idées. La logique de l'arrangement et du compromis prévaut sur la rigidité bureaucratique, ce qu'explique la forte personnalisation des rapports entre les acteurs.

L'éventail des domaines touchés est plus large. Tous les partenaires étant présents et impliqués, l'approche des questions est plus globale et intègre les préoccupations des autres institutions et des prestataires. On cherche à évaluer les conséquences des actions entreprises. Dès lors, les remises en cause sont plus fréquentes. Elles sont en outre rendues plus aisées par la possibilité de réorienter les opérateurs, à crédits constants ou légèrement augmentés, vers d'autres types d'actions, alors que dans le modèle B, la monorelation qui s'est construite et la rigidité qui en résulte conduit davantage à une approche binaire : on valide ou non une action. La survie des associations peut difficilement, dans une telle optique, se conjuguer avec d'éventuelles remises en cause. *A contrario*, dans le modèle C s'esquisse une sorte de cercle vertueux : la discussion étant ouverte, on évalue l'impact et les conséquences d'une action, ce qu'acceptent d'autant plus volontiers les prestataires qu'on les invite éventuellement, à travers la réflexion menée, à aller vers d'autres actions et non à se saborder. Animation, partenariat, suivi et évaluation, vont de pair. La coopération prime sur le contrôle ou sur la relation de donneur d'ordre à exécutant. Si la visibilité des actions menées par les prestataires semble plus nette dans ce cas, si les débats offrent l'occasion de parler clairement du devenir des publics touchés, si les échanges interinstitutionnels multiplient les occasions d'échanger des points de vue sur les actions menées, il n'en reste pas moins que ce mode de fonctionnement et l'évaluation locale dépendent de la bonne volonté et du degré de coopération des opérateurs.

### DES SYSTÈMES EN ÉVOLUTION

Cette classification en trois types A, B et C, au-delà de l'intérêt qu'elle peut offrir pour décrire un ensemble de situations très contrastées, présente en outre un caractère dynamique. En effet, les entretiens montrent nettement que les sites peuvent passer, au cours du temps, d'un mode de fonctionnement à un autre, et que par conséquent ces situations ne sont pas figées. À travers plusieurs exemples, on remarque notamment que le modèle C, qui, d'une certaine manière, représente un certain idéal de fonctionnement, se révèle également être le plus fragile. Alors que le modèle bureaucratique A présente des équilibres plus stables. Plusieurs cas (départements P et Z) illustrent le repli d'acteurs d'un mode C coopératif vers des logiques plus individualisées – type B – pour finir dans un fonctionnement de type A. Les analyses synchroniques conduites sur les sites, ne nous ont pas offert l'opportunité d'observer *in vivo* de tels passages. Sans avoir la prétention d'avoir fait un véritable travail d'histoire locale, à travers les témoignages recueillis, et

surtout par les recouplements que nous avons pu opérer entre eux, il se dégage des cheminements de ce genre – de C vers A, qui se mesurent nettement non seulement par les sentiments et les opinions exprimées, mais également par les faits concrets évoqués par les acteurs.

Ainsi, certains partenaires institutionnels, rejoints en cela par les prestataires, regrettent sur certains sites le départ de tel ou tel substitut ou la mutation sur un autre poste d'un chargé de mission ou d'un médecin inspecteur de la DDASS, car, sans lui, le dispositif CDO perd de sa cohérence. Concrètement, cela se traduit par l'accroissement des délais entre deux réunions, puis par leur disparition progressive. Les gens ne se réunissant plus, ont tendance à se contenter d'échanges directs bilatéraux avec le partenaire institutionnel qui subsiste, et donc à passer à un mode de fonctionnement de type B. Lorsque ce second partenaire part à son tour et que les nouveaux ne s'investissent plus dans la CDO, le système glisse très facilement vers un mode d'interactions faibles de type A.

### La stabilité des personnels en question

Plusieurs raisons nous semblent susceptibles d'expliquer la tendance lourde du système d'acteurs concerné par le dispositif CDO à glisser de C vers B puis A. En premier lieu, et vu l'importance qu'acquièrent les relations interpersonnelles dans le modèle coopératif – qui permettent de surmonter, au moins au début du dispositif, les préjugés réciproques attachés à l'appartenance à telle ou telle organisation et les pesanteurs internes à chaque administration –, la mobilité des magistrats ou des fonctionnaires constitue une source de fragilisation importante. Les vacances de poste ou l'accumulation de nouvelles missions ne permettent pas aux nouveaux arrivants de s'investir suffisamment dans les mécanismes chronophages de coopération. À l'inverse, il arrive souvent que le nouveau venu s'intéresse, sur le fond, au dossier CDO comme certains entretiens ont pu nous le montrer. Quand le nouveau responsable s'implique dans le dispositif avec des idées qui ne correspondent pas au consensus interinstitutionnel qui s'est coûteusement forgé avant son arrivée, il arrive également qu'il soit rejeté par les anciens et qu'il cherche alors à créer son propre réseau partenarial, favorisant là aussi le passage de C vers B.

### De l'importance des moyens

Une autre raison limite la persistance à long terme d'un mécanisme coopératif : les moyens (et pas seulement financiers) attribués dans le cadre des CDO demeurent limités même s'ils sont loin d'être négligeables. Beaucoup d'intervie-

wés, qui montrent par ailleurs une adhésion sans faille, voire un enthousiasme assumé, face au discours de la MILD'T, regrettent parallèlement que celle-ci ne leur donne pas suffisamment les moyens d'aller plus loin dans cette politique. On pourrait presque dire que l'insatisfaction exprimée à cet égard est proportionnelle au degré d'engagement dans le dispositif. Nombre de nos interlocuteurs parmi les plus motivés parlent de sacerdoce, et se disent épuisés par les efforts que leur réclame l'animation du partenariat. Or, si nous avons insisté sur les capacités de remise en cause et d'innovations dont semblait être capable le modèle C, il paraît évident, pour les différents acteurs impliqués – que ceux-ci appartiennent à des organismes prestataires ou à des institutions régaliennes – que les propositions innovantes qui sortent des débats nécessitent souvent des moyens que les CDO ne leur offrent pas. Ce faisant, les acteurs relèvent l'incohérence d'un dispositif destiné en partie à améliorer la coopération sans que des moyens (financiers ou en poste) y soient dédiés (cf. page 25). En outre, et nous reviendrons sur ce thème, il apparaît assez clairement que les discussions font à plusieurs reprises émerger la nécessité d'une prise en charge, ou du moins d'une offre auprès des publics tout au long de la chaîne pénale, et en particulier très en amont de la procédure, dans le présentiel. Dès lors, le manque de moyens afférents rend les débats stériles, puisque ne débouchant pas sur des réalisations concrètes. D'où un certain désengagement, à terme, des opérateurs.

De toute façon, les associations et les intervenants sanitaires et sociaux se trouvent, d'une manière générale, insérés dans des logiques de sélection, ou du moins d'orientation des publics qui s'accommode mal des dispositifs coopératifs qui peuvent se développer dans le cadre des CDO. Voilà pourquoi, si les partenaires institutionnels ne fournissent pas les efforts et les moyens nécessaires, s'ils ne jouent pas sur un registre compréhensif commun avec les associations, les opérateurs peuvent se satisfaire de l'autonomie très large que leur procure une gestion uniquement administrative et financière des prestations.

### L'irruption de l'alcool

Parmi les autres raisons susceptibles d'expliquer ce passage de C vers A, il est fort possible que l'irruption de la problématique alcool dans les CDO en 1999 ait pu contribuer à perturber les équilibres antérieurs dans les départements où le dispositif préexistait. Soit cette volonté de prendre en charge les dépendances et les délits liés à l'alcool a concrètement été ignorée localement. Soit elle a été prise en compte, suscitant une dispersion des énergies des acteurs institutionnels, souvent les seuls préoccupés par l'ensemble des problématiques de dépendances et d'addictions.

Cette émergence de l'alcool a également généré alors la création de filières supplémentaires (cf. page 75), risquant d'entraîner là aussi un passage de C vers B. Dans d'autres endroits néanmoins, cette problématique a redynamisé un milieu qui s'essoufflait en ouvrant un champ d'intervention encore quasi-vierge.

### Les effets du traitement judiciaire rapide

Enfin, nous évoquerons ce que l'on pourrait qualifier de « paradoxe du traitement rapide » des affaires par les parquets. Pour résumer, c'est l'articulation du traitement rapide des procédures et de la nécessité de développer les réponses alternatives aux poursuites qui expliquent, en partie, le succès rencontré par les CDO en phase présentielle. En substance, même s'ils n'accordaient qu'un crédit limité au dispositif – ce qui est loin d'être le cas dans la plupart des sites –, les parquets les plus réticents y voyaient néanmoins, *a minima*, une réponse au délit constaté. Or, on remarque aujourd'hui que le développement de réponses alternatives notifiées non plus par un magistrat au tribunal, mais par un OPJ, rend moins aisés le repérage des publics par les opérateurs. Du coup, on observe ponctuellement une perte de vitesse des permanences TGI qui, sur certains sites, ont historiquement constitué une pièce maîtresse des CDO et de la coopération entre la justice et le secteur sanitaire et social. Conjugué à la nécessité, exprimée par plusieurs prestataires, d'intervenir selon eux de plus en plus en amont de la procédure par souci d'efficacité, on voit que la tentation est grande d'intégrer au partenariat des services de police et de gendarmerie qui jouent un rôle de plus en plus important dans la procédure, avec le bémol qu'entraîne la question des moyens. Si une permanence au TGI a un coût, la création d'un service apte à se déplacer en urgence pour rencontrer les gens sur les lieux de garde à vue demande du personnel à une échelle beaucoup plus vaste.

### Les effets de la réforme des SPIP

À ce paradoxe concernant au départ les parquets, on peut en ajouter un autre renvoyant à l'articulation entre la réforme des SPIP et le dispositif CDO. Cette réforme a permis de faire émerger un acteur, le DSPIP, en partie dégagé des responsabilités opérationnelles, et qui a pu participer à la construction d'un dispositif partenarial interinstitutionnel justement parce qu'il disposait de temps pour cela, et parce que sa position, à cheval sur le judiciaire et sur le champ du social lui a parfois permis de jouer le rôle de passerelle déjà évoqué. Néanmoins, ici encore, ce rôle n'a pas partout été assumé partout. D'abord, la réforme des SPIP a, en de nom-

breux endroits, rendu plus complexes les relations entre les CIP et les magistrats de l'application des peines. L'éloignement géographique a joué : depuis la réforme, la plupart des SPIP ont déjà quitté, ou sont en passe de le faire, les locaux du TGI (départements Z et P). La réaffirmation d'une hiérarchie propre aux SPIP a fréquemment affaibli les JAP, et les liens entre ces magistrats et le partenariat.

Ensuite, les liens avec le parquet n'ont pas été profondément modifiés par la création des SPIP. Ou bien les anciens CPAL avaient déjà développé des relations avec les parquets sur le présentiel. Ou bien ils ne l'avaient pas fait. Dans un cas comme dans l'autre, les modifications institutionnelles n'ont pas transformé les rapports.

Enfin, d'un point de vue interne, la gestion des problèmes inhérents à la mise en place de la réforme a parfois rendu peu lisible pour les autres acteurs la position du SPIP. Les divergences d'appréciation entre d'une part un partenaire officiel, le DSPIP, qui peut s'engager sur un certain nombre de points lors de réunions de principes, et d'autre part, des CIP qui développent des actions de terrain, peuvent amener à déconsidérer le service et, par contrecoup, à distendre le partenariat.

Nous avons essentiellement évoqué la dynamique, plutôt négative, du passage de C vers B et A, parce qu'elle semble être la menace essentielle contre laquelle exercer une pression afin d'éviter une dépréciation des situations les plus favorables. *A contrario*, une position de départ de la CDO fondée sur une mécanique de type A, bureaucratique, paraît peu susceptible d'évolution, pour les raisons évoquées ci-dessus. Cette affirmation s'avère d'autant plus pertinente en période de reconduction des crédits sans augmentation des enveloppes départementales. Cette dernière condition semble être indispensable, quoiqu'insuffisante, pour espérer agir sur le système et le faire évoluer. Du reste, le seul département de notre échantillon qui ait amorcé ce mouvement (de A vers C) est le département X dans lequel à un opérateur unique et en situation de monopole a succédé une diversité d'opérateurs. Ce département est un de ceux qui bénéficient d'une importante enveloppe financière (plus d'un million de francs).

Si l'on se réfère aux questionnaires, du moins à ceux qui nous sont parvenus, puisqu'il ne paraît pas incongru de penser que les moins impliqués des départements seraient ceux qui n'ont pas jugé bon d'y répondre, il est légitime de penser que les sites de type A ne sont pas majoritaires. Le nombre de réponses indiquant que la CDO a suscité un espace de dialogue suggère que, vraisemblablement, une majorité de départements, ou de ressorts de TGI se trouvent dans des configurations de type B ou C. On peut même estimer, au vu des tendances lourdes évoquées précédemment et des résultats apparus dans les dix départements de notre échantillon, que le modèle B domine. Dès lors, la traduction locale d'une politique de maintien

des acquis des CDO en termes de partenariat, et donc d'évaluation qualitative des actions, se devra de contrecarrer les forces qui portent les systèmes à passer en A.

Par ailleurs, l'autre question qui se pose est celle de la correspondance entre d'une part, le degré de partenariat auxquels sont parvenus les acteurs et d'autre part, les réalisations effectives permises par les CDO. Comme nous l'avons signalé à maintes reprises, la relation de cause à effet entre les deux n'a rien d'évident.

La CDO est un outil plus qu'une politique publique au sens propre, outil mobilisable dans le cadre de dispositifs ou programmes départementaux ou régionaux, principalement à vocation sanitaire, à condition cependant que le partenariat soit déjà fort autour de ces questions. Ces considérations n'invalident cependant pas les appréciations positives sur les échanges institutionnels nés du fait de la CDO (comme le montre ce chapitre, ou au niveau opérationnel le chapitre page 75). Cependant, au-delà des échanges et de l'interconnaissance produits par la CDO, sa traduction dans l'élaboration des politiques publiques connexes n'apparaît pas évidente et demande sans doute un temps plus long. Or, la généralisation du dispositif est encore relativement récente.

## RÉSUMÉ

La signature de la convention départementale d'objectifs est un acte formel n'engageant pas particulièrement ses signataires. C'est la façon dont est animé le dispositif, et notamment le profil du chef de projet, qui détermine son degré de cohérence. Celui-ci semble en particulier le plus élevé quand l'activité du chef de projet est dédiée exclusivement au dossier des addictions.

En effet, concrètement, le partenariat est plus ou moins aisé et les actions sont souvent le fruit de compromis. Le diagnostic et l'évaluation sont rarement le produit d'un travail systématique, ils ne débouchent pas sur la production d'un point de vue partagé des problèmes ou des besoins. En conséquence, l'articulation avec les autres politiques publiques est plutôt faible. Globalement, le dispositif CDO apparaît davantage comme un marché que comme un système planifié, avec une demande – celle des institutionnels – et une offre – les opérateurs –, ce qui explique les variations constatées.

La circulation de l'information et la construction du partenariat, par ailleurs jugé très positivement par l'ensemble des acteurs, demandent donc un investissement important des institutionnels, faute de quoi le système s'essouffle et s'opacifie. Sur le terrain, le système partenarial se décline selon trois modèles : une logique de guichet, un partenariat segmenté, ou une logique de coopération qui repose sur des relations interpersonnelles fortes et sur un investissement lourd. Ces modèles ne sont pas figés dans le temps : l'effet de routine, la mobilité des personnels administratifs, l'augmentation du contentieux dans les TGI, et la difficulté à mobiliser des ressources en temps et en moyens financiers, ont tendance à faire passer les systèmes locaux du modèle coopératif, très répandu au départ, au modèle bureaucratique.

## OPÉRATEURS MOBILISÉS, ACTIONS FINANCIÉES ET PUBLICS PRIS EN CHARGE : LES RÉALISATIONS DES CDO

---

Évaluer le dispositif sous l'angle de son opérationnalité revient à s'interroger sur les réalisations, c'est-à-dire sur les productions locales des CDO. Autrement dit, il s'agit bien ici d'un questionnement en effectivité qui se décline sur le plan des moyens mobilisés d'une part, et des publics pris en charge d'autre part.

Du point de vue des moyens, la circulaire de 1999 prévoit que l'opérationnalité du dispositif sera assurée par un ensemble de conventions tripartites de prestations signées entre les partenaires institutionnels (procureurs, SPIP, et DDASS principalement) et des opérateurs locaux, associations dans la plupart des cas, spécialisés ou non dans le domaine de l'aide aux personnes toxicomanes ou alcooliques, ou plus généralement œuvrant dans les champs de l'action sociale et de la lutte contre les exclusions.

En termes évaluatifs, la question peut être formulée de la façon suivante : quelles sont les réalisations effectives des CDO ? Quels sont les opérateurs effectivement mobilisés ? Quelles sont les actions effectivement financées ? Il s'agit d'appréhender les réalisations effectives du dispositif à travers les conventions de prestation, c'est-à-dire à travers les actions financées, d'une part, et à travers les opérateurs mobilisés pour les mettre en œuvre, d'autre part.

Du point de vue des publics pris en charge, le questionnement en effectivité renvoie plutôt à leur situation judiciaire : dans quelle mesure l'objectif de prise en charge à tous les stades de la procédure judiciaire est-il atteint ?

Les sources d'information convoquées pour appréhender l'effectivité des réalisations du dispositif sont principalement les chiffres centralisés par la MILDT concernant non seulement les structures et les activités financées, mais également les résultats des questionnaires adressés aux procureurs et aux chefs de projet. La mobilisation de la base de données MILDT permet de connaître assez précisément les opérateurs financés, mais l'activité réelle est beaucoup moins évidente à cerner. En effet, la typologie des actions ayant été élaborée *a posteriori* (cf. page 17 sur les limites de ces données), elle reste très imprécise.

Par ailleurs, quelle que soit la typologie utilisée pour décrire les actions, leur contenu précis ne peut être appréhendé *via* l'outil statistique : le contenu des actions, au-delà de leur intitulé nécessairement réducteur, renvoie plus largement aux pra-

tiques développées dans le cadre de ces actions. Sur ce point, la phase d'enquête de terrain a été plus riche d'enseignements et permet de soulever en partie le couvercle de la boîte noire de l'activité des structures et de l'impact sur les pratiques (cf. page 75).

Le questionnaire, quant à lui, apporte quelques éléments sur les relations entre acteurs institutionnels et opérateurs, et particulièrement sur les capacités des acteurs institutionnels à peser sur le système d'opérateurs, éléments auxquels les enquêtes de terrain ont permis de donner sens.

## L'OFFRE DE PRESTATIONS ISSUE DES CDO

### Une capacité limitée à structurer l'offre

L'interrogation porte donc d'abord sur la capacité du dispositif à travailler sur l'offre de prestations en direction des personnes sous main de justice consommatoires de produits psychoactifs. C'est ici la capacité des acteurs institutionnels à peser sur le milieu d'opérateurs de façon à ce qu'il réponde mieux aux problématiques et aux enjeux identifiés localement, qu'il s'agit de questionner. Dans quelle mesure le cadre des CDO permet-il de structurer le milieu d'opérateurs pour clarifier l'action des structures polyvalentes, ou pour susciter l'émergence de nouvelles structures à même de compléter les réponses offertes aux besoins identifiés ?

Du point de vue des actions, les logiques de mise en œuvre et de fonctionnement des dispositifs locaux se traduisent par des possibilités différencierées de peser sur les actions développées dans le cadre de la CDO. D'après les répondants au questionnaire, la CDO a, dans la majeure partie des départements ayant répondu, permis d'initier de nouvelles formes d'action : 52 chefs de projet estiment que c'est effectivement le cas (8 ne le pensent pas), et 40 parquets (contre 10 en désaccord).

Mais le fait que des actions nouvelles soient développées par des opérateurs dans le cadre de la CDO n'implique pas que les acteurs institutionnels aient réellement pu orienter le type ou la forme même des actions à étendre. Cette capacité des services de l'État à peser sur les actions est clairement inexistante dans le cas du modèle A de mise en œuvre qui se caractérise avant par une logique de guichet sans réel pilotage institutionnel. L'analyse développée *supra* (cf. page 37) le montre : les modèles B et C sont les cadres les plus appropriés à un pilotage effectif des actions financées. D'une façon générale, le dispositif comporte souvent le risque de renforcer la tendance inflationniste de certains opérateurs, limitant de fait les possibilités pour les services de l'État d'infléchir les actions.

Il est d'ailleurs significatif que les acteurs institutionnels tendent à soutenir, dans plusieurs départements, des formes d'action que le dispositif n'a pas vocation à financer *a priori*. Les données MILDT montrent en effet que 10 départements financent des actions de coordination professionnelle. Le financement de ce type d'action n'est, semble-t-il, pas prévu par les textes interministériels, mais correspond cependant aux orientations générales de la circulaire de 1999.

Autrement dit, il apparaît que la mise en œuvre de ce type d'action est aussi un produit du flou des textes encadrant les CDO sur ce point, et plus largement de l'ambiguïté du rapport entre objectifs et moyens opérationnels (cf. *supra* page 25). Ainsi, les acteurs institutionnels locaux ont été amenés, semble-t-il, à développer des actions de coordination (et à les proposer au financement dans le cadre des CDO), dans la mesure où cela pouvait représenter pour eux un outil pour infléchir sur la configuration locale du milieu d'opérateurs, en poursuivant ainsi le double objectif du dispositif, développer les prises en charge à tous les niveaux de procédure judiciaire tout en développant plus globalement le partenariat justice-santé.

Une autre façon de peser sur l'offre développée *via* les CDO consiste à influer sur la structuration du milieu local d'opérateurs. Sur ce point, les réponses au questionnaire laissent entendre que la CDO a effectivement permis de faire émerger de nouveaux opérateurs pour 32 chefs de projet sur 59 ayant répondu à cette question, et pour 23 procureurs sur 54. Mais cette éventualité n'a été rencontrée dans aucun des dix départements de l'échantillon. De fait, les opérateurs « nouveaux » évoqués à travers le questionnaire ne renvoient pas directement à la création de nouveaux opérateurs. Plus sûrement, la CDO a permis :

- aux magistrats de « découvrir » ou d'apprendre à connaître des opérateurs qui n'exerçaient pas auparavant dans leur champ judiciaire ou qui ne coopéraient pas avec la justice,
- aux opérateurs d'investir de nouveaux domaines et de toucher de nouveaux publics : ce qui se dessine à travers les réponses à la question : « La CDO a-t-elle permis de négocier avec les opérateurs la prise en charge de nouveaux publics ? » Les procureurs sont 30 sur 53 à répondre « oui », contre 23 « non ». Quant aux chefs de projet, ils sont 48 à affirmer « oui » contre 7 « non ». Le décalage qui s'observe entre les réponses « procureur » et les réponses « chef de projet » peut s'interpréter, soit comme un plus grand optimisme des seconds, soit par le fait que ces derniers connaissent mieux que les magistrats les opérateurs et leurs actions, notamment *via* le suivi des financements.

D'une façon générale, le cadre du dispositif des CDO, dans la mesure où il impose de ne financer que des actions qui représentent un surcoût pour les opérateurs, ne permet aux services de l'État qu'une action à la marge sur l'organisation

du milieu d'opérateurs. *Via* les financements CDO, les services déconcentrés de l'État ne sont manifestement pas en mesure de susciter l'émergence de nouveaux opérateurs en atteignant la masse critique de financements qui permet d'organiser une structure, ou de peser sur la réorganisation des structures pluriactives.

Si le dispositif a effectivement permis de mettre en place de nouvelles actions dans le champ de la lutte contre les drogues et de la prévention des dépendances, ces actions sont principalement portées par des opérateurs déjà en place, même s'ils n'étaient pas toujours investis sur ces problématiques (cf. *infra* page 75).

### Une offre de prise en charge diversifiée... qui n'assure pas nécessairement la prise en compte de l'ensemble des problématiques.

Au-delà de ce contexte général qui renvoie aux modalités de fonctionnement local des CDO, il s'agit bien d'une part, d'évaluer, la capacité du dispositif à développer, *via* les opérateurs mobilisés et les actions financées, une diversification de l'offre de prise en charge. Il faut, d'autre part, s'interroger sur la capacité du dispositif à mobiliser des opérateurs sur l'ensemble des problématiques relatives à la dépendance, en particulier en prenant en compte la dépendance à certaines substances psychoactives licites, comme l'alcool.

La question de la diversité de l'offre de prestation peut être abordée à travers le type d'opérateur financé et à travers le type d'actions développées.

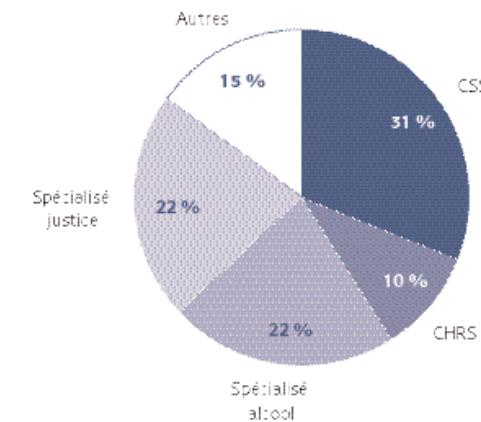
#### Les structures mobilisées

Dans le cadre du dispositif CDO, 333 structures ont été financées en 2001 (286 en 2000 et 203 en 1999), soit une moyenne de 3,5 structures par département financées à hauteur de 27 800 euros en moyenne.

La diversité des opérateurs financés peut être une première garantie de la diversité de l'offre de prestation. De ce point de vue, la répartition des opérateurs mobilisés paraît satisfaisante : en effet, si les structures spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes (CSST) et des alcoolodépendants (CCAA, CDPA), représentent la majorité des opérateurs financés dans le cadre des CDO (respectivement 31 % et 22 %), les opérateurs du réseau Justice (qui mettent en œuvre les contrôles judiciaires, les enquêtes rapides, etc.) sont aussi mobilisés, comme des opérateurs œuvrant dans le champ plus large de la lutte contre les exclusions (CHRS pour 10 % des structures, et un ensemble plus hétérogène composé des missions locales, Points écoute, structures d'éducation à la santé, associations plus généra-

listes, pour 15 %). Le bilan 2001 (cf. annexes) montre principalement une évolution notable : la part croissante des structures généralistes qui atteignent 31 % des structures mobilisées.

#### Les structures mobilisées



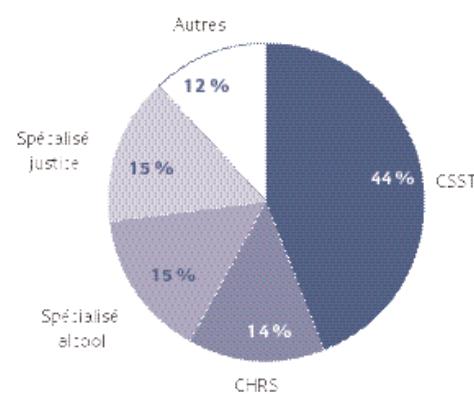
Par ailleurs, dans certains départements des structures internes à l'administration pénitentiaire – UCSA, SMPR, associations socioculturelles des maisons d'arrêt, ou même services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) – sont financées dans le cadre des CDO. Les chiffres disponibles permettent de les repérer pour six départements<sup>24</sup>, mais les associations socioculturelles des établissements portent des noms qui empêchent parfois de les identifier en tant que telles. Le phénomène est marginal mais mérite d'être évoqué dans la mesure où la circulaire MILDT du 5 février 2002 précise clairement que les crédits interministériels « ont vocation à renforcer les partenaires pour lesquels la prise en charge des personnes incarcérées et des sortants de prison engendre un surcoût et non pas les structures

24. Il s'agit des Bouches-du-Rhône, du Maine-et-Loire, des Alpes-Maritimes, des Pyrénées-Orientales, de la Moselle et de l'Hérault.

internes à la prison notamment les CSST en milieu pénitentiaire, les SMPR, les UCSA déjà financés pour ces actions ou les associations socioculturelles et sportives des établissements pénitentiaires<sup>25</sup> ».

Si l'on raisonne en répartition des financements<sup>26</sup>, ce sont les CSST qui mobilisent le plus de crédits (44 %) les autres types d'opérateurs mobilisant tous autour de 15 % du total des financements CDO. Cette répartition est à rapprocher du coût moyen par structure qui renvoie directement au type d'actions que développent ces opérateurs. Ainsi, on ne s'étonnera pas que le coût moyen le plus élevé soit celui des CHRS (232 198 F, soit 35 398<sup>27</sup>), suivi de celui des CSST (226 634 F, soit 34 550<sup>28</sup>), deux types de structures qui offrent des prestations d'hébergement, dont le coût est nécessairement plus lourd.

**Répartition des financements par types d'opérateurs**



25. Circulaire MILD du 5/02/2002 sur les crédits déconcentrés de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, exercice 2002.

26. Les montants des financements sont indiqués en francs, à la demande du comité de pilotage dans la mesure où l'ensemble des documents de référence pris en compte pour cette évaluation étaient rédigés en francs.

#### Financement moyen par type de structures

|   | Nombre de structures | Financement total | Financement moyen |
|---|----------------------|-------------------|-------------------|
| CSST  | 88                   | 3 040 417         | 34 550            |
| CHRS  | 28                   | 991 152           | 35 398            |
| Spécialisé alcool (CCAA, CDPA et prévention routière) | 64                   | 1 030 008         | 16 093            |
| Spécialisé justice                                    | 62                   | 1 020 983         | 16 467            |
| Autres  | 44                   | 817 890           | 18 588            |
| <b>Total</b>  | <b>286</b>           | <b>6 900 450</b>  | <b>24 127</b>     |

Ces chiffres généraux masquent des disparités départementales : certains départements financent jusqu'à onze structures (les Bouches-du-Rhône) quand d'autres (c'est le cas de 12 départements) n'en financent qu'une. D'une façon générale, le nombre de structures financées est largement fonction du montant global du financement CDO attribué au département (plus le financement est élevé, plus le nombre de structures financées est important). Les raisons pour lesquelles certains départements ne mobilisent que peu de structures sont difficilement identifiables avec précision : il peut s'agir d'un déficit local d'opérateurs comme d'une difficulté des institutions à mobiliser les opérateurs existants, ou encore d'une difficulté à identifier ces opérateurs, voire, plus simplement, de besoins limités du département en termes de prise en charge des personnes sous main de justice ayant des problèmes de dépendance (cf. *infra* la question du public potentiel visé par les CDO). On peut enfin se trouver dans la situation où une association en position de monopole draine la quasi-totalité des financements (département X).

Mais quelle qu'en soit la raison, le faible nombre d'opérateurs mobilisés dans certains départements laisse penser qu'en termes de prise en compte de l'ensemble des problématiques de dépendance, le bilan est moins positif. Il ne s'agit ici que d'une hypothèse dans la mesure où les chiffres disponibles ne permettent pas d'identifier les différents types de produits consommés.

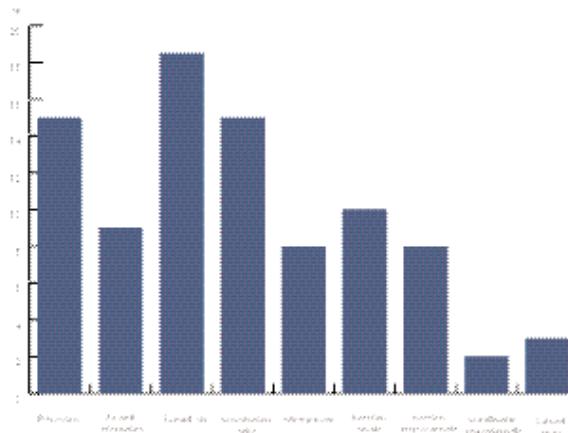
Cependant, on peut remarquer que concernant la problématique alcool, si les structures spécialisées dans ce domaine représentent 22 % des opérateurs mobilisés (en nette progression par rapport à 1999, où ces mêmes structures représentaient 6 % de l'ensemble), 37 départements sur les 79 financés en 2000 ne sou-

tiennent pas d'actions portées par ce type d'opérateurs. De même, seuls 9 départements financent des structures spécialisées dans des actions de prévention routière. On retrouve ici, sur le plan opérationnel, l'écart entre les objectifs nationaux et les objectifs départementaux concernant la question de la prise en charge de la problématique alcool.

Par ailleurs, certains départements ne financent qu'un seul type d'opérateurs. Ainsi le Bas-Rhin ne finance que des CHRS, et neuf départements ne financent que des CSST. Pour autant, cette observation ne permet pas d'affirmer que pour ces départements l'offre de prestation est peu différenciée : en effet, les chiffres concernant les types d'opérateurs mobilisés ne disent rien sur les actions financées. Autrement dit, des opérateurs du même type peuvent mettre en œuvre des actions très différentes.

### Les actions financées

Les actions financées sont extrêmement diverses et le suivi en est incertain puisque les tableaux de bilan que centralise la MILDT n'intègrent pas une typologie *a priori* des actions. Les actions financées ont donc été regroupées *a posteriori*, par l'équipe d'évaluation, en 9 catégories (cf. le tableau page 69 et voir en annexe des précisions sur ce que recouvrent ces catégories).



Sur cette base, on observe en 2000 que, si le dispositif finance pour une part importante des actions directement sanitaires (les actions les plus nombreuses relèvent principalement du soin et du suivi psychologique, 18 % et 15 % des actions financées), les fonctions de prévention et d'insertion sont aussi largement assurées. En effet, les actions de prévention représentent 15 % de l'ensemble. Les actions d'insertion atteignent 18 % des actions financées, voire 26 % si on y intègre les actions de la catégorie hébergement.

Cette répartition des types d'actions (en nombre d'actions) tend à renforcer l'impression d'une diversité effective de l'offre de prestations financées dans le cadre des CDO. D'autant que, d'une part, seuls 6 départements n'ont mis en œuvre qu'un seul type d'actions, et que, d'autre part, la ventilation du type d'actions par type d'opérateur montre qu'il n'existe pas de relation automatique entre certains types d'opérateurs et certains types d'action : une action de même type peut être réalisée par des opérateurs de nature différente.

Ainsi, par exemple, les CSST sont loin de ne réaliser que des soins ou du suivi, puisque dans le cadre des CDO, 12 % d'entre eux mettent en œuvre des actions d'accueil-orientation et plus de 13 % se sont aussi positionnés sur des missions d'insertion (insertion sociale et professionnelle<sup>27</sup>). Ces chiffres renvoient aussi à l'hétérogénéité interne des structures labellisées CSST, dont certaines sont très clairement à orientation médicale, alors que d'autres privilégiennent l'accompagnement social. De la même façon, les structures d'alcoologie mettent en œuvre aussi bien des actions de prévention (29 %) que des actions de soin. Les CHRS, en assurant leurs missions traditionnelles, ne se limitent pas à leur activité principale (l'hébergement), mais y ajoutent des fonctions d'insertion sociale (20 % des actions mises en œuvre par les CHRS) ou plus spécifiquement d'insertion professionnelle (13 %).

Les informations fournies par le traitement des données chiffrées de la MILDT montrent donc que le dispositif des CDO, dans son opérationnalité, va effectivement dans le sens du développement d'une diversité de l'offre. Cette question de l'effectivité des actions envisagées est centrale pour l'évaluation : les textes structurants du dispositif CDO signalent très clairement qu'il s'agit moins de financer des structures, notamment en termes de fonctionnement, que des actions précises. Ce positionnement renvoie à un débat plus général, sur le rapport des acteurs publics

27. Dans un des départements, un CSST est financé par la CDO pour une action « hébergement » qui consiste à faire lien avec les CHRS susceptibles d'héberger des toxicomanes : une éducatrice a été embauchée au CSST pour traiter plus spécifiquement les questions de toxicomanie pour laquelle les éducateurs et les travailleurs sociaux des CHRS sont peu outillés.

au milieu associatif, qui se pose pour la plupart des dispositifs participant de la politique de lutte contre les exclusions ou pour les politiques transversales comme la politique de la ville : doit-on financer les opérateurs pour ce qu'ils sont ou pour ce qu'ils font ? Le choix de ne financer que des actions qui représenteraient un surcoût pour les opérateurs pose d'ailleurs question quant aux relations des services déconcentrés de l'État avec le milieu associatif, notamment concernant la capacité des acteurs institutionnels à peser sur la configuration du système d'opérateurs.

### LES PERSONNES PRISES EN CHARGE DANS LE CADRE DU DISPOSITIF

Au-delà de l'attention portée aux acteurs engagés et aux moyens mobilisés, le dispositif des CDO doit aussi s'appréhender du point de vue de ses bénéficiaires, c'est-à-dire du public touché par les actions mises en œuvre.

#### La part croissante du présentiel

En 2001, 60 % des personnes prises en charge le sont au stade présentiel, ce qui constitue une nette progression par rapport à 2000. En effet, en 2000, parmi les 63 départements pour lesquels les données concernant la répartition des prises en charge selon le stade judiciaire sont disponibles, 49 % des personnes sont suivies en phase présentielle (contre 40 % en 1999). Mais, là encore, les différences sont très importantes selon les départements : si dans le Pas-de-Calais la grande majorité des personnes est vue en présentiel (93 %), c'est seulement le cas de 3 % des personnes prises en charge dans le Rhône, et de 59 % dans le Nord. Ces écarts importants renvoient à la configuration du milieu institutionnel local et notamment aux implications différencierées des parquets, voirE aux orientations pénales particulières.

Par ailleurs, 14 % des personnes suivies le sont dans le cadre d'une alternative à l'incarcération (principalement dans le cadre de sursis et d'ajournements avec mise à l'épreuve). Ce chiffre peut sembler faible comparé à la part de personnes bénéficiant d'une alternative à l'incarcération parmi celles condamnées pour détention, acquisition ou usage de stupéfiants, pour conduite en état d'ivresse ou pour blessures involontaires, qui atteint au niveau national 85 %<sup>28</sup>.

28. Source : casier judiciaire national.

| Types de structure     | Types d'actions |                     |               |              |             |                   |                           |                |    |    | Total                     |
|------------------------|-----------------|---------------------|---------------|--------------|-------------|-------------------|---------------------------|----------------|----|----|---------------------------|
|                        | Prévention      | Accueil-orientation | Écoute/ suivi | Consultation | Hébergement | Insertion sociale | Insertion professionnelle | Culture/ sport | NR | nb |                           |
| CSST 100               | 13              | 9                   | 18            | 12           | 30          | 20                | 31                        | 21             | 12 | 8  | 16 1147                   |
| CHRS 100               | 1               | 2                   | 3             | 7            | 5           | 11                | 1                         | 2              | 16 | 35 | 9 20                      |
| Spécialisé justice 100 | 12              | 16                  | 7             | 10           | 19          | 26                | 2                         | 3              | 3  | 4  | 3 12 10 14 73             |
| Spécialisé alcool 100  | 29              | 29                  | 5             | 5            | 18          | 18                | 24                        | 24             | 1  | 1  | 3 3 2 2 1 1 2 2 15 15 100 |
| Autres 100             | 9               | 18                  | 5             | 10           | 5           | 10                | 4                         | 8              | 1  | 2  | 8 16 12 24 2 4 3 6 2 4 51 |

## Le suivi des mineurs et des jeunes majeurs est peu développé

Si les prises en charge sont relativement bien réparties à tous les stades judiciaires, l'incitation, *via* la circulaire de 1999, à développer la prise en charge des mineurs est moins suivie d'effets, dans la mesure où seuls 957 mineurs et jeunes majeurs sont suivis dans le cadre des CDO. Les mineurs ne représentent que 6 % des personnes prises en charge au niveau national, et 47 départements n'ont aucun mineur pris en charge *via* la CDO.

Contrairement aux majeurs, la plupart des mineurs et des jeunes majeurs pris en charge dans le cadre de la CDO le sont en milieu ouvert (74 %). Par ailleurs, la répartition des prises en charge par type de structures n'est pas la même que pour les adultes : en effet, on observe notamment une présence beaucoup plus importante des opérateurs non spécialisés dans les domaines de l'alcool ou des toxicomanies. C'est le cas particulièrement pour la mise en œuvre des mesures d'assistance éducative (près de 80 % des prises en charges sont le fait de structures non spécialisées), mais aussi pour les suivis en détention (40 % des prises en charges). Les opérateurs mobilisés pour la prise en charge des mineurs sont vraisemblablement plutôt spécialisés sur le type de public (les mineurs) que directement sur les problématiques de dépendances.

## **Mineurs et jeunes majeurs pris en charge par structure**

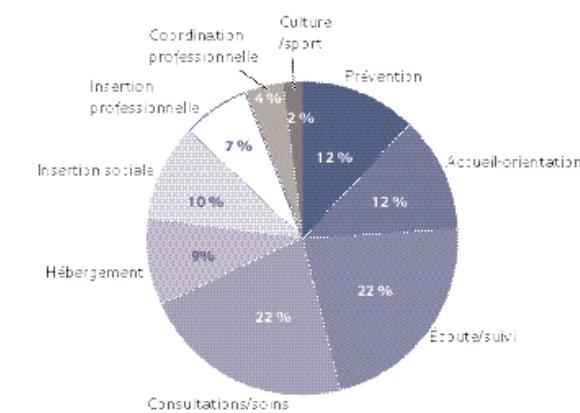
| Types de structures | Mineurs et jeunes majeurs en milieu ouvert |            |               |            | Mineurs suivis en détention |            |
|---------------------|--|------------|---------------|------------|-----------------------------|------------|
|                     | assistance éducative                       |            | mesure pénale |            |                             |            |
|                     | Nb   | %          | Nb            | %          | Nb                          | %          |
| CSST                | 56   | 19         | 132           | 32         | 111                         | 44         |
| CHRS                | 87   | 29         | 5             | 1          |                             | 0          |
| Spécialisé Alcool   | 4  | 1          | 79            | 19         | 36                          | 14         |
| Spécialisé justice  | 2  | 1          | 57            | 14         | 5                           | 2          |
| Autres              | 148  | 50         | 134           | 33         | 101                         | 40         |
| <b>Total</b>        | <b>297</b>                                 | <b>100</b> | <b>407</b>    | <b>100</b> | <b>253</b>                  | <b>100</b> |

## Les structures spécialisées dominent en nombre de prises en charge

Les chiffres de la MILDT, issus des bilans effectués par les chefs de projet, montrent une certaine cohérence entre ce qui est financé et ce qui est effectivement réalisé.

On observe que la prise en charge des personnes dans le cadre des CDO est plutôt assurée par des opérateurs spécialisés dans le champ de la toxicomanie ou de l'alcoolologie (40 % par les CSST, 21 % par les structures alcool). De même, la répartition des prises en charge par types d'actions est très cohérente avec la structure de l'offre de prestation évoquée *supra* (cf. page 25). Un peu moins de la moitié des prises en charge se traduisent par des actions de soins ou de suivi psychologique, un quart par des actions de prévention ou d'orientation. Les actions d'insertion représentent un peu plus de 20 % de l'ensemble.

## Répartition des prises en charge par types d'actions



La ventilation du nombre de personnes prises en charge par les opérateurs par type d'actions confirme qu'un même type d'opérateur peut développer des actions très différentes. La nature de ces actions est cohérente avec celle de l'opérateur : ainsi les personnes prises en charge par les CHRS bénéficient d'hébergement mais aussi d'actions d'insertion ; la majorité (65 %) des personnes prises en charge par les CSST l'est dans le cadre d'actions d'accueil-orienté

tation. À ce propos, il faut noter que si la plus grande part des financements attribués aux CSST visent des actions de soins, ces structures, à financement équivalent, sont mieux équipés pour recevoir des personnes dans le cadre d'actions d'accueil-orientation que pour garantir des soins, plus coûteux. La phase d'enquêtes de terrain permet de préciser à quoi correspondent exactement ces actions. À travers ce que nous avons observé dans nos départements, on peut supposer qu'un nombre important de CSST s'est proposé ou a été sollicité pour mettre en œuvre des actions d'accueil-orientation, notamment dans le cadre de l'alternative aux poursuites. On trouve ce cas de figure dans le Lot.

Tous les opérateurs ne se sont pas mobilisés de la même façon suivant les stades de procédure judiciaire. En effet, les opérateurs du réseau de la justice, notamment, sont principalement situés sur le stade présentenciel, du fait même des mesures dont ils assurent l'exécution (contrôle judiciaire, en particulier). À l'inverse, les CHRS sont logiquement plutôt positionnés sur la phase post-sentencielle, notamment pour les alternatives à l'incarcération et les sorties de prison. Les autres opérateurs se répartissent à part quasi égale entre pré et post-sentenciel.

En termes financiers, le tableau suivant détaille le coût par personne selon le type de structure. Cette répartition montre surtout que ce sont les prises en charge en CHRS (hébergement) qui sont largement les plus coûteuses, suivies de celles en CSST. Mais concernant l'évaluation, il s'agit plutôt d'apprécier dans quelle mesure cette prise en charge représente un surcoût pour les structures.

Au-delà d'une description des productions directes du dispositif en termes d'opérateurs mobilisés et d'actions financées, le traitement des chiffres collectés au niveau national ne permet pas d'analyser l'activité concrète des opérateurs. Autrement dit, dans la mesure où l'évaluation doit conduire à apprécier l'efficacité du dispositif, ce sont aussi les pratiques qu'il s'agit d'interroger à travers une analyse des processus concrets (au-delà des aspects organisationnels généraux des CDO) qui organisent la prise en charge des publics. C'est l'objet du chapitre suivant.

| Nombre de personnes prises en charge par structure et par situation judiciaire |              |               |              |                                |                            |              |
|--|--------------|---------------|--------------|--------------------------------|----------------------------|--------------|
| Types de structures  | Présentiel   | Milieu ouvert | Mineurs      | Alternatives à l'incarcération | Prison et sortie de prison |              |
| CSST   | 3 061        | 35 %          | 426          | 29 %                           | 299                        | 31 %         |
| CHRS   | 191          | 2 %           | 142          | 10 %                           | 92                         | 10 %         |
| Spécialisé alcool  | 1 755        | 20 %          | 285          | 19 %                           | 119                        | 12 %         |
| Spécialisé justice   | 2 702        | 31 %          | 265          | 18 %                           | 64                         | 7 %          |
| Autres   | 994          | 11 %          | 351          | 24 %                           | 383                        | 40 %         |
| <b>Total</b>   | <b>8 703</b> | <b>100 %</b>  | <b>1 469</b> | <b>100 %</b>                   | <b>957</b>                 | <b>100 %</b> |
| 33 % des personnes prises en charge en présentenciel sont en CSST              |              |               |              |                                |                            |              |

#### Nombre de structures et répartition des financements par types de structures

| Types de structures | Nombre de personnes prises en charge (1) | Nombre de structures en 2000 (2) | Part de chaque type de structure | Total des financements (2) | Part des financements par types de structures | Coût moyen par structure | Coût moyen par personne prise en charge |
|---------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------|---|--------------------------|---|
| CSST                | 7 811                                    | 88                               | 31 %                             | 3 040 417                  | 44 %  | 34 550                   | 389                                     |
| CHRS                | 1 386                                    | 28                               | 10 %                             | 991 152                    | 14 %  | 35 398                   | 715                                     |
| Spécialisé alcool   | 4 473                                    | 64                               | 22 %                             | 1 030 008                  | 15 %  | 16 093                   | 230                                     |
| Spécialisé justice  | 4 309                                    | 62                               | 22 %                             | 1 020 983                  | 15 %  | 16 467                   | 236                                     |
| Autres              | 2 090                                    | 44                               | 15 %                             | 817 890                    | 12 %  | 18 588                   | 391                                     |
| <b>Total</b>        | <b>20 069</b>                            | <b>286</b>                       | <b>100 %</b>                     | <b>6 899 475</b>           | <b>100 %</b>                                  | <b>24 127</b>            | <b>1 961</b>                            |

Résultats obtenus à partir des 79 bilans MILDT disponibles

## RÉSUMÉ

D'une manière générale, la capacité des acteurs institutionnels à peser sur le milieu d'opérateurs de façon à ce qu'il réponde au mieux aux problématiques et aux enjeux identifiés paraît localement souvent limitée, encore qu'elle varie selon les modèles existants. Pour y remédier, les acteurs institutionnels tendent à soutenir, dans plusieurs départements, des formes d'action, de coordination professionnelle, que le dispositif n'a pas vocation à financer a priori.

De fait, la CDO a rarement permis la création de nouveaux opérateurs. Elle a davantage offert aux magistrats l'occasion de « découvrir » ou d'apprendre à connaître des opérateurs qui n'exerçaient pas auparavant dans leur champ judiciaire ou qui ne coopéraient pas avec la justice, et aux opérateurs l'opportunité d'investir de nouveaux domaines et de toucher de nouveaux publics.

Pour ce qui est des actions financées, l'observation tend à renforcer l'impression de diversité, d'autant qu'il n'existe pas d'automatisme entre opérateur et action, offrant une vision simple de situations. Une action de même type peut ainsi être réalisée par des opérateurs de nature différente, ceux-ci ayant par ailleurs tendance à multiplier les types d'actions mises en œuvre.

Concernant les publics pris en charge, on relève que le suivi des mineurs et des jeunes majeurs est peu développé dans le cadre des CDO, que les structures spécialisées (CSST, structures alcool) dominent en nombre de prises en charge, et que l'alcool suscite un peu moins d'engouement que les autres addictions, ce qui s'explique par le caractère récent de la prise en compte de la problématique alcool qui ne date que de 2000.

Quant à la situation judiciaire des personnes concernées, elle montre une prise en charge équivalent, au niveau national, entre présentiel et post-sentenciel. Mais, là encore, l'apparent équilibre national cache de fortes disparités locales, qui renvoient à la configuration du milieu institutionnel local et notamment aux implications différencierées des parquets. De plus, les structures ne se positionnent pas toutes sur le même moment judiciaire : ainsi celles qui sont spécialisées Justice interviennent surtout en présentiel.

## L'IMPACT DE CETTE PRODUCTION SUR LES PRATIQUES

### UNE LECTURE DES PRATIQUES À TRAVERS LA TENSION ENTRE LOGIQUE DE GESTION DES FLUX ET LOGIQUE DE PRISE EN CHARGE

Les deux circulaires relatives aux CDO (celle de 1993 et celle de 1999) insistent clairement sur l'objectif de transformation des pratiques judiciaires. Pour les promoteurs du dispositif, il s'agit bien de « mettre en œuvre de nouvelles orientations de politique pénale à l'égard des consommateurs de produits psychoactifs ».

Autrement dit, les CDO devaient permettre à l'appareil judiciaire et à ses différents acteurs d'intégrer une logique de santé dans les politiques pénales. En d'autres termes, la signature d'une convention départementale d'objectifs doit favoriser une meilleure prise en compte d'une problématique de soins pour les personnes dépendantes ayant partie liée avec la justice.

La réalisation concrète de cet objectif pose la question de l'interaction entre les exigences et les contraintes de la machine judiciaire (multiples demandes adressées au parquet, décision judiciaire qui appartient au siège, application des peines relevant des services d'insertion et de probation, nombre de TGI et donc de politiques pénales présents sur le département, etc.) et celles du monde sanitaire et social. En effet, une fois que le monde judiciaire a intégré l'importance pour les PPSMJ dépendantes d'une prise en compte des aspects liés à la santé, encore a-t-il fallu que l'offre de prise en charge existe, c'est-à-dire qu'à son tour, le monde sanitaire et social soit disposé à accueillir ce public particulier. C'est ainsi que l'objectif assez explicitement formulé dans les textes encadrant les CDO est celui de la rencontre entre deux mondes qui ont tendance à s'ignorer.

À cet égard, les investigations menées nous amènent encore une fois à déplacer légèrement l'angle de vue et à reformuler l'interrogation. En effet, il ne s'agit finalement pas tant de jeter des ponts entre deux univers qui seraient par définition antagonistes et imperméables (l'appareil judiciaire, d'un côté et la sphère médico-sociale, de l'autre) que de faire en sorte que se concilient deux logiques d'actions différentes qui sont d'une part, une logique de gestion des flux et d'autre part, une logique

de prise en charge. Ces deux logiques transcendent le clivage entre judiciaire d'un côté et sanitaire et social de l'autre. Autrement dit, chaque institution se voit contrainte de gérer les tensions entre ces deux logiques qui la traversent. Du même coup, les frontières se déplacent. En effet, si le parquet se positionne plutôt du côté de la gestion des flux, on peut retrouver certains acteurs du monde judiciaire du côté de la prise en charge : c'est en particulier le cas des JAP, des SPIP ou de la PJJ. Inversement, les acteurs sanitaires et sociaux seraient placés intuitivement plutôt du côté de la prise en charge. Or, parmi eux, certains, des opérateurs notamment, pour des raisons économiques de développement et de survie de leur activité, peuvent avoir développé des logiques marchandes fortes de gestion des flux.

### TROIS CAS DE FIGURE DE LA RENCONTRE ENTRE CES DEUX LOGIQUES

Des investigations qualitatives départementales, trois cas de figure se dégagent.

Premier cas : les deux logiques coexistent et fonctionnent en parallèle. Il n'en demeure pas moins qu'ici les problèmes de santé que rencontrent les PPSMJ peuvent être pris en charge par des opérateurs ne dédaignant pas s'occuper d'un public sous main de justice, voire le recherchant pour élargir leur clientèle et leur action. Il est clair que, dans cette situation, l'acculturation est faible et plutôt à sens unique (du sanitaire vers le judiciaire).

Deuxième cas : la CDO finance une offre supplémentaire ou complémentaire, c'est-à-dire qu'elle peut, selon le cas, permettre la montée en charge quantitative d'une action (le nombre de bénéficiaires augmente) ou son extension territoriale (l'action est mise en place dans d'autres sites du département). Les financements apportés par la CDO peuvent aussi favoriser un type de prise en charge nouveau et spécifique des PPSMJ.

Troisième cas : les deux logiques de gestion des flux et de prise en charge arrivent plus ou moins à s'articuler. L'effet de la CDO est alors l'organisation de filières de prise en charge.

Il nous faut préciser que ces trois cas de figure peuvent se retrouver dans un même département, voire chez un même opérateur à différents moments de son développement (département X, par exemple). C'est bien là toute la difficulté de l'analyse d'un dispositif dont le territoire d'application (l'échelon départemental) ne coïncide pas avec le territoire de production qui est, selon les cas, le ressort du TGI, la commune, le département. De surcroît, les CDO s'inscrivent dans une dynamique temporelle et ont connu des évolutions d'application et de mise en œuvre entre le moment de la signature et le moment où nous avons réalisé les observations.

Ceci est d'autant plus vrai que la signature est ancienne. C'est pourquoi l'impression première est celle d'une extrême fragmentation du dispositif dans le temps et dans l'espace. Une des manières de surmonter cette difficulté a consisté pour nous à avoir une lecture surplombante de l'outil CDO et de ce qu'il produit afin de dépasser les frontières territoriales et institutionnelles.

Vu sous cet angle, l'objectif de l'évaluation est alors tout autant de mesurer les effets de cette articulation sur les pratiques que de comprendre comment et où se construit cette articulation. Autrement dit, sur quels aspects des pratiques, quels publics, quels délits, quels moments judiciaires se fait le plus facilement la rencontre ? Quelles sont les conditions qui favorisent les liaisons entre gestion des flux et prise en charge ? Qu'est-ce qui facilite la communication entre fournisseurs et structures de prise en charge ?

### Des financements dilués

Certaines CDO n'ont eu pour seul résultat concret que l'apport de financements supplémentaires à un ou plusieurs opérateurs existants. Le plus souvent du reste, ce sont les opérateurs eux-mêmes qui ont sollicité les financements. Dans ce cas de figure, les structures menant des actions ne sont pas approvisionnées par l'appareil judiciaire et sont plutôt dans une démarche proactive de recherche de nouveaux « clients » ou de nouveaux financements. Pour autant, il n'en demeure pas moins qu'une prise en charge en direction des PPSMJ existe.

Dans le département Z, la CDO n'a pas été la source de nouveaux flux de clientèles du judiciaire vers le sanitaire ni de nouveaux comportements des acteurs de la justice. Les opérateurs utilisent l'opportunité des financements de la CDO pour capter une nouvelle clientèle. L'initiative vient des acteurs du sanitaire et du social face à la passivité de la justice qui ne se sent pas concernée par les objectifs de la CDO. Dans ce département, la CDO est venue entériner sans les développer les actions ou les projets d'actions qui existaient auparavant pour les associations déjà sensibles à la nécessité d'une telle passerelle mais elle n'a rien créé. Elle a consolidé ce qu'avait fragilisé la baisse de financements intervenue antérieurement. Ce fonctionnement en parallèle n'a pas d'impact sur la « décision » des magistrats ou des personnels pénitentiaires de faire bénéficier certains individus de mesures de soins. De même, l'impact sur la mise en œuvre est faible, voire nul : inexistence de procédures stables et systématisées mais orientation aléatoire, laissée à l'appréciation personnelle des professionnels impliqués tout au long de la chaîne pénale. Et, bien évidemment, la déperdition est grande, notamment du fait de l'ignorance de l'offre sanitaire par les acteurs judiciaires et pénitentiaires.

Dans le département X, la première CDO signée en 1993 l'a été à l'initiative d'une association alors partenaire quasi-exclusif de la DDASS et présente dans tout le département. Celle-ci veut bénéficier d'une nouvelle source de financement. La signature de la première convention départementale d'objectifs n'est donc qu'une formalité bureaucratique pour permettre l'accès d'une association à de nouveaux financements sous le parrainage de la DDASS.

Les signataires officiels (procureur de Béthune et sous-préfet) n'ont aucune implication réelle dans ce processus de « conventionnement ». La convention de prestation avec l'association qui concrétise la CDO porte sur trois places en famille d'accueil et une place en appartement thérapeutique. Cette situation perdure jusqu'en 1996 et ce d'autant plus que la DDASS juge que l'association offre les meilleures garanties : couverture de l'ensemble du département, savoir-faire éprouvé, professionnalisme, expérience des populations sous main de justice, réseau de familles d'accueil... Les autres associations sont jugées moins fiables, certaines même trop « militantes ».

Ce type de situation n'illustre pas pour autant toujours un fonctionnement général du dispositif dans tel ou tel département. En effet, il s'agit plus souvent de la situation d'une association particulière et non pas de l'ensemble des structures financées. Autrement dit, cette configuration de financements dilués est plus le résultat des stratégies de recherche de financements de la part des structures qu'un effet de la CDO sur l'ensemble des opérateurs mobilisés. On remarque d'ailleurs que c'est souvent le cas lorsque qu'on a affaire à de grosses associations qui développent un ensemble de services soit en direction des populations défavorisées (comme on a pu le voir dans le département U), soit en direction des publics toxicomanes (comme dans le département V).

### Une montée en charge quantitative ou qualitative

Dans d'autres départements, les conventions départementales d'objectifs et les financements qui y sont liés ont permis la démultiplication des actions et donc celle de la prise en charge des PPSMJ. La plupart du temps, ce développement est le fait d'opérateurs déjà présents sur le champ et qui, grâce à cet apport de moyens, augmentent leur capacité de prise en charge ou se déploient géographiquement. D'autres structures peuvent aussi être sollicitées ou se faire connaître : encore faut-il pour cela que la CDO ait fait l'objet d'une relative publicité.

Pour continuer sur l'exemple du département X, la même association, à partir de 1996 et jusqu'en 1999, s'inscrit dans une logique de développement et d'extension de sa couverture territoriale. Elle ouvre successivement des antennes

« Justice-toxicomanie » auprès des autres TGI du département. Ces antennes répondent, selon le responsable de l'association, aux demandes de magistrats (JAP dans deux TGI, substitut dans un autre), qui perçoivent une réticence des autres associations à coopérer avec la Justice. À la demande du JAP d'un des TGI, l'association ouvre également une permanence auprès du comité de probation.

Comme on le voit, la montée en puissance des prestations de cette structure en direction des toxicomanes sous main de justice, qui oriente le dispositif vers le suivi ambulatoire, le présentiel et le milieu ouvert, n'institutionnalise pas la coopération justice-santé. Les acteurs judiciaires et sanitaires progressent dans la connaissance réciproque et la concertation, mais celles-ci ne dépassent pas la compétence territoriale des tribunaux et n'ont aucune incidence organisationnelle. Rétrospectivement, le chef de projet reconnaît que la méconnaissance du fonctionnement de la Justice par les responsables de la DDASS a empêché que les acteurs du secteur de la santé sollicitent davantage ceux de la Justice. De 1994 à 1997, le seul partenaire de la DDASS dans l'appareil judiciaire est le juge d'application des peines en poste dans un des TGI, qui a une approche « militante » des problèmes sanitaires en prison. Il aide la DDASS et l'association à pénétrer le milieu carcéral et les familiars avec le monde judiciaire. Du côté de la DDASS, la priorité retenue à l'époque est celle du renforcement des UCSA en milieu fermé, dans une logique sanitaire de réduction des facteurs de comorbidité, et le financement de moyens supplémentaires en psychiatrie au bénéfice des détenus. Les professionnels de la même association sont sollicités pour intervenir en détention, mais ces actions ne sont pas financées par la CDO : montages financiers avec la Direction régionale des services pénitentiaires, la DDASS, ou allocations des crédits MILDT par les SPIP. Le monopole prend fin en 1999 avec un audit de la DRASS qui conclut entre autres que la subvention des structures autonomes que sont les antennes Justice-toxicomanie auprès des tribunaux s'apparente à du financement pur et simple d'associations qui n'entre pas dans le cahier des charges des conventions de prestation. La révision des subventions qui s'ensuit en 2000 et 2001 a pour conséquence la fermeture de l'antenne installée dans un des TGI et la fin des interventions dans les centres de détention. Le SPIP sollicite alors une autre association pour y suppléer, et l'aide à conclure une convention tripartite pour obtenir un financement CDO. Malgré cette réorientation, l'association initiale, qui se distingue par sa taille, son professionnalisme et son taux de couverture sur tout le département, reste centrale dans le dispositif, avec 1 547 500 F (235 914 ) de subventions MILDT en 2001, soit 84 % du total départemental. La diversification initiée à partir de 1999 fait suite au plan triennal. La DDASS effectue un recensement de toutes les associations engagées dans des actions de prévention primaire en toxicomanie, ou qui accompagnent des injonc-

tions thérapeutiques. Ce recensement a entre autres pour objectif de mieux informer les associations sur les sources de financement possibles, afin de faire correspondre les actions financées avec les lignes de crédit, et de ne plus subventionner de nouvelles actions sur des crédits jusqu'alors détournés de leur objectif initial. De fait, cette classification budgétaire produit un effet de publicité pour la CDO. Les structures d'intervention sur ce champ, parce qu'elles n'étaient pas engagées dans des stratégies de partenariat avec la DDASS, n'étaient pas au courant de l'existence de la CDO. La DDASS, ou plus exceptionnellement les SPIP, incitent alors ces associations à proposer des projets. En 1999, deux ou trois nouvelles associations signent des conventions tripartites. En 2001, elles sont douze. Toutes les candidatures ont été retenues, à l'exception des structures hospitalières autres que les CCAA. La répartition des crédits s'est faite, d'après la DDASS, selon l'implantation des associations et leurs liens avec la Justice, en vue de financer des activités nouvelles. Le type d'activité ou de public pris en charge n'a pas été un critère discriminant pour la DDASS, ce qui reflète l'absence d'une stratégie concertée définissant des priorités. Les financements sont systématiquement reconduits, mais avec très peu d'augmentation, voire pas du tout. Les conventions de prestations ont été conclues au coup par coup pour répondre à l'urgence ressentie par les associations. Les responsables de ces associations reconnaissent que, dans la majorité des cas, les subventions financent des activités qui existaient avant la signature de la CDO. De fait, les conventions tripartites ont presque toujours officialisé des partenariats existants sans effets supplémentaires. Pour autant, le chef de projet estime que la CDO a produit des prises en charge effectives, et n'a donc pas été inutile même si elle a eu très peu d'effets en termes d'organisation. Les contacts entre la justice et la santé, par exemple, demeurent plutôt électifs et individuels. L'offre sanitaire, bien que diversifiée à partir de 1999, n'a alors pas eu d'effet visible sur les pratiques judiciaires déterminées dans une bien plus grande mesure par d'autres facteurs : surcharge de travail et faible disponibilité des magistrats, rotation et vacance des postes, autres priorités des parquets, etc.

Dans le département U, le dispositif CDO a eu pour principale fonction d'étendre le dispositif des injonctions thérapeutiques à l'ensemble du département. Sur le ressort de l'un des TGI, la DDASS et le procureur se sont appuyés sur une structure existante (réseau de santé médecins de ville), et concernant le troisième TGI il a été demandé au CCAA du département de créer une antenne de façon à prendre en charge les toxicomanes (un nouveau public pour cet opérateur spécialisé sur l'alcool) orientés vers l'injonction thérapeutique.

Dans le département V, la CDO a permis de conforter l'implantation d'une nouvelle structure de prise en charge globale des toxicomanes dans une ville où il n'y avait qu'une structure hospitalière.

Dans le département P, la coopération interpersonnelle très forte qui se met en place avec les parquets successifs en charge de la politique de la ville, des membres du CPAL, un représentant de la DDASS et des associations permet au départ (1993) et pendant un certain temps de proposer de réelles innovations, dont la plus marquante, outre les interventions en prison, est la mise en place d'une permanence dans un des TGI (celui de la plus grosse agglomération du département). Assurée par deux associations, cette permanence doit prendre en charge ou proposer des réponses aux personnes qui sortent d'audience. Elle permet en outre aux différents magistrats de découvrir l'existence et les logiques des associations qui ont développé une expertise pragmatique sur ce champ. Aujourd'hui, le départ des principaux acteurs moteurs laisse les associations plus autonomes, mais celles-ci n'ont plus de visibilité de la demande et des attentes de l'institution judiciaire.

### L'organisation de filières

Dans d'autres sites, la convention départementale d'objectifs a été l'occasion de créer des « filières » de prise en charge. Ce que nous qualifions de filière est la mise en place pour un public judiciaire donné d'une prise en charge systématique. Autrement dit, dans ce cas de figure un double glissement s'est opéré : du cas par cas au collectif et du traitement d'opportunité au traitement organisé. Sur quels publics, pour quels délits, à quel moment judiciaire s'organisent ces filières ? Quelle prise en charge (soin, écoute-orientation, hébergement, insertion sociale, etc.) est proposée ? À partir des investigations départementales, se dégagent quatre filières principales.

| Filières  | Public et délit  | Moment judiciaire                           | Prise en charge  |
|-----------|--|---|--|
| Filière A | Auteurs ILS usage (jeunes fumeurs de cannabis)                                 | Présentenciel                               | Écoute-orientation (incitation aux soins si nécessaire)                                    |
|           | Auteurs CEA  | Présentenciel ou juste avant jugement       |  |
| Filière B | ILS lourds ou légers   | Présentenciel                               | Injonction thérapeutique   |
| Filière C | Toxicomanes ou alcooliques lourds (délits non en rapport avec leur dépendance) | Postpénal milieu ouvert ou sortie de prison | Prise en charge globale : soins, insertion professionnelle, insertion sociale, hébergement |
| Filière D | Population carcérale   | Présentenciel ou postpénal                  | Information, prévention  |

Pour illustrer ces filières, nous tirerons plusieurs exemples des observations départementales.

### Filières A

Dans le département R, l'association de contrôle judiciaire et de médiation prend en charge systématiquement, dans le cadre d'une procédure d'alternative aux poursuites, les jeunes consommateurs de cannabis auxquels n'était apportée aucune réponse judiciaire avant la CDO. L'IT était considérée comme inadaptée aux consommateurs de cannabis alors que le parquet recherchait à tout prix une réponse judiciaire à ce délit, hors incarcération ou prise en charge lourde. L'orientation offerte – avec rappel à la loi, évaluation de la personne et éventuellement orientation vers une structure de soins – permet donc de concilier à la fois la demande du parquet en termes d'opportunité de réponse, et la logique sanitaire refusant un système trop lourd pour gérer tous les consommateurs. Ainsi, les instances judiciaires les orientent vers le CSST ou une autre structure pour une prise en charge.

Dans le département W, trois conventions de prestations ont été signées dans ce même esprit. Deux concernent les jeunes fumeurs de cannabis interpellés dans le cadre d'une ILS (la distinction est faite entre majeurs et mineurs), la troisième vise les personnes ayant commis une CEA. Le protocole est le suivant : tout consommateur de produits illicites est incité, dans le cadre de l'alternative aux poursuites, à prendre un rendez-vous avec le médecin coordinateur du réseau ville-hôpital avec lequel a été signée la convention de prestation. S'il le fait, la procédure est classée. Dans le cas contraire, le procureur reprend l'affaire et décide de l'opportunité des poursuites. Pour les mineurs, un rendez-vous préalable a lieu d'abord, en présence des parents, avec un éducateur de la PJJ. L'entretien avec le médecin a lieu en trois temps : un discours généraliste de rappel de la loi très neutre ; un discours sur la dangerosité des produits (qui ne concerne pas seulement le cannabis) ; dans un troisième temps, il s'agit de situer le jeune dans son vécu, son milieu familial, scolaire ou professionnel et, si possible, d'aborder les problèmes intimes avec le jeune seul en vue d'évaluer la nécessité de l'orienter vers un suivi ou un soin. En 2000, 11 mineurs et 24 majeurs ont été accueillis ; en 2001, 27 mineurs et 37 majeurs ont été reçus. La troisième convention de prestation signée concerne l'alcool. Elle touche des personnes arrêtées pour des CEA supérieures à 0,8 g/l. Celles-ci, au moment de leur arrestation, se voient remettre une convocation pour le tribunal correctionnel qui leur suggère de rencontrer utilement une personne du CDPA. Le parquet rédige la convocation et l'envoie aux forces de l'ordre. La rencontre peut avoir lieu à l'une ou l'autre des antennes. Les personnes qui se présentent (estimées à 10 %

des convoquées) sont reçues en entretien par une psychologue du CDPA. En 2001, 30 personnes ont été reçues dont 8 ont été, à l'issue de l'entretien, orientées vers un suivi que la psychologue prend en charge.

Dans le département T, un des parquets adresse systématiquement pour consultation au CCAA, dans le cadre d'une procédure de classement sous condition, certaines personnes interpellées pour CEA ou pour d'autres délits liés à l'alcool (troubles à l'ordre public, violences conjugales). La procédure est la suivante : convocation devant le délégué du procureur pour un rappel à la loi, constitution des réparations et notification d'une obligation de prendre au moins deux rendez-vous au CCAA, puis de renvoyer une attestation. C'est le cheminement qu'ont connu 103 personnes accueillies entre mars 2000 et décembre 2001, interpellées pour des faits de violence sur la voie publique, violences conjugales ou familiales, troubles à l'ordre public, délits routiers. Sur ces 103 personnes, 71 ne se sont présentées que pour obtenir l'attestation à renvoyer au délégué du procureur (délivré par le CCAA après 2 ou 3 consultations) ; 12 se sont représentées d'elles-mêmes au cours des trois à quatre mois suivant le premier contact ; 20 se sont engagées dans un suivi « long », supérieur à quatre mois, ou ont amorcé une démarche de soins. Ce bilan est jugé encourageant aussi bien par la MISP que par le substitut et le médecin responsable au CCAA :

*« Une personne adressée sur cinq a véritablement entrepris une démarche de soins, et environ 12 % ont marqué un intérêt pour un premier essai de démarches de soins » (médecin CCAA).*

### Filière B

Dans trois départements, la CDO a été l'occasion de relancer les injonctions thérapeutiques. Toutefois, le public visé par cette procédure particulière peut varier d'un endroit à l'autre.

Dans le département Z, bien qu'existant antérieurement à la CDO, les injonctions thérapeutiques ont connu une réorganisation avec la CDO. La durée de prise en charge a notamment été étendue à la suite d'un accord entre la DDASS et le parquet ; elle est passée de trois à neuf mois. Dans cette procédure, le cadre judiciaire est considéré comme une possibilité d'accès au soin.

Dans le département Y, la relance des injonctions thérapeutiques se fait par la création d'une cellule de liaison *ad hoc*. L'objectif est de compléter par un volet psychosocial les soins donnés dans le cadre des IT afin de crédibiliser la mesure judiciaire.

Dans l'un des TGI du département U, le dispositif des injonctions thérapeutiques, relancé par la CDO, est globalement plutôt alimenté par des usagers de cannabis. À l'inverse, dans le plus gros TGI du département S, la politique pénale

développée tend à réserver l'injonction thérapeutique aux usagers d'opiacés principalement, la CDO n'ayant eu aucun effet sur l'organisation du dispositif IT qui est assez peu mobilisé.

### Filières C

Dans plusieurs départements, des prises en charge dépassant les seuls problèmes de santé ont été développées pour des personnes présentant des situations de dépendance lourde et ancienne. Beaucoup d'entre elles sont des sortants de prison.

Dans le département Y, une convention avec une association a permis de financer six places en hébergement individuel destinées à des toxicodépendants en IT ou en SME dont les parcours antérieurs dans d'autres structures (hôpital, CHRS, etc.) se sont soldés par des échecs. Les candidats sont présentés par le SPIP pour les personnes en SME ou par la cellule santé-justice<sup>29</sup> de la DDASS pour les personnes en IT. Un comité réunissant le SPIP, la cellule Santé-justice, le CSST et d'autres associations décide des admissions et fait un bilan bimensuel de la situation des personnes hébergées. Une éducatrice spécialisée a été embauchée pour les accompagner. Une autre structure spécialisée dans l'insertion professionnelle accueille des sortants de prisons sur des chantiers d'insertion avec pour objectif de remettre ces personnes à l'emploi. Depuis 2001, date à laquelle cette action a été développée, une dizaine de personnes sous main de justice a transité par le chantier. Au moment de l'observation, trois personnes sous main de justice étaient accueillies au titre de la CDO.

Dans le département S, les sortants de prison sont pris en charge par une structure d'insertion professionnelle : le travail commence un peu avant la sortie, l'association étant informée des sorties proches par le SPIP. Dans le département U, les deux CSST interviennent au niveau des sortants de prison, chacun sur deux modalités d'hébergement : l'un en relation avec les CHRS (une personne a été recrutée pour opérer le lien avec les CHRS et accompagner les éducateurs dans la prise en charge du public toxicomane), l'autre concernant l'hébergement et le suivi en hôtel ou en familles d'accueil.

### Filière D

D'autres actions, moins nombreuses visent des personnes incarcérées ; le plus souvent, il s'agit d'actions d'information et de prévention sur les dangers de la drogue et de l'alcool.

29. Qui a en charge le suivi des injonctions thérapeutiques.

C'est le cas de l'antenne toxicomanie de la maison d'arrêt du département Z créée en 1999. La CDO finance un poste d'éducatrice qui reçoit les entrants. Le projet a été monté et mené par la FIT (Fédération des intervenants en toxicomanie) qui fédère plusieurs associations. La mission consiste à rencontrer les usagers de drogues de la maison d'arrêt, à les orienter vers un psychologue du service médical ou vers un intervenant extérieur, à faire la liaison entre la prison et les centres de soins en informant ces derniers des entrées et des sorties. Cette antenne est aussi l'instance de communication des services sociaux et sanitaires de la prison avec les CSST.

Dans le département V, les interventions en prison sont effectives de longue date, dans la mesure où l'opérateur unique du domaine toxicomanie y intervenait avant la mise en œuvre de la CDO. Ces interventions ont été complétées sur la problématique alcool par des interventions d'un psychologue du CDPA. De la même façon, dans le ressort d'un des TGI du département S, la CDO a été l'occasion de formaliser les interventions en prison d'une psychologue du CSST.

Notre investigation de terrain s'étant limitée à dix départements, nous n'aurons pas la prétention de (faire) croire que les quatre filières que nous avons dégagées couvrent de manière exhaustive l'ensemble des réponses judiciaires systématiques. De même, les objectifs et les moyens de l'évaluation ne nous permettent pas de mesurer si la systématisation des réponses judiciaires permet de réduire le nombre de condamnations ou de diminuer les classements sans suite secs. En d'autres termes, l'impact sur l'activité des parquets et des tribunaux correctionnels est difficilement évaluabile.

### Les conditions de création et d'organisation des filières

Les investigations départementales montrent qu'un certain nombre de conditions doivent être réunies pour créer ces filières.

### La définition d'un enjeu

L'organisation de filières presuppose le plus souvent qu'un acteur définit un enjeu. On entend par enjeu un problème à traiter, c'est-à-dire ici, en l'occurrence, un public de PPSMJ méritant un traitement particulier. Peu importe, du reste, que cet enjeu se situe du côté de la gestion des flux ou de la prise en charge. *A contrario*, comme le montre l'exemple du département X, sans enjeu identifié il ne peut y avoir d'utilisation raisonnée de la CDO. Un des parquets envisage le problème de la toxicomanie essentiellement sous l'angle du trafic de stupéfiants, du fait de sa position frontalière. Un autre, qui couvre un ressort abritant une population plus

nombreuse, plus urbaine et plus pauvre, est confronté, en plus des faits de trafic international, à une grande quantité d'infractions pour usage de stupéfiants ou de délits liés à l'alcool ou à d'autres consommations. Il fait face à cette pression en sollicitant d'autres institutions pour assumer l'orientation sanitaire des consommateurs de substances psychoactives : police ou gendarmerie en amont, délégués du procureur en aval. Au contraire, sur le ressort du troisième, moins sinistre et plus rural, le parquet « peut se permettre de ne rien laisser passer » (*dixit* le substitut). Quant au quatrième parquet, il est moins concerné (aucune injonction thérapeutique prononcée depuis deux ans). À ces différences contextuelles s'ajoute la difficulté pour les parquets de se coordonner (surcharge de travail induite, manque de motivation), aggravée par des frictions ou des différences de points de vue. Le procureur, correspondant de la justice pour la politique de la ville, peine à impliquer les autres parquets, et cesse, de guerre lasse, de les solliciter. Le substitut au procureur du TGI 1, responsable du contentieux stupéfiants depuis huit mois seulement, ne connaît pas la CDO. Le parquet du TGI 2 travaille avec les autres acteurs « toxicomanie » dans le cadre des Contrats locaux de sécurité. Le parquet du TGI 3, qui s'était impliqué dans le dispositif entre 1998 et 2001 (définition des objectifs, sollicitation de projets), aux dires de son substitut, se désengage en arguant d'une surcharge de travail imputée à une réduction des effectifs du tribunal et à la mise en place de la loi sur la présomption d'innocence.

À l'inverse, lorsqu'un problème est identifié, la CDO peut être l'opportunité de le résoudre. La définition de l'enjeu à traiter peut se faire sur l'initiative d'une institution ou d'un opérateur. C'est le cas dans le département R, à propos des jeunes consommateurs de cannabis. Le substitut chargé de la toxicomanie n'est guère satisfait de la réponse apportée : une COPJ pour une audience qui peut avoir lieu plusieurs mois après les faits. Même démarche dans le département U. Même si la négociation pour définir les objectifs de la CDO s'est faite entre le chargé de mission de la DDASS, le substitut et le directeur de cabinet chef de projet, ce sont les préoccupations du substitut qui prennent et qui sont de trois ordres : premièrement, il n'existe pas d'offre de prise en charge en direction de personnes confrontées à des problèmes d'alcool ; deuxièmement, il lui semble important de pouvoir proposer aux jeunes qui consomment des produits illicites une action de prévention ; enfin, le constat est fait de la non-utilisation des IT. Dans les Hauts-de-Seine, ce sont les opérateurs, à travers la FIT, qui ont été à l'initiative de l'antenne toxicomanie de la maison d'arrêt du département Z.

La détection de l'enjeu peut être aussi parfois le résultat d'un diagnostic antérieur à la CDO ou déclenchée par celle-ci. C'est très explicitement le cas dans les départements T et Y. Dans le département T, il faut distinguer ce qui se passe sur

les ressorts des deux parquets. Dans l'un, le réseau entre les futurs acteurs de la CDO existe. Le substitut s'exprime ainsi :

*« On avait déjà une habitude de travail commun avec tous les gens qui s'occupent du soin, dans le cadre du CDPD [Comité départemental de prévention des dépendances]. De manière informelle, on a quand même un partenariat bien antérieur. »*

Le portage se fait par pilotage commun entre la DDASS et le parquet (procureur, puis substitut). À la DDASS, le chef de projet CDO, un MISP, a déjà occupé cette fonction dans un autre département et connaît donc les enjeux. Par ailleurs, il est médecin inspecteur pour la psychiatrie et connaît bien le service de l'hôpital qui gère le CSST. La CDO a été préparée par deux ou trois réunions de concertation qui ont porté sur les besoins :

*« On a essayé de faire un travail de repérage des besoins, en invitant le maximum de personnes »* (substitut).

Participant au diagnostic : le parquet, le JAP, le DSPIP, les directeurs des établissements pénitentiaires, des opérateurs connus ou potentiels : CCAA, CSST, association de contrôle judiciaire, association d'accès aux soins en détention. Le consensus est établi sur la priorité à donner aux besoins en alcool et corrobore le diagnostic sur la population carcérale établi vers 1997-1998 par l'administration pénitentiaire, le SMPR et l'intersecteur toxicomanie. En visite à la préfecture du département, la présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies appuie la priorité aux actions alcool. Dans le ressort de l'autre TGI, un partenariat est déjà en place entre le parquet, le CCAA et des associations d'anciens buveurs. Lors de l'appel à projets CDO, le procureur demande des subventions pour ces associations afin qu'elles assurent une permanence aux audiences : le projet est retenu.

Dans le département Y, les objectifs de la première CDO de 1995 sont définis suite à une concertation menée entre la préfecture, la DDASS, les procureurs des deux TGI et les comités de probation. Un des cinq objectifs de la CDO est de développer la capacité du dispositif IT. Or, dès 1996, c'est le constat d'échec en ce qui concerne les injonctions thérapeutiques. La DDASS relève des disparités de traitement entre les deux TGI, le manque de moyens, d'effectifs, et l'inadaptation des médecins libéraux conventionnés par la DDASS pour suivre les IT, le traitement est exclusivement médical et il existe un conflit entre secret judiciaire et secret médical.

*« À l'époque, l'autorité judiciaire renvoyait à l'autorité sanitaire le fait que ça ne servait à rien de faire des IT, puisqu'il n'y avait pas de suivi »* (DDASS).

Le procureur, quant à lui, indique :

*« On était en peine de trouver quelqu'un qui accepte de faire les IT. L'autorité sanitaire refusait le contrôle des parquets sur les IT. C'était un problème de retour d'information aux parquets. »*

En 1997, le dispositif des IT est donc réformé. La DDASS recrute un psychologue pour suivre les IT. Il est rejoint en 1999 par une adjointe assistante sociale. L'objectif est de créer une « unité de liaison » entre l'autorité judiciaire et les opérateurs sanitaires ; de compléter les soins par une prise en charge psychosociale pour crédibiliser la mesure. Progressivement, par l'activisme de son responsable, l'« unité de liaison » étend sa compétence à l'ensemble des mesures judiciaires concernant des toxicomanes. En 1999, la Convention est préparée par ce psychologue devenu entre temps responsable de la cellule Justice-santé créée en 1997 pour prendre la suite de l'unité de liaison, en concertation avec les deux parquets, et mise en forme par la préfecture dont le directeur de cabinet du préfet est chef de projet. La CDO reprend trois des objectifs de la précédente : pérenniser et développer le dispositif des IT ; améliorer le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes relevant de la justice ; prévenir la récidive des toxicomanes incarcérés. Le texte de la CDO institutionnalise également les réalisations expérimentales menées depuis 1997 : création officielle de la « cellule de liaison santé-justice » et reconnaissance de sa compétence étendue, au-delà des IT, à l'ensemble des actions à destination des toxicomanes sous main de justice ; reconduction d'un partenariat entre la DDASS et une association d'insertion pour la prise en charge par celle-ci d'un petit nombre de toxicomanes en injonction thérapeutique, pour une aide à la réinsertion professionnelle dans la volonté de compléter le traitement sanitaire par un volet social.

Si l'existence d'un partenariat établi antérieur facilite certainement l'établissement d'un diagnostic commun, d'autres facteurs, plus organisationnels, à l'inverse, ont tendance à freiner ou à favoriser les initiatives. La taille et le nombre de TGI dans le département en est un. Dans le département W (département de l'échantillon émergent faiblement aux financements CDO), le TGI est d'une dimension telle que les affaires de drogues et de toxicomanie peuvent apparaître autrement préoccupantes que dans le département Z de la région parisienne, par exemple, ou dans le département X du fait de sa situation frontalière. D'ailleurs, comme le note un magistrat du tribunal du département W, le plus rural de notre échantillon :

*« On a un seuil de tolérance assez bas par rapport à la moyenne nationale, on poursuit plus ici qu'ailleurs. »*

Ce que ne démentent ni le procureur ni les autres acteurs judiciaires qui jugent que, sur le département, le traitement judiciaire de la consommation de produits illégitimes a toujours donné lieu à une politique pénale rigoureuse et sévère. C'est le contraire sur le ressort d'un petit TGI du département R, où la consommation de stupéfiants a été niée pendant longtemps. Ce n'est que par l'action opiniâtre d'une association que l'on a commencé à identifier la réalité de cette consommation que personne ne voulait voir.

Dans le département Y, c'est le découpage judiciaire qui a des incidences négatives. La préfecture du département ne « pèse » que pour un tiers de la population du département. Le tribunal correspondant est de petite taille. Le deuxième tribunal, lui, est plus gros, le réseau associatif bien développé, les affaires relatives à la toxicomanie sont plus nombreuses et plus importantes.

L'organisation des parquets est un autre facteur qui pèse sur l'initiative ou le diagnostic. Une des spécificités du parquet du département Z est sa non-spécialisation. En d'autres termes, il n'y a ni parquet mineurs, ni parquet majeurs, ni de substitut spécialisé dans les affaires de toxicomanie. L'organisation est horizontale et les magistrats sont polyvalents. Cette organisation ne facilite pas la réalisation de la synthèse des besoins ou des enjeux dans ce domaine. Elle n'aide pas non plus à l'identification de partenaires privilégiés qui pourraient faciliter le rapprochement des logiques des deux mondes.

### **La constitution d'une offre**

Une autre condition est l'existence d'opérateurs prêts à intervenir là où ils sont jugés nécessaires. Dans le département Z, la demande des associations de la FIT est de pouvoir créer et maintenir un lien entre les toxicomanes emprisonnés et les CSST et d'assurer la circulation de l'information, de la prison vers les centres de soins. L'éducatrice intervenant à la maison d'arrêt est censée pallier le déficit de liaison existant lorsque celle-ci est confiée au SPIP. Ce travail est autorisé par l'administration pénitentiaire qui a répondu favorablement à la demande de la FIT et qui accepte de prêter un bureau, mais il se fait indépendamment d'elle. La cohabitation est neutre et n'a pas créé de lien avec les CIP. L'éducatrice veille particulièrement à ne pas empiéter sur leur travail.

Face à la demande des fournisseurs que sont la plupart du temps les gestionnaires de flux, les professionnels de la prise en charge vont développer différentes stratégies.

Certains peuvent décider de ne pas répondre à la demande qui leur est formulée et donc de ne pas ouvrir l'offre. Les fournisseurs peuvent alors se retourner vers d'autres opérateurs. Dans le département R, le CSST local n'est pas intégré à

la convention départementale d'objectifs suite à des conflits internes et à sa méfiance à l'égard de l'institution judiciaire. Ce sont donc des structures de suivi sociojudiciaire qui interviennent dans le champ de la toxicomanie et mettent en œuvre des actions (accueil-orientation, notamment) en direction de ce public particulier. C'est, là une logique de diversification des opérateurs qui est en œuvre. Avec le risque, dans ce cas précis de substitution, de faire glisser le registre de prise en charge vers une logique de contrôle plus que de prise en charge sociosanitaire (l'offre émane d'associations dont la vocation initiale est le contrôle judiciaire et non le suivi médico-social).

Certains acteurs de la prise en charge peuvent faire le choix de répondre positivement à la demande avec deux conséquences possibles : l'extension de la structure ou sa scission en cas de conflit interne ou de divergences entre professionnels. On se situe là plutôt dans une logique d'adjonction. La tendance naturelle des associations est de vouloir étendre leur champ d'action. Une des raisons évoquées est de pouvoir être plus efficace en amont des procédures. Il en est ainsi de certaines associations qui interviennent en prison, font ensuite du suivi en milieu ouvert, puis arrivent sur le champ du présentenciel, et qui voudraient demain voir les gens dès leur garde-à-vue. Parmi les opérateurs, prévaut aussi parfois une logique de concentration : des associations vont se spécialiser dans le judiciaire en intervenant tout au long de la chaîne pénale (médiation, réparation, rappel à la loi, suivi socio-éducatif, présentenciel, postsentenciel).

### Le travail de traduction entre offre et demande

Pour que la filière s'organise, il faut que la demande rencontre l'offre. Autrement dit, la demande doit être formulée en des termes compréhensibles et acceptables par les structures susceptibles de participer à la résolution du problème. C'est ainsi, par exemple, que dans le département W, la demande du parquet a été discutée puis reformulée par le CDPA. Le parquet souhaitait pouvoir disposer, à l'issue de l'entretien avec la structure de soins, d'une synthèse médico-sociale de la personne (diagnostic visant à évaluer le degré de dépendance). Ce que la structure a perçu comme une demande d'expertise à une association qui fait de la prévention et du soin. La réponse a été claire : « *On ne peut pas être à la fois dans le soin et dans l'expertise pour la justice.* » L'opérateur a donc, à partir de là, petit à petit, à force d'échanges, fait évoluer la demande vers une requête de prise en charge en soins, orientée par la justice. L'intervention de l'association se situe donc toujours dans le cadre d'une thérapie volontaire orientée par la justice. On est là clairement dans une logique de conformation entre offre et demande.

## OPPORTUNITÉS ET OBSTACLES À LA RENCONTRE ENTRE LES DEUX LOGIQUES

### Acteurs et espaces de traduction

Les investigations menées sur les dix départements ont permis d'identifier deux conditions facilitatrices de la rencontre entre ces deux logiques de gestion des flux et de prise en charge.

La première est la présence, dans le système de mise en œuvre, de personnalités dont le parcours individuel et professionnel est tel qu'il leur permet d'assurer un rôle de passeur entre les deux logiques et les acteurs qui les portent. Dans le département Y, c'est le psychologue recruté au sein de la DDASS pour suivre les injonctions thérapeutiques qui a assuré cette liaison et qui, de plus, par son activisme, a étendu la compétence de l'unité de liaison à l'ensemble des mesures judiciaires concernant des toxicomanes. On retrouve un peu la même configuration dans le département Z, où ce sont les trois psychologues de la cellule des IT qui ont, de fait, situé la DDASS comme lieu de passage, véritable pont avec la justice, et qui assurent ce rôle d'intermédiaire entre la justice et les soins. Au TGI principal du département T, c'est un substitut, présent depuis des années au parquet, qui a eu une formation d'éducateur avant d'être magistrat, qui joue ce rôle.

Cette fonction de passeur peut aussi être assurée par les DSPIP du fait de leur position centrale au sein du système d'action : à mi-chemin entre les logiques de prise en charge (à la tête des équipes de CIP chargés des suivis) et les logiques de flux (la surcharge d'activité de ces services est déjà largement connue, et n'a pas été démentie par nos observations), et à la fois acteurs institutionnels et à la tête d'un service prestataire au sein de l'administration pénitentiaire. Dans plusieurs départements, U, S et V pour partie, le DSPIP occupe assez clairement une position de « passeur » permettant une certaine médiation entre opérateurs et institutions et entre milieu judiciaire et milieu sanitaire et social. La concordance de la création des DSPIP et la relance des CDO expliquent aussi en partie cette place prise au sein du dispositif (voir chapitre sur « la mise en œuvre départementale » page 37).

La deuxième condition est l'existence ou la constitution d'espaces de traduction de ces deux logiques. En effet, si au niveau national la MILDT et le comité de pilotage CDO constituent eux-mêmes deux scènes d'échanges entre les différents univers ministériels impliqués dans le dispositif, au niveau départemental, c'est l'outil CDO, piloté par le chef de projet qui est censé construire ces espaces. En fait, le chef de projet, qu'il soit un agent de la DDASS ou de la préfecture, est rarement en mesure – sauf s'il correspond à la figure du passeur évoquée *supra* –

d'opérer à lui seul ce travail de traduction. Mais la mise en œuvre des CDO peut produire de tels espaces à différents moments du fonctionnement du dispositif :

- soit au moment de la préparation et de la contractualisation de la CDO. On l'a vu (cf. page 37), la formulation d'un diagnostic ou la rédaction de la CDO est des temps d'échange effectifs, soit entre institutions (santé, justice, police et gendarmerie), soit entre institutions et opérateurs lorsque ceux-ci sont associés assez en amont. Très clairement, l'existence de cet espace est à la fois la condition et le produit du modèle de fonctionnement coopératif tel qu'analysé au cours du chapitre sur la mise en œuvre départementale (page 37),

- soit en aval de la contractualisation à un niveau plus opérationnel. À ce niveau, les espaces d'échange peuvent être organisés de façon relativement formelle : ainsi sur le ressort d'un des TGI du département U, une réunion mensuelle associe le SMPR, le JAP, des CIP ainsi que les différents opérateurs extérieurs impliqués dans la prise en charge de détenus ou de sortants de prison. Il s'agit d'échanger sur les personnes suivies par les uns et les autres. Mais des scènes d'échange plus informelles peuvent aussi s'organiser uniquement entre opérateurs : c'est le cas, par exemple, dans un des TGI du département V où, depuis la mise en œuvre des conventions de prestation, la personne recrutée par le CDPA, qui intervient en milieu fermé, rencontre régulièrement (de façon quasi hebdomadaire) les intervenants de l'opérateur toxicomanie pour échanger sur les problématiques des personnes suivies. C'est le cas aussi dans le département Y où le financement par la CDO d'une action d'hébergement est l'occasion pour l'ensemble des travailleurs sociaux intervenant auprès d'une même personne de se réunir régulièrement pour faire le point sur sa situation. Ailleurs, ces échanges informels peuvent aussi se produire plus ponctuellement.

### Les obstacles à la rencontre

Les investigations approfondies réalisées dans les dix départements nous ont permis de repérer également les freins susceptibles de rendre difficile (sinon d'empêcher) la rencontre entre ces deux logiques de gestion des flux, d'un côté, et prise en charge de l'autre. On en a relevé trois principaux.

### Le turn-over des personnels

La rotation des personnels, et en particulier celle des magistrats, rompt souvent la mise en œuvre des politiques. C'est particulièrement le cas en ce qui concerne

les procureurs. En prenant son poste, le responsable du parquet ne se sent aucunement engagé par ce qu'a pu développer son prédécesseur. Il poursuivra la « politique pénale » précédente ou la remettra partiellement ou totalement en cause. En matière de toxicomanie, il peut par exemple se trouver des parquets qui réfutent l'intérêt du suivi socio-éducatif, ou, au contraire, qui y sont tellement favorables qu'ils gênent les associations par leurs exigences. D'autres peuvent penser que la consommation de cannabis n'est pas répréhensible, ou moins que d'autres délits, et donc que la justice n'a pas à s'embarrasser de ce type de cas. Toujours est-il que le partenariat, là où il s'est construit, repose sur une vision partagée des problèmes et des actions, que cette vision se construit sur du moyen ou du long terme, et que le départ d'un magistrat (cf. département P) peut remettre en cause tout le dispositif coopératif construit. Sans compter que, le plus souvent, avec le départ des personnels c'est une partie de la mémoire de ce qui a été initié qui disparaît.

Plusieurs de nos départements illustrent cet état de fait. Ainsi, dans le département T, au démarrage de la CDO, le parquet du TGI 1 (sis dans la préfecture du département) est plutôt en retard sur l'autre et essaye de rattraper son décalage en imitant ce qui s'est fait dans le domaine de l'alcool : sollicitation du CCAA et des associations d'anciens buveurs. Au moment de l'enquête, la situation s'est inversée : le procureur du TGI 2 et son substitut ne sont en poste que depuis septembre 2001. Les réunions relatives à la CDO permettent à ces magistrats de découvrir ce qui a été mis en place au TGI 1.

*« L'intérêt des réunions CDO, c'est d'apprendre ce qui se fait ailleurs, pour en tirer des idées. On s'aperçoit que l'injonction thérapeutique fonctionne à... Cela nous donne envie de faire quelque chose, avec des besoins et des moyens proportionnels »* (procureur).

Dans le département W, la CDO a été initiée par l'ancien procureur et surtout le précédent substitut. Visiblement, le procureur actuel a du mal à s'approprier le dispositif CDO et à faire fonctionner les conventions tripartites de prestations et sollicite l'opérateur moins souvent que son prédécesseur et ce d'autant plus que le poste de substitut est resté vacant plus de six mois et qu'il a dû assurer seul la charge du parquet. D'où une baisse quantitative du nombre de personnes prises en charge par le réseau ville-hôpital (accueil et orientation de jeunes majeurs ou mineurs fumeurs de cannabis) ou une mauvaise mise en application du protocole : envoi direct des mineurs au médecin du réseau alors que le protocole prévoit que ceux-ci soient au préalable reçus par un éducateur de la PJJ.

Mais ce turn-over peut affecter d'autres administrations et notamment les directions départementales de l'action sanitaire et sociale et l'administration pénitentiaire.

Le départ d'un chef de projet a souvent comme conséquence de peser, au moins dans un premier temps, négativement sur l'animation du dispositif. Et ce d'autant plus que la plupart du temps ce n'est pas une, mais plusieurs personnes-clés qui quittent en même temps le département. Dans les départements W et T, c'est le départ du procureur et du substitut (et de surcroît du chef de projet dans le département W) ; dans le département Y, le réseau des personnes qui pilotent le dispositif a subi un profond renouvellement : départ du responsable de la cellule justice-santé, du directeur de cabinet-chef de projet et de la personne qui, à la préfecture, suit le dossier depuis le début. Dans le département P le départ du substitut intéressé à ces questions, la mutation de la responsable du dossier à la DDASS et le désengagement prévisible d'un responsable du SPIP laissent les associations seules face à des « administratifs » gérant uniquement l'aspect financier de ce dossier.

### ***Le conflit de légitimité de la prise en charge***

C'est notamment le cas dans nos dix départements en ce qui concerne la prise en charge sociosanitaire des détenus. Sur ce créneau, le risque est celui de la concurrence entre des opérateurs extérieurs et les UCSA et SMPR qui interviennent en prison. Dans le département W, la détention n'est pas concernée par la CDO et l'UCSA ne fait pas partie du comité de pilotage du programme départemental de lutte contre la toxicomanie. C'est le SPIP qui représente l'administration pénitentiaire. Une convention entre l'UCSA, le CDPA, la maison d'arrêt, le SPIP et l'institut Camille Miret (secteur psychiatrique) dont l'objet est de développer les liens de partenariat dans le domaine de la sensibilisation au risque en direction du public carcéral présentant des difficultés avec l'alcool a été signée en janvier 2001 mais n'est pas intégrée à la CDO. Cette convention se concrétise par des séances d'information collective sur la base du volontariat en direction des détenus organisées par le CDPA à l'issue desquelles une demande d'entretien individuel peut être faite. Devant l'échec de cette action (peu de détenus intéressés) les partenaires sont à l'heure actuelle en train de réfléchir à d'autres types d'interventions. Le médecin chef de l'UCSA s'estime à l'écart de tous les dispositifs alors même qu'il considère que son unité est la seule légitime à intervenir en prison. C'est ainsi qu'il s'est farouchement opposé à ce que la psychologue du CCAA poursuive en détention la prise en charge de patients dont le suivi avait démarré avant leur incarcération, car il juge que la continuité de la prise en charge peut parfaitement être assurée par l'équipe médicale de la maison d'arrêt. Les deux arguments qui ont été développés sont la multiplication des intervenants et le risque d'instrumentalisation des professionnels par les déte-

nus. La mise en œuvre de la note interministérielle du 9 août 2001<sup>30</sup> sera peut-être l'occasion d'un rapprochement entre les acteurs de la détention et les autres partenaires impliqués dans la CDO.

Mais la concurrence peut se développer aussi avec les SPIP. C'est particulièrement le cas lorsque le milieu d'opérateurs de la toxicomanie est ancien et structuré : comme dans la préfecture du département U, où le DSPIP, même s'il peut jouer un rôle central en termes de médiation entre les institutions et les opérateurs, a dû gérer, au démarrage de la CDO, des relations relativement tendues avec les opérateurs. Ailleurs, la concurrence s'exprime directement sur le terrain de la captation des financements CDO, comme dans le département S, où plusieurs actions sont financées directement ou indirectement par la CDO. Dans le département V, cette concurrence se trouve éliminée de fait dans la mesure où la directrice du SPIP est aussi présidente de l'organisme opérateur monopolistique en matière de toxicomanie.

### ***La mise en cause de la qualité de la prise en charge***

Paradoxalement, la rencontre entre offre et demande n'est pas sans risques. En effet, plus les fournisseurs se rapprochent des demandeurs, plus les potentialités de conflictualité augmentent. Autrement dit, plus les acteurs de la gestion des flux seront sensibles et ouverts à la question de la prise en charge sociosanitaire plus, et c'est légitime, ils seront exigeants sur le contenu de cette prise en charge (type et modalités) et plus leur attente sur ses effets sera élevée. C'est ainsi, par exemple, que dans le département W, le procureur est non seulement sceptique (voire opposé) aux politiques de substitution mais aussi fort méfiant vis-à-vis du discours des opérateurs en direction des personnes mises en cause et reçues dans le cadre du protocole initié par la CDO. Ses interrogations portent plus sur la qualité de la prestation que sur son résultat. D'où sa réticence à suivre la procédure de traitement systématisé en direction des jeunes consommateurs de cannabis définie conjointement par son prédécesseur, la PJJ et le réseau ville-hôpital.

Ces tensions autour de la qualité de la prise en charge renvoient à des tensions entre milieu professionnel, qui existent, bien évidemment, tout à fait en dehors des CDO, mais que le dispositif peut donner à voir de façon particulièrement nette, dans la mesure où il incite aux échanges. En particulier, des situations de tension entre opérateurs œuvrant traditionnellement dans le réseau de la justice (comme les associations pratiquant le contrôle judiciaire), et les professionnels des CSST.

30. Note interministérielle du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

De la même façon, localement les CDO font apparaître les tensions entre professionnels des CSST ambulatoires et ceux des CSST ou les associations non médicalisées.

C'est en fait toute la question de la maîtrise de la prise en charge qui se joue dans cette tension.

## RÉSUMÉ

Les conventions départementales d'objectifs devaient permettre la transformation des pratiques judiciaires dans le sens d'une meilleure prise en compte des problématiques de soins des personnes dépendantes ayant à faire à la justice. Or, l'évaluation a mis en évidence non pas tant la nécessité du rapprochement de deux mondes qui s'ignorent que celle de la rencontre entre deux logiques d'action différentes qui transcendent le clivage entre judiciaire et sociosanitaire : logique de gestion des flux et logique de prise en charge.

La deuxième observation est que les échanges entre ces deux logiques et les acteurs qui les portent, qui existent à l'échelon national au sein du comité de pilotage notamment et au sein de la MILDT, ne se concrétisent pas aussi facilement au niveau local, échelon auquel l'interministérialité a du mal à se mettre en œuvre et pour laquelle il n'existe pas d'espace d'échanges a priori.

Les investigations de terrain ont permis de dégager trois figures de rencontre des deux logiques, une coexistence sans rencontre véritable, le financement d'une offre supplémentaire ou complémentaire par la CDO, ou bien une articulation entre ces deux logiques qui permet la création de filières. Celles-ci sont favorisées entre autres par la définition d'un enjeu, auquel la CDO peut apporter une réponse, par la constitution d'une offre par les opérateurs et par un travail de traduction entre offre et demande. Les personnalités de chacun jouent ici un rôle primordial.

Par ailleurs, du point de vue sanitaire, les CDO ont un impact limité. Ce qui apparaît le plus positif est finalement la capacité du dispositif à découpler le traitement judiciaire et la prise en charge sanitaire et sociale, une fois l'accroche *via* la situation judiciaire effectuée.

## L'IMPACT SUR LES PUBLICS

---

Au-delà de l'attention portée à la mise en œuvre institutionnelle et opérationnelle ainsi qu'aux effets sur les pratiques des acteurs, le dispositif des CDO doit aussi s'appréhender du point de vue de ses bénéficiaires, c'est-à-dire du public effectivement touché par les actions mises en œuvre.

C'est, ici, le registre de l'efficacité qui est convoqué : quel est l'impact du dispositif en termes de prise en charge du public potentiel ? Cet impact peut théoriquement s'apprécier soit du point de vue de la capacité du dispositif à favoriser la prise en charge de personnes qui ne l'auraient pas été, du moins pas de cette façon en son absence, soit du point de vue de ses effets en termes d'orientation, de soins ou d'insertion et plus globalement, en termes d'adaptation de la prise en charge aux situations des personnes.

En outre, cette question de l'efficacité doit aussi être traitée dans son rapport au coût du dispositif, c'est-à-dire du point de vue de son efficience. Sur ce registre, la question centrale posée au dispositif concerne la réalité du surcoût financé : pour atteindre leurs objectifs, les actions développées dans le cadre des CDO engendrent-elles un surcoût pour les structures de prise en charge ? Si c'est le cas, dans quelle mesure est-il couvert par les financements accordés dans le cadre des CDO ?

### **LE PUBLIC POTENTIEL DES CDO EST DIFFICILEMENT CHIFFRABLE**

En 2001, 37 675 personnes ont été prises en charges dans le cadre du dispositif<sup>31</sup>. En 2000, 20 069 personnes étaient concernées, contre un peu moins de la moitié en 1999 (9 235 personnes). Ces chiffres restent une estimation calculée sur la base du croisement des données des deux tableaux source (par action et par situation judiciaire) élaborés à la MILD'T (données qui concernent 79 départements). Si l'on confronte cette estimation aux objectifs quantitatifs fixés pour chaque action,

---

31. Les analyses qui suivent sont fondées sur le traitement des données extraites pour l'année 2000.

le résultat est plutôt positif, puisqu'on atteint ainsi un taux moyen de réalisation des objectifs de 79 %. Il reste pourtant difficile de porter un jugement sur cette base, dans la mesure où ces chiffres renseignent surtout sur la capacité des opérateurs à définir, au sein des conventions de prestation, des objectifs qu'ils sont en mesure d'atteindre. Autrement dit, rien n'indique par rapport à quoi l'objectif quantitatif de départ a été défini, donc ce en quoi il est pertinent.

On peut alors envisager d'évaluer ce nombre de personnes prises en charge au regard du public que le dispositif pourrait potentiellement toucher. C'est dans cet esprit que le comité de pilotage de l'évaluation a souhaité estimer cette population potentielle. Trois indicateurs, qui tentent de couvrir l'ensemble du public potentiel visé par les CDO, ont donc été construits, mais aucun n'est réellement satisfaisant<sup>32</sup>.

Le premier tente de rapporter la population prise en charge à la population interpellée pour détention ou usage de stupéfiants et conduite en état alcoolique. On observe, pour les stupéfiants au niveau national, une nette progression de ce *ratio* entre 1999 (8 %) et 2000 (17 %). Mais les écarts entre les départements sont extrêmement importants, au point qu'il est impossible d'en déduire des profils types, ou des liens avec la configuration des dispositifs départementaux. Ainsi, par exemple, ce *ratio* est aussi élevé pour l'Ariège (94 %) qui bénéficie d'un financement modeste dans le cadre de la CDO, que pour l'Hérault (90 %), qui bénéficie d'un financement plus conséquent. Pour l'alcool, on passe d'un *ratio* de 0,3 % en 1999 à un *ratio* de 3 % en 2000, qui marque clairement les conséquences de la relance du dispositif en 1999 et l'incitation à la prise en compte de l'ensemble des problématiques de dépendance (même si ce *ratio* reste très faible). D'une façon générale, ces chiffres doivent être appréhendés avec la plus grande précaution, dans la mesure où, d'une part, les données prises en compte révèlent avant tout l'activité des services de police et de gendarmerie. D'autre part, les bénéficiaires potentiels des CDO ne sont pas spécifiquement les personnes interpellées pour ces motifs, mais bien l'ensemble des personnes sous main de justice pour lesquelles un problème de dépendance à un produit psychoactif est diagnostiqué. Cela explique que, par exemple, la Haute-Savoie présente un *ratio* de 185 % de prise en charge du public potentiel selon ce mode d'estimation.

Les mêmes observations peuvent être faites concernant la tentative de rapporter le nombre de personnes prises en charge à la population condamnée pour détention ou usage de stupéfiants et conduite en état alcoolique ou pour blessures involontaires. Il s'agit, là encore, d'un public beaucoup plus restreint que celui

32. Voir en annexe les trois tableaux exposant ces ratios par département.

potentiellement et théoriquement visé par les CDO. Pourtant ce *ratio* est lui aussi très faible puisqu'il atteint 7 % des personnes condamnées en 2000 (4 % en 1999).

Le *ratio* le plus fiable (bien que partiel) aurait pu être celui consistant à évaluer le public incarcéré potentiel. Mais le meilleur indicateur concernant l'état de santé des entrants en prison date de 1997, et les chiffres ne sont pas disponibles au niveau départemental. À la demande du comité de pilotage de l'évaluation, la population potentielle incarcérée a donc été estimée en rapportant les résultats nationaux de l'enquête de 1997 sur la santé des entrants en prison à la population incarcérée de chaque département. La population prise en charge dans le cadre des CDO a ensuite été rapportée à cette estimation. Au final, l'indicateur produit semble très peu fiable dans la mesure où il confronte des données concernant trois années différentes : l'état de santé à l'entrée en prison en 1997, la population incarcérée en 2001, et la population prise en charge dans le cadre des CDO en 2000. De fait, les sources d'information très fragmentées n'ont pas permis de construire un indicateur pertinent : si au niveau national on obtient un taux de prise en charge de 33 %, bon nombre de départements obtiennent des taux aberrants de plus de 100 % voire atteignant plus de 250 % dans la Marne par exemple... Cela pose par ailleurs question quant à la fiabilité du nombre de prises en charge déclarées par les opérateurs *via* les chefs de projet.

#### Estimation des prises en charge pour l'année 2000

|   |      |
|---|------|
| Taux de prise en charge population interpellée alcool           | 3 %  |
| Taux de prise en charge population interpellée drogue           | 17 % |
| Taux de prise en charge population condamnée (drogue et alcool) | 7 %  |
| Taux de prise en charge population incarcérée                   | 33 % |

Au final, il semble que la prise en compte de ces indicateurs comme contribution à la production d'un jugement évaluatif concernant l'impact des CDO sur les publics est peu pertinente compte tenu de leurs limites qualitatives importantes. Par ailleurs, le chiffrage d'un public potentiel n'a de sens que si l'on poursuit l'objectif d'une systématisation de la prise en charge de ces publics, comme semble l'indiquer la circulaire de février 2002. Dans ce cas, les ratios établis montrent *a minima* que même avec une population potentielle largement sous-évaluée de fait, le dispositif est très loin d'assurer cette systématisation. Plus largement, un tel constat renvoie à la faisabilité même de l'objectif de systématisation et à l'étendue des moyens à mobiliser (en termes de masses financières comme en termes de capacité des opérateurs).

## L'IMPACT SUR LES SITUATIONS : LE POINT DE VUE DES BÉNÉFICIAIRES

Les chefs de projet et les procureurs ayant répondu au questionnaire portent un regard assez positif concernant l'impact du dispositif sur les publics. Quarante-huit chefs de projet déclarent que la CDO a permis de prendre en charge de nouveaux publics, contre 7 qui affirment que non. La proportion chez les procureurs est respectivement de 30 contre 23. La qualité de ces prises en charge et leur impact sur les bénéficiaires sont aussi jugés très positivement : 48 chefs de projet et 43 procureurs estiment que les prestations mises en œuvre ont permis d'améliorer l'orientation des personnes. De même, 54 chefs de projet et 43 procureurs pensent que ces prestations ont permis d'améliorer la prise en charge et le suivi des personnes.

Qu'en pensent les bénéficiaires eux-mêmes ?

L'essentiel des résultats indiqués ci-après est tiré de l'enquête réalisée auprès des bénéficiaires dont les modalités et les limites ont été exposées page 17.

### Les actions observées

Six actions ont été observées. Celles-ci sont généralement mises en œuvre par un opérateur, mais peuvent associer plusieurs acteurs. C'est par exemple le cas de celle qui suit.

### Alternative aux poursuites pour des CEA

L'action est assurée principalement par une association socio-éducative de contrôle judiciaire, mais associe le CCAA et le délégué du procureur du parquet. L'association de contrôle judiciaire reçoit, à la demande de la justice, des personnes interpellées pour conduite en état alcoolique. Ces personnes devraient normalement subir des peines de prison ou payer des amendes. L'association leur propose une alternative aux poursuites judiciaires, qui se structure en trois étapes :

- la rencontre avec un travailleur social de l'association, qui procède à une enquête sociale poussée sur la situation actuelle de la personne, aussi bien du point de vue sanitaire, que social, médical ou judiciaire. Le travailleur social évalue notamment les besoins de la personne sur le plan médical, et cherche à trouver une solution pour qu'elle puisse continuer à se rendre sur son lieu de travail, notamment en cas de retrait de permis pour une longue durée. Le travailleur social oriente par la suite le plus souvent la personne vers un médecin, ou bien vers une structure comme les alcooliques anonymes ;

- la rencontre avec un médecin alcoologue dans un CCAA pour une consultation à la fois psychologique et médicale. Lors de ce rendez-vous, le médecin informe le patient des dangers médicaux de la prise d'alcool et propose un suivi psychologique et médical sur le long cours. Est remise à l'issue de ce rendez-vous une attestation au patient, qui doit la donner à l'association de contrôle judiciaire, qui la transmettra au tribunal ;

- le rappel à la loi par le délégué du procureur au tribunal de grande instance. Sur convocation, la personne doit se rendre à ce dernier rendez-vous qui va clore le processus de l'alternative aux poursuites. Ce rendez-vous se divise en trois phases : dans un premier temps, le délégué du procureur qui reçoit les personnes individuellement rappelle la loi, évoque les risques encourus lors de la conduite en état d'ivresse, explique que normalement la personne aurait dû passer devant les juges, et que c'est la première et dernière fois qu'elle peut bénéficier de cette alternative aux poursuites. Ensuite, le délégué du procureur établit un procès verbal qu'il fait signer à la personne : il confirme les retraits de points sur le permis ou le retrait du permis pour une durée déterminée. Dans un troisième temps, le délégué du procureur propose aux personnes de visionner, ensemble, une cassette de trente minutes conçue par la sécurité routière sur les risques de la conduite automobile dans un état alcoolique. Par la suite, il distribue une documentation de quelques pages pour savoir comment se comporter avec l'alcool au quotidien.

C'est lors de ces rendez-vous au tribunal que les personnes ont été interviewées. En effet, même si elles sont reçues individuellement, celles-ci sont toutes convoquées le même jour. Il est à noter que le jour où l'étude a été menée, il n'y avait pas de télévision disponible dans le tribunal, si bien que les personnes n'ont pas pu visionner la cassette.

Cinq personnes entrant dans ce dispositif ont été interviewées.

### Hébergement

L'association concernée gère plusieurs CHRS, une structure d'accueil d'urgence et un accueil pour demandeurs d'asile. Cette association a été repérée par le responsable de la cellule justice-santé pour accueillir des personnes sous injonction thérapeutique dans les CHRS. Depuis 2000, l'association développe avec des financements CDO la mise à disposition de cinq appartements thérapeutiques et une place en hébergement d'urgence à destination de toxicomanes sous main de justice.

La CDO finance le surcoût que représente l'embauche d'une éducatrice à temps plein qui assure l'accompagnement social et l'apprentissage de l'autonomie des personnes hébergées et, à terme, leur insertion professionnelle avec un autre opérateur. L'association doit recourir régulièrement, pour mener à bien cette action, à ses moyens ordinaires, une autre éducatrice du CHRS notamment.

Six personnes hébergées ont été interviewées au siège de l'association.

### **Insertion professionnelle**

Cette association, comme la précédente, est mobilisée au titre de la CDO par le responsable de la cellule justice-santé qui recherche, toujours dans le cadre du développement des IT, un partenaire pour le volet insertion professionnelle. Très grosse association régionale, cet opérateur dispose d'un service d'insertion, de conseil, de formation et de réinsertion professionnelle. S'il lui arrivait d'accueillir des personnes ayant des problèmes d'alcool ou de drogues, elle ne s'est jamais préoccupée de leur situation judiciaire. Ce contact se concrétise en 1998 par le financement de l'action « Transition, passerelle vers l'emploi », action intégrée à la CDO en 1999.

La structure reçoit des personnes sous main de justice, en IT ou en placement extérieur et les intègre dans ses chantiers d'insertion (deux chantiers au total). Au moment, de l'enquête, l'association prenait en charge trois PPSMJ sur son chantier de jardinage en CES, à mi-temps (couplé au RMI), sous forme de CDD de 6 mois.

Ces personnes bénéficient au titre de la CDO d'un suivi psychologique à raison d'une journée par semaine. En outre, ces personnes participent aux autres activités organisées par l'association (loisirs, sports). L'objectif visé est de remettre ces personnes en situation d'emploi. Depuis 2001, une dizaine de personnes toxicomanes sous main de justice sont passées par ce chantier.

Les trois personnes prises en charge au moment de l'enquête ont été interviewées sur le chantier.

### **Soin**

Cette action est menée par une association de contrôle judiciaire qui, dans le cadre de la CDO, a créé une unité de soutien psychologique en 1999. La CDO finance une psychologue à raison de 4 heures par semaine. Il s'agit d'un dispositif de soin, dans le cadre ou non d'une obligation de soin. Il n'est en rien obligatoire, mais vivement conseillé aux personnes qui paraissent en avoir besoin. Ce sont les travailleurs sociaux du service qui orientent les publics toxicomanes vers cette unité de soutien.

L'objectif est d'offrir un lieu d'écoute pour la résolution des problèmes liés à la consommation de drogues. La complémentarité avec les travailleurs sociaux de l'association permet une démarche d'insertion globale, cependant que l'individualisation par rapport au milieu judiciaire est préservée.

Toutes les personnes suivies dans ce cadre le sont au titre d'une alternative à la détention provisoire et sont en attente de leur jugement. Les entretiens s'échelonnent sur une moyenne de 7,5 mois à raison d'un par semaine ou un tous les quinze jours. Pour l'année 2001, l'unité de soutien a suivi 39 personnes.

Trois personnes ont été interrogées.

### **Insertion sociale**

Cette association d'insertion sociale, créée en 1994 pour accueillir les publics toxicomanes ou malades, s'est depuis ouverte à d'autres publics, notamment les bénéficiaires du RMI. La structure gère un Programme d'échange de seringues attenant. La CDO finance, depuis 1999, le suivi global des personnes toxicomanes sous main de justice. Ce suivi est réparti entre trois intervenants : suivi de santé et psychologique, orientation professionnelle et suivi social. C'est la première association du genre dans la ville. Elle s'est créée sur un modèle similaire existant dans la ville-centre du département. Depuis 1999, le dispositif finance environ 20 personnes par an.

Trois personnes ont pu être interviewées au siège de l'association. Les personnes rencontrées ne sont plus suivies aujourd'hui, mais repassent régulièrement à l'association lorsqu'elles en éprouvent le besoin, de manière informelle.

### **Accueil dans une maison d'arrêt**

Une éducatrice spécialisée d'un CSST est détachée pour effectuer un temps plein au service médical d'une maison d'arrêt. Au sein de ce service comprenant une vingtaine de personnes, son rôle est de recevoir, de créer un lien et d'orienter les détenus sujets à des problèmes de toxicomanie, la notion étant prise au sens large, c'est-à-dire de drogue, d'alcool et de dépendance médicamenteuse, la polytoxicomanie étant un phénomène de plus en plus répandu.

L'objectif de son travail avec eux est de les mener à entreprendre une démarche de soin de leur dépendance, aussi bien sur le plan physique que psychologique. L'éducatrice a aussi pour mission de proposer un suivi socio-éducatif à la personne, c'est-à-dire d'orienter le détenu vers un travail au sein de la prison, vers des activités sportives, scolaires ou encore vers une formation professionnelle. Enfin, elle doit aider

les détenus à préparer leur sortie, aussi bien du point de vue de l'hébergement, des ressources financières, des démarches administratives à entreprendre que de la recherche d'emploi. Formellement, le dispositif fonctionne de la façon suivante : le détenu entre dans la maison d'arrêt. Il passe, comme tous les nouveaux entrants, dans le bureau du médecin de la prison, qui dresse un bilan global de santé avec lui. À cette occasion intervient le repérage d'un éventuel problème de toxicomanie. Il l'oriente alors vers l'éducatrice spécialisée, et plusieurs cas de figure se présentent :

- soit le détenu était suivi dans un CSST avant son incarcération. Dans ce cas, l'éducatrice spécialisée prend le relais, signale au CSST, s'il n'en était pas informé, l'arrivée du détenu à la maison d'arrêt et assure la relation entre le détenu et son CSST d'origine. L'éducatrice, qui est dans les murs, prend en charge la personne, et fait venir un intervenant du CSST au sein de la prison, afin qu'il puisse suivre la personne. Si un traitement de substitution est nécessaire, il est prodigué par le médecin du service médical de la maison d'arrêt. L'éducatrice construit avec le détenu, son médecin et le CSST un projet de « postcure », afin que le travail de soin poursuivi en prison aboutisse à la sortie,

- soit le détenu n'était pas suivi à l'extérieur par un CSST. Dans ce cas précis, l'éducatrice tente de créer un lien de confiance avec le détenu et de l'amener vers une demande de soin, avec suivi psychologique et prise en charge médicale. Elle essaie de comprendre avec lui à quelle étape de son histoire de la toxicomanie le détenu se trouve, et tente de l'accompagner vers une prise de conscience et une prise en charge globale de sa dépendance.

Quand le détenu juge avec l'éducatrice qu'une démarche de soin est envisageable, le médecin de la prison prescrit le traitement de substitution et le psychologue, le cas échéant, offre un soutien psychothérapeutique. En outre, l'éducatrice fait venir en prison un psychologue ou un éducateur du CSST, pour qu'ils rencontrent le détenu et préparent ensemble les conditions de sa sortie, sur le plan psychologique et médical.

Quand le détenu sortira, l'éducatrice spécialisée du service médical aura établi un lien entre la personne et le centre de soins, de sorte qu'il pourra continuer à suivre son traitement régulièrement, sans interruption, à l'extérieur de la prison, au sein du CSST ou encore partir en « postcure ».

L'éducatrice spécialisée est en poste depuis début 1999 et suit 250 personnes chaque année environ. Quand elle commence un travail avec un détenu, elle peut être amenée à le rencontrer une fois par semaine pendant plusieurs mois, ou seulement trois fois au cours de sa détention, selon les besoins évalués et exprimés.

Deux personnes ont été interviewées.

## L'impact en termes d'orientation

Toutes les personnes interviewées ont pu bénéficier d'une prise en charge par l'un ou l'autre des opérateurs précédemment cités parce qu'elles avaient été orientées par la justice. C'est donc bien la procédure judiciaire qui constitue le déclencheur. Néanmoins, il faut moduler l'impact de cette orientation en fonction du cadre judiciaire dans lequel se situe l'orientation d'une part, et en fonction du type d'action, d'autre part, tout en faisant remarquer que bien souvent l'un et l'autre sont liés.

Le cadre judiciaire déclenche l'orientation vers une prise en charge en même temps qu'il pré définit cette dernière. Des différences non négligeables sont à relever selon que l'orientation se situe en pré ou post-sentenciel. Ainsi, dans le cadre d'une alternative aux poursuites, le protocole à suivre est généralement extrêmement balisé (cf. l'exemple de l'alternative aux poursuites pour CEA) et laisse peu de latitude au mis en cause. L'impact de l'orientation est alors certainement plus aléatoire et varie en fonction des différents profils des destinataires. Parmi les cinq personnes reçues au tribunal de grande instance à la convocation du mois de mai, on peut dégager deux types de populations. En général, il s'agit plutôt de personnes de genre masculin, convoquées pour conduite en état alcoolique, accompagnée d'un accident de la route avec blessure. Dans ce groupe, un premier type de personnes est constitué d'individus au passif judiciaire lourd, alcooliques avérés, souvent polytoxicomanes, avec d'importants problèmes de santé, sans emploi et souffrant de difficultés psychologiques. Le deuxième type est représenté par des personnes insérées, disposant d'un emploi et de revenus suffisants, parfois mariées avec enfants, qui se retrouvent « par hasard, ou par erreur », selon leurs dires, devant le médecin alcoologue, et qui ont le sentiment de « n'avoir rien à faire dans ce dispositif ». Les conséquences de cette orientation judiciaire sur l'appréciation de la qualité de la prise en charge et sur ses effets ne sont pas exactement les mêmes.

Lors d'une alternative à l'incarcération, le cas de figure est quasi identique. C'est bien pour échapper à la détention provisoire que les personnes orientées vers l'association de contrôle judiciaire se rendent aux entretiens de l'unité de soutien psychologique. Là encore, les bénéfices sont liés au profil de la personne et notamment à son parcours antérieur par rapport à la drogue (illicite ou licide comme l'alcool). Parmi nos trois interviewés, d'eux avaient pour la première fois à faire à la justice dans le cadre d'une procédure liée à leur consommation pourtant ancienne. Les trois personnes interrogées, âgées de 32 à 44 ans, sont plutôt bien insérées socialement et professionnellement, la toxicomanie est la raison unique de leur arrivée dans le dispositif. Deux d'entre elles n'auraient jamais pensé consulter un

psychologue sans y être contraints, le troisième y songeait mais, faute de moyens, ne l'a pas fait. Il s'agit donc bien d'un dispositif dont l'usage et la connaissance sont provoqués par la procédure judiciaire. Pour ceux qui se sont sentis obligés d'adhérer à ce dispositif dans le cadre de l'obligation de soin, l'aspect contraignant est souligné comme bénéfique, car il a permis de les « accrocher » et de les y intéresser. Tous envisagent de continuer un suivi psychologique, au-delà même du jugement. Il s'agit donc d'une découverte pour ces personnes.

En fait, dans ce cadre judiciaire particulier, la question de l'orientation se déplace en amont et concerne les filtres qui vont, de manière plus ou moins régulière et plus ou moins abondante, alimenter les procédures de traitement systématisées instituées dans le cadre de la CDO. De ce point de vue, la pratique des COPJ (Convocation par officier de police judiciaire à une audience de tribunal correctionnel dans un délai plus ou moins lointain selon le nombre d'affaires à juger) pèsera plus ou moins sur le flux des orientations judiciaires vers un autre type de traitement, notamment vers une prise en charge sociosanitaire. De la même façon, nous l'avons déjà évoqué, les changements institutionnels fréquents sont l'occasion de réorientation, cette fois-ci au sens politique et peuvent freiner voir stopper l'approvisionnement.

Pour les autres actions observées, l'orientation judiciaire, également sous contrainte, n'a pas lieu exactement dans les mêmes conditions, mais en cours d'exécution de peine (à l'exception tout de même des orientations en injonction thérapeutique) ; elle constitue le plus souvent un élément d'une prise en charge ou d'un suivi, par les services de probation et d'insertion notamment, plus globaux. Certaines de ces actions peuvent être considérées comme un « plus ». C'est particulièrement le cas de l'hébergement en appartement thérapeutique qui est une action partenariale. Sur l'un des sites retenus, une commission d'admission réunit une fois par mois les différentes instances susceptibles d'orienter les personnes sur le dispositif, le CSST, le SPIP, la cellule santé-justice et l'association d'insertion professionnelle, autour de la structure qui gère les appartements. Dans le cas présent, c'est bien le contact avec la justice qui est déclencheur de l'arrivée dans le dispositif : toutes les personnes présentes le sont dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'une injonction thérapeutique. Toutes bénéficient, en outre, d'un suivi en termes de soins (substitution), mais seulement certaines d'entre elles sont suivies sur le plan psychologique. C'est aussi le cas pour l'action qui se déroule en maison d'arrêt puisque c'est le fait d'être détenus qui déclenche l'action.

La question que pose ce dispositif en termes d'orientation est double. La première concerne la sélection des prétendants compte tenu du petit nombre de places disponibles. Sur quels critères ceux-ci sont-ils choisis ? Deuxièmement, on

peut prévoir, à terme, un phénomène d'engorgement du dispositif. Initialement prévu pour être transitoire, ne dépassant pas une durée de six mois, le séjour des personnes dans ces logements est, dans les faits, prolongé (jusqu'à un an pour les personnes interrogées), par la durée nécessaire à la conduite vers l'autonomie. Ainsi, sur 20 dossiers demandeurs en 2001 qui ont déjà fait l'objet d'une sélection, 15 ont dû être refusés par manque de place.

En ce qui concerne l'action de chantier d'insertion ou l'accompagnement social global, les personnes accueillies ne l'auraient pas été sans orientation par la justice. C'est bien la mesure de justice IT ou semi-liberté qui permet l'accès à l'association de réinsertion professionnelle. Et pour bénéficier des services de l'association d'insertion sociale, il faut pour pouvoir percevoir le RMI ou être adressé par la justice.

### L'impact en termes de prise en charge

Une des questions de l'évaluation portait sur l'amélioration de la prise en charge qu'a pu apporter le dispositif CDO. En particulier, une des questions que se pose le comité de pilotage national et la MILDT est de savoir si les prises en charge développées dans le cadre des conventions tripartites de prestations sont mieux adaptées aux publics toxicomanes ou alcooliques. L'enquête auprès des bénéficiaires et le type d'action observée nous amènent à moduler le jugement évaluatif sur cette question. Néanmoins, ce qui apparaît à travers ces quelques entretiens est la capacité du dispositif, alors même que l'on se situe dans le cadre d'une orientation et d'une mesure judiciaire, à découpler traitement judiciaire et prise en charge sanitaire et sociale, c'est-à-dire, une fois la procédure judiciaire engagée, à déconnecter la prise en charge de celle-ci (par l'intervention notamment de personnels sociosanitaires spécialisés et ne relevant pas de la justice). C'est certainement à ce prix que la mesure de justice peut avoir un effet-levier.

Les bénéficiaires des actions observées sont globalement satisfaits du service qui leur est proposé et adhèrent à la démarche même dans le cadre d'une procédure présententielle par laquelle certains ne se sentent pas forcément concernés. La vertu essentielle du protocole concernant les CEA est, au minimum, d'informer les personnes sur les dangers de l'alcool sur la santé, alors qu'avant la mise en place de cette procédure, le rapport des personnes mises en cause avec l'alcool n'était considéré que du point de vue judiciaire donc sans visée socio-éducative. Les interviews montrent qu'une partie des personnes arrêtées n'avait pas toutes une claire conscience de la limite au-delà de laquelle elles ne sont plus en état de conduire, puisque qu'elles « se sentaient bien et tout à fait capables de prendre le volant », même après une forte consommation. Le sentiment « de honte » ou

d'être « considérés comme un délinquant par la société » selon leurs propres termes, les a amenées à réfléchir sur leur consommation et sur les maladies qu'elles pouvaient éventuellement contracter à la suite d'une consommation très forte. Pour ces consommateurs du samedi soir, il est cependant difficile de savoir si c'est la procédure pénale ou le protocole de prise en charge mis en place (combinaison de l'action de la justice et de plusieurs rencontres se situant sur d'autres registres) qui leur fait prendre conscience des dangers (pour eux et pour autrui) de l'alcool. Pour l'autre groupe, le plus dépendant, ce dispositif paraît novateur à des personnes qui ont été « surprises positivement par la justice ». Elles ont vécu ce contact comme une chance, comme le moyen « de se racheter une conduite », selon les mots du délégué du procureur. Et surtout, il a été déclencheur d'une demande de soins de la part d'une personne et il a permis le début d'une prise en charge médicale.

L'accès à des appartements thérapeutiques individuels et l'accompagnement personnalisé qui y est lié sont la source de l'appréciation très positive du dispositif d'hébergement par les six personnes qui en bénéficient. Cet accompagnement a en effet permis de recréer le lien social minimal qui faisait défaut à la plupart des personnes interrogées (souvent sans liens familiaux à leur arrivée dans le dispositif), tout en les conduisant progressivement sur la voie de l'autonomie. Le dispositif financé est du coup considéré comme réellement novateur par rapport aux dispositifs existants. Il permet de fournir un logement indépendant avec accompagnement aux personnes les plus marginalisées : toxicomanes anciens au long passé judiciaire, coupés des structures sociales primaires (famille, amis, emploi), présentant parfois des problèmes psychiatriques, et qui, du fait de ces caractéristiques, sont exclus de tous les circuits d'hébergement, notamment des CHRS.

Le point fort de l'action de soins menée par l'association de contrôle judiciaire réside également dans sa séparation d'avec la procédure judiciaire. De ce fait, le dispositif n'est en rien assimilable au simple contrôle judiciaire à l'association ou auprès du juge de l'application des peines, perçu comme autant de formalités administratives voire de sanctions. La distinction est également bien faite avec le suivi des travailleurs sociaux. Ainsi, le dispositif permet un travail personnel, où il est consacré plus de temps à la personne, en bref, c'est un suivi « plus social ». De même, les gens nous disent « le vrai travail il est ici », et « ça n'a rien à voir [avec le suivi des travailleurs sociaux] ». Ce suivi permet une réflexion sur les raisons de la consommation, permet de résoudre les problèmes au fond. La seule demande d'amélioration évoquée porte sur l'augmentation de la fréquence des entretiens jugée insuffisante par certains.

Autre appréciation, à l'inverse, en ce qui concerne le « plus » que finance la CDO dans le cadre du chantier d'insertion. Pour les PPSMJ, ce chantier adapté à des personnes très désocialisées, n'est « pas comme les autres » dans la mesure où il

n'est pas assorti d'objectifs de rentabilité. Selon l'opérateur, les personnes toxicomanes sous main de justice n'auraient pu bénéficier d'un tel chantier sans un accompagnement spécifique. L'apport de ce dispositif par rapport aux chantiers d'insertion classiques résiderait dans l'existence d'un suivi psychologique. Or, il est significatif que les avis de l'opérateur et des usagers soient diamétralement opposés : l'opérateur juge que ce suivi est la condition *sine qua non* de l'accueil de toxicomanes ; ces derniers jugent au contraire ce suivi superflu et infantilisant. C'est donc la spécificité même du dispositif, dans sa double dimension de chantier et de suivi psychologique, qui est mise en question. Peut-être parce qu'un tel suivi est redondant par rapport à ce dont les usagers bénéficient par ailleurs.

En ce qui concerne l'insertion sociale, l'appréciation est à moduler cette fois-ci, et au contraire de ce que nous venons de dire, du fait du caractère non spécifique de l'action. Le suivi est le même que les personnes en bénéficient au titre du RMI ou de la CDO. Du point de vue du contenu, le dispositif CDO n'est pas novateur, puisque le suivi existait déjà sous sa forme actuelle financé par la DDASS au titre du RMI, touchant sensiblement les mêmes personnes selon la charte de l'association. Certaines d'entre elles ont été initialement suivies au titre du RMI avant de l'être dans le cadre de la CDO. Inversement, certains ayant été suivis dans le cadre de la CDO ont été basculés sur le poste RMI dès lors qu'ils ont pu en bénéficier. Le dispositif en soi apparaît cependant essentiel dans cette commune étudiée dès lors qu'il permet de toucher les publics visés non bénéficiaires du RMI.

Pour les deux personnes ayant profité des services de l'éducatrice qui travaille au sein de la maison d'arrêt, la prise de conscience qu'il était vital pour eux d'arrêter la drogue ou l'alcool a eu lieu juste avant le passage à l'acte qui les a menés en prison, ou juste au début de la détention. Ainsi, l'un d'entre eux affirme :

*« J'ai eu un déclic quand j'ai vu ma copine qui se dégradait, j'ai compris qu'on s'en sortirait jamais comme ça tous les deux et j'ai décidé de la quitter, pour voler de l'argent et partir chez ma tante au Maroc pour me reposer, être loin de tout ça, ne plus voir de drogue : c'est un petit village isolé, là-bas t'as besoin que de boire et de manger pour te sentir bien, et de rien d'autre, il y a la mer, je mange beaucoup de nourriture saine et je reprends du poids là-bas. C'est ça que je voulais faire. Mais on m'a arrêté. »*

L'éducatrice leur permet très concrètement de ne pas être à la rue à la sortie et d'avoir un projet réalisable :

*« Elle m'a dit que je pourrais voir le psychologue de la prison et qu'à la sortie, le CSST me suivrait, que des gens m'attendent là-bas pour discuter avec moi. Heureusement »* (homme 28 ans).

« Sans elle, je serais à la rue : quand je suis sorti de prison, elle m'a dit d'aller voir le médecin du CSST pour l'alcool, et quelqu'un s'est occupé de me trouver un hôtel » (homme 43 ans).

## L'impact en termes d'insertion

C'est certainement le plus difficile à mesurer notamment au vu du dispositif d'enquête mobilisé. Il est bien évidemment impossible d'isoler, dans ce type de parcours particulièrement chaotique, les effets d'une action par rapport aux autres. D'autant plus que, si ces actions sont mises en œuvre de manière particulière (suivi et accompagnement plus lourd que pour d'autres publics par exemple), elles n'ont, dans leur contenu même, rien de spécifique ou d'innovant. Néanmoins, il est indéniable que, du point de vue des bénéficiaires, ces interventions ont eu un effet positif sur le plan de l'insertion, même si les actions observées n'ont pas toutes le même impact.

**L'hébergement en appartement thérapeutique** : tous les bénéficiaires ayant connu la rue ou les hébergements collectifs sont unanimes quant à l'immense progrès que représente la possession d'un logement autonome. Ainsi « *l'appartement est la chose la plus positive qui me soit arrivée* », ou « *ça m'a rendu la vie* » sont le type de jugements portés sur le dispositif. De surcroît, le suivi spécifique délivré dans le cadre du dispositif a permis à certaines personnes de renouer avec un cadre professionnel, par le biais des chantiers d'insertion. Pour l'un d'entre eux, le fait d'avoir retrouvé un emploi stable semble aller de pair avec la sortie de la toxicomanie (arrêt de la substitution) et la fin des affaires judiciaires et des séjours en prison (les contacts avec le SPIP vont en s'amenuisant). Ce dernier se reconstruit actuellement une famille.

Le **chantier d'insertion** permet de reprendre pied dans l'emploi en apprenant le métier de « paysagiste » et est considéré comme une passerelle vers l'insertion professionnelle.

Le **suivi social global** est jugé très positivement. Ainsi le commentaire d'un bénéficiaire sur le suivi dont il a bénéficié : « *Sans elle je serais mort* », et « *elle m'a fait arrêter la drogue* ». Pour un autre, l'association l'a notamment aidé à régler ses difficultés administratives et les contentieux avec son propriétaire, ainsi que ses problèmes de dettes. Elle l'a aidé à trouver des petits boulots, et à retrouver une certaine autonomie (respect des horaires). Elle délivre un soutien moral, et un soutien vis-à-vis de la drogue. L'association lui a permis, dit-il, une première resocialisation. Pour le troisième, le suivi réalisé est tout aussi positif : « *Sans ça, [il] ne sait pas ce que ça aurait donné*. » Il considère ce suivi comme étant au-dessus

de toute comparaison avec celui de l'assistante sociale (du SPIP), moins présente, moins « sociale ». L'association lui a délivré un soutien moral, lui a permis de faire les démarches administratives (obtention du RMI notamment), de trouver un logement dans le parc HLM, et enfin de le remettre à l'emploi. Aujourd'hui, il est en CDD comme cuisinier, après une série d'autres petits boulots, et vit en concubinage. Sa femme écrit l'histoire de sa vie.

En ce qui concerne l'**alternative aux poursuites dans le cas des CEA**, pour le premier type de public présentant une toxicomanie lourde accompagnée d'une désinsertion sociale et de problèmes psychologiques, le dispositif a permis un net changement de comportement par rapport à l'alcool, mais aussi par rapport aux drogues consommées parallèlement, dans le sens d'une réduction de la consommation et, au mieux, dans le sens d'un début de traitement par un médecin alcoologue. Pour le deuxième type de public, présentant un alcoolisme de « fin de semaine » accompagné d'une addiction au tabac et au cannabis, le dispositif a une vertu d'information sur les risques encourus sans capacité certaine à vraiment modifier les comportements. Ce type de dispositif paraît utile principalement pour le premier type de relation avec l'alcool : la dépendance forte avec la polytoxicomanie. Le fait qu'une personne ait engagé une sérieuse démarche de soin, dans la durée, auprès d'un alcoologue à l'occasion de sa rencontre avec le dispositif, et qu'elle exprime le désir de parler avec un psychologue, soulignent le caractère efficace du système. Le dispositif a en revanche un impact plus faible chez les buveurs de fin de semaine, puisqu'il est vécu par ces individus comme une source d'information plus que comme une occasion de se soigner, ces personnes n'ayant pas le sentiment d'être malades ou dépendantes de l'alcool. Le dispositif a donc davantage une vocation pédagogique pour ce type de population.

L'expérience, inédite en France, dans le service médical de la maison d'arrêt (placer un **éducateur spécialisé au cœur d'un service médical pénitentiaire**) est vécue très positivement par les détenus ou ex-détenus. C'est grâce à ce passage dans le dispositif, et à une démarche de sevrage ou de substitution, que leur état a pu s'améliorer et que leur désir de tracer un projet pour l'avenir s'est réveillé. En outre, les liens que l'éducatrice tisse avec le réseau associatif de façon privilégiée car elle en est issue, permettent une prise en charge médicale, psychologique, et socio-éducative particulièrement complète, qui s'inscrit dans le temps et la continuité : alors qu'un détenu suivi par un éducateur traditionnel se retrouve souvent en difficulté à la sortie de prison car les relais n'ont pas toujours pu être construits efficacement, l'éducatrice détachée du CSST peut assurer une transition en douceur du détenu vers le centre de soins qui l'a rencontré en prison et qui l'accueillera donc dans de bonnes conditions dès sa sortie. C'est là que réside la force de ce dispositif.

## L'EFFICIENCE DU DISPOSITIF : LES CRÉDITS CDO FINANCENT-ILS UN SURCOÛT LIÉ À LA MISE EN ŒUVRE D'ACTIONS CONTRACTUALISÉES ?

Le dispositif vise à soutenir des actions nouvelles, à prendre en charge des publics qui ne l'étaient pas ou à adapter la prise en charge aux situations des PPSMJ. Les financements apportés par les CDO sont destinés, de ce point de vue, à compenser le surcoût que représente le développement de ces actions pour les opérateurs. Il est donc légitime de poser la question de la mesure de ce surcoût.

Mais cette mesure peut difficilement passer par une appréciation quantitative de la réalité de ce surcoût. Tout au plus peut-on estimer, sur la base des bilans transmis à la MILDT par les chefs de projet, un coût moyen par personne selon le type de structures (cf. *supra* page 73). Aucune donnée chiffrée ne permet d'estimer de façon pertinente cet aspect du dispositif. La proposition émise par l'OFDT de calculer le coût marginal d'une prise en charge supplémentaire n'a finalement pas été reprise. En effet, ce calcul n'aurait pu porter que sur les organismes pour lesquels des données existent au niveau national, c'est-à-dire les CSST, qui ne représentent que 30 % des structures mobilisées dans le cadre des CDO. Mais surtout, à l'épreuve du terrain, cette proposition s'est vue invalidée : la diversité des actions développées par les CSST ne saurait renvoyer directement au coût marginal d'un équivalent temps plein (ETP) supplémentaire dans ce type de structures, d'autant que les postes éventuels dégagés pour assurer les nouvelles actions ne correspondent pas nécessairement au cadre d'emploi courant dans ces structures et dont la rémunération est encadrée par les textes (certains ont en effet recruté des personnes sous forme de contrat de courte durée qui sont renouvelés tant qu'ils obtiennent le financement).

Il semble donc plus pertinent de répondre de façon qualitative à la question du surcoût. Il s'agit, de fait, de s'interroger sur les modes d'estimation des demandes de financement par les opérateurs eux-mêmes. Parmi les dix départements ayant fait l'objet des investigations, trois modes d'estimation ont pu être identifiés.

Une estimation du coût du « public justice » déjà pris en charge par la structure peut, dans un premier temps être envisagée. Dans ce cas, les financements CDO remplacent un financement attribué auparavant, par le ministère de la Justice, par exemple. La CDO ne finance alors pas un surcoût à proprement parler, et ce d'autant plus que les opérateurs ne connaissent pas forcément avec précision la situation au regard de la justice des personnes qu'elles prennent en

charge. Leur estimation du public suivi du fait du financement CDO est d'ailleurs relativement aléatoire. Par exemple, dans un des dix départements, une association de contrôle judiciaire reçoit des financements CDO qui soutiennent la création d'une permanence d'accueil-orientation. Cette association est par ailleurs rémunérée à l'acte, avec des crédits du ministère de la Justice, pour chaque personne rencontrée. C'est, selon les responsables de cette association, le seul moyen de s'y retrouver financièrement.

Dans le cadre de l'évaluation on a estimé le coût de l'action sur la base du nombre de prises en charge prévisionnelles. La plupart du temps, ce sont des actions nouvelles qui sont financées et dont le coût est calculé de cette manière. Le financement perçu peut, en fonction du nombre de personnes effectivement prises en charge, se révéler, au final, soit insuffisant, soit surestimé. En effet, les opérateurs ne maîtrisent que très partiellement l'approvisionnement en « publics justice » (cf. *supra* pages 62 et 63). Dans plusieurs de nos départements, les prévisions pour l'année N sont établies par le parquet sur la base du nombre de procédures traitées durant l'année N-1. Or, dans la réalité, l'alimentation par le parquet est toujours inférieure aux prévisions établies. Par exemple, dans un de nos TGI, le nombre de personnes qui devaient être orientées vers les professionnels du CDPA a été estimé à 500. Ce sont au total 37 personnes qui ont été reçues.

De surcroît, il est parfois difficile d'évaluer ce qui est réellement dépensé au titre de l'action CDO, dans la mesure où, dans les cas où l'opérateur met en œuvre une stratégie de développement et d'expansion, le financement CDO vient généralement s'ajouter au pot commun des financements perçus (sans pour autant que l'on soit nécessairement en présence de doubles financements).

Enfin, dernier cas de figure, la demande de financement peut être calculée sur la base d'une création ou d'un redéploiement de postes : il s'agit alors d'un financement en termes d'équivalent temps plein. Dans ce cas, le surcoût engendré est facilement chiffrable. Deux exemples : une association de contrôle judiciaire embauche une psychologue pour assurer un suivi spécifique parmi les PPSMJ qu'elle prend en charge de celles présentant des problèmes liés à la toxicomanie. Dans un autre département, un CDPA recrute une psychologue à mi-temps chargée de recevoir et, le cas échéant, de suivre des personnes orientées vers la structure par le parquet ou par le SPIP.

Au total, en nous fondant sur les observations sur site, on peut estimer aux deux tiers les actions financées représentant un surcoût facilement isolable et chiffrable pour les structures, surcoût que compensent les financements apportés par le dispositif.

Mais la question de l'efficience renvoie aussi directement à des éléments déjà évoqués au fil du rapport :

- éléments marginaux mais aux effets désastreux sur le partenariat local, comme le financement des SPIP ou de structures relevant directement de l'administration pénitentiaire,

- éléments moins rares et renvoyant aux modèles de fonctionnement évoqués *supra* (page 37), comme la tendance à conforter certains opérateurs dans leur logique expansionniste. Cette dernière situation peut réellement être considérée comme un effet pervers important du dispositif dans la mesure où, d'une part, il agit clairement contre la logique d'innovation à l'origine du dispositif et où, d'autre part, la capacité de pilotage partenarial local s'en trouve souvent amoindrie.

## RÉSUMÉ

Si les CDO poursuivent l'objectif d'une systématisation de la prise en charge de tous les publics potentiels, comme semble l'indiquer la circulaire de février 2002, les ratios établis montrent *a minima* que, même avec une population potentielle largement sous-évaluée, de fait, le dispositif est très loin d'assurer cette systématisation. Plus largement, un tel constat renvoie à la faisabilité même de l'objectif de systématisation et donc à l'étendue des moyens à mobiliser (en termes de masses financières comme en termes de capacité des opérateurs).

Par ailleurs, l'évaluation a mis en évidence qu'une certaine proportion de la population prise en charge grâce aux financements de la CDO était, de fait, déjà traitée par des opérateurs. Dans d'autres cas, la convention départementale d'objectifs a permis d'augmenter quantitativement l'offre (cas de figure 2). Dans le cas des filières, on a bien une structuration offre/demande qui n'existe pas auparavant mais dont le poids au regard du traitement banalisé est impossible à évaluer.

Concernant le bilan des situations individuelles, l'évaluation met en évidence un paradoxe. Lorsque la CDO produit des protocoles systématisés de prise en charge (filières), la procédure mise en place est surdéterminante par rapport à la situation des personnes. On est bien dans une logique de dispositif et non dans une logique individuelle, dans du « prêt-à-porter » et non du « sur-mesure ».

Pour ce qui est de l'impact sur les situations individuelles elles-mêmes, c'est bien généralement une action en justice qui déclenche l'orientation d'un individu vers une prise en charge financée par la CDO. Mais l'orientation par l'appareil judiciaire pose, en amont, la question du filtre (notamment à travers la procédure de COPJ). De surcroît, les changements de politiques pénales peuvent freiner, voire stopper les approvisionnements ou au contraire les multiplier. En termes d'insertion, bien qu'il soit impossible d'isoler l'effet d'une action par rapport à une autre, il est évident que globalement l'action dont a pu bénéficier un individu a un effet plutôt positif.

## SYNTHÈSE CONCLUSIVE

---

### **LA COHÉRENCE**

#### **La cohérence nationale du dispositif**

Le dispositif CDO n'a pas le même écho pour tous les départements ministériels concernés. Au sein du ministère de la Justice, il s'inscrit globalement dans une volonté de prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes sous main de justice avec un contexte particulier à la Direction de l'administration pénitentiaire (mise en œuvre de la réforme des SPIP) et à la PJJ (difficulté générale à se saisir des questions de santé, politique de santé émergente en 1999). À la Direction générale de la santé, le dispositif est apparu comme un complément aux réflexions en cours relatives à la prise en charge des toxicomanes. Mais ces différents échos ne remettent pourtant pas en cause la cohérence globale du dispositif.

Du point de vue de sa gestion, la généralisation des CDO en 1999, s'est faite en affirmant fortement le caractère interministériel du dispositif. L'organisation et le pilotage sont deux éléments forts contribuant à la cohérence du dispositif : le comité de pilotage consacre l'interministérialité et le pilotage par la MILDT contribue à produire un discours clair parfaitement reçu par les différentes institutions impliquées et qu'elles sont à même de relayer en leur sein.

#### **La déclinaison locale des objectifs**

Du point de vue de la déclinaison départementale du dispositif, on constate localement une reformulation des objectifs, peu de départements se contentant de reprendre à la lettre les objectifs affichés dans la circulaire. Le message, sur un sujet traditionnellement conflictuel, est, localement, globalement accepté et intégré. L'adhésion des acteurs à la philosophie de la MILDT et aux principes des CDO est réelle.

Les différentes sources utilisées pour l'évaluation montrent une extrême variabilité dans la mise en œuvre des CDO, tant sur les produits concernés que sur les publics visés ou sur les modes de traitement privilégiés. Cette diversité reflète la grande souplesse d'un dispositif qui a su s'adapter à la pluralité des situations locales. Parallèlement, elle illustre un autre état de fait : plus qu'une création *ex nihilo* de structures nouvelles, la CDO s'inscrit dans une logique de mobilisation et d'évolution d'opérateurs déjà connus, qui sont souvent eux-mêmes à l'origine des diagnostics ou en tous cas y sont moteurs.

En ce qui concerne les publics, la majorité des CDO (53 %) ne cible pas de publics particuliers : au moment de son élaboration, la CDO concerne *a priori* l'ensemble des usagers de drogues de tout type et d'alcool même si les magistrats ont un peu plus tendance à se focaliser sur l'usage du cannabis. C'est, par ailleurs, en direction des publics toxicomanes que la panoplie des actions est la plus variée.

En ce qui concerne le cadre judiciaire, les actions liées à la détention ou à la sortie de prison représentent 47 % des objectifs affichés. Il faut noter également la large place faite à la réactivation des injonctions thérapeutiques.

C'est parfois un principe d'opportunité qui prime (même si celui-ci est cadré par une philosophie) : la CDO peut être considérée comme un outil qui peut être « détourné » à d'autres fins, à des fins « individuelles » et non forcément collectives et partenariales (instrumentalisation du dispositif par la justice, la DDASS, les opérateurs).

Par ailleurs, deux constats émergent à propos de la cohérence entre les objectifs inscrits dans les CDO et les prestations mises en œuvre. Premièrement, la confusion est souvent faite entre convention départementale d'objectifs et conventions tripartites de prestations. Deuxièmement, on relève parfois un décalage entre le contenu de la CDO parfois très généraliste (effet d'annonce, pas de publics ciblés, pas de précision sur le type de produit privilégié, etc.) et des conventions de prestations signées avec des opérateurs portant sur des actions très circonscrites. De surcroît, un deuxième décalage peut apparaître entre des objectifs quantitatifs inscrits dans la convention de prestation et les réalisations effectives (cf. effectivité).

Enfin, en ce qui concerne le financement du surcoût engendré par la prise en charge de PPSMJ, on peut estimer, en se fondant sur les observations sur sites, au deux tiers les actions financées et représentant un surcoût facilement isolable et chiffrable pour les structures, surcoût que compensent les financements apportés par le dispositif.

Enfin, d'autres objectifs apparaissent parfois dans les CDO qui ne sont liés ni à un public ni à un cadre judiciaire : la mise en réseau, la coordination et la complémentarité sont mentionnées dans 40 conventions. De même, 28 CDO citent

l'amélioration des connaissances dont la formation – sensibilisation des personnels et l'évaluation des actions. Du coup, on peut s'interroger sur un des objectifs affichés des CDO qui est d'améliorer la coordination entre acteurs judiciaires et sociosanitaire alors que les moyens apportés par le dispositif ne visent à financer que des actions de prise en charge.

### La question des moyens

La signature de la convention départementale d'objectifs est un acte formel n'engageant pas particulièrement ses signataires. D'une part, l'implication formelle d'un partenaire à travers la signature de la CDO n'entraîne pas automatiquement la formalisation d'un objectif précis le concernant ou visant le public dont il a la charge. D'autre part, inversement, l'absence d'un partenariat élargi au bas de la convention n'est pas synonyme pour autant d'absence d'implication des acteurs. En effet, on retrouve généralement ceux-ci lors de la mise en œuvre et de la signature des conventions tripartites de prestations. C'est la façon dont est animé le dispositif, et notamment le profil du chef de projet, qui détermine son degré de cohérence. Ainsi, un chef de projet appartenant à la DDASS et dédié exclusivement au dossier des addictions pourra se situer plus facilement comme animateur qu'un de ses collègues ayant en charge d'autres (nombreux) dossiers ou qu'un directeur de cabinet en préfecture.

En termes de moyens financiers, l'évaluation montre que le montant des financements par département n'est pas révélateur de l'ampleur des actions mises en œuvre : le nombre et la qualité de celles-ci dépendent du nombre d'opérateurs présents dans le département, de la taille de ce dernier, du nombre de TGI, etc. et aussi surtout du coût des actions financées.

L'analyse des chiffres nationaux fait apparaître une diversité d'opérateurs, même si les CSST dominent (31 % des structures financées et 44 % des financements attribués), un coût moyen par personne prise en charge et par structure directement dépendant du type d'action réalisée (ainsi les actions d'hébergements sont sans surprise les plus coûteuses, qu'elles soient réalisées par les CHRS ou par les CSST). Cette diversité d'opérateurs et d'actions est à mettre en relation avec des objectifs nationaux larges et ambitieux visant à couvrir l'ensemble de la prise en charge sanitaire et sociale des PPSMJ rencontrant des problèmes d'addiction. Cette cohérence à l'échelle nationale entre objectifs et moyens ne doit cependant pas masquer un certain déséquilibre local. Dans l'impossibilité de tout financer ou par manque d'opérateurs, les acteurs locaux font nécessairement des choix dans les actions à mettre en œuvre. De fait, la disparité est forte en effet entre les départements : dans

12 départements, une seule structure est financée ; parfois un seul type de structures est privilégié voire un seul type d'actions (6 départements).

### L'EFFECTIVITÉ

Idéalement, la mise en œuvre des CDO devait décliner un schéma relativement simple : à un état sanitaire donné des PPSMJ dans un département donné, mis en lumière par un diagnostic exhaustif, devait correspondre un plan d'action, et donc des conventions de prestations engageant des prestataires sur des opérations ciblées. Le dispositif devait être bouclé grâce à une évaluation par les acteurs institutionnels, qui décident de la reconduction ou non des conventions de prestations. Dans les faits, les promoteurs de la CDO ne parviennent pas à satisfaire à ce schéma. Les moyens, non seulement financiers, mais également en temps des partenaires institutionnels ou en disponibilité des prestataires, limitent les ambitions. Le partenariat est plus ou moins aisé et les actions concrètes sont souvent le fruit de compromis. Quant au diagnostic et à l'évaluation, elles sont rarement le produit d'un travail systématique. Lorsqu'un diagnostic a été réalisé, ce qui n'est pas toujours le cas, celui-ci est souvent partiel : selon le cas, sont pris en compte les chiffres issus des services de police ou de gendarmerie, les chiffres de l'activité judiciaire ou ceux produits par les structures sanitaires. Les trois sources sont rarement regroupées et analysées. Le diagnostic ne débouche pas sur la production d'un point de vue partagé des problèmes ou des besoins et sur la construction d'un débat public sur le thème. On a même rencontré le cas où des associations financées dans le cadre de la CDO réalisent le diagnostic et sont alors juge et partie.

En conséquence, l'articulation avec les autres politiques publiques est relativement faible. Quand elle se fait, c'est plutôt sur le versant sanitaire à l'initiative du chef de projet de la DDASS sur des thématiques qu'il maîtrise (PRAPS, notamment). La CDO vient s'inscrire dans des dispositifs ou politiques existants sans constituer réellement de levier.

### Modalités de suivi des réalisations

Globalement, nous avons relevé très peu d'outils de suivi formalisés. On en distingue trois principaux :

- le bilan MILDIT : celui-ci n'est pas forcément rempli de manière collective et partenarial et demeure avant tout l'outil du chef de projet ;

- les rapports d'activité des opérateurs : leur qualité et degré de précision sont variables mais lorsque l'action financée dans le cadre de la CDO est isolable, c'est certainement la source la plus fiable pour quantifier le nombre de personnes prises en charge ;

- les réunions du comité de pilotage, quand celui-ci existe et qu'il se réunit, peuvent être l'occasion de faire un bilan et de redéfinir les objectifs mais elles restent bien souvent des « grands-messes » ou des chambres d'enregistrement.

Surtout, la qualité du suivi et de l'évaluation dépend du contexte départemental et du modèle de fonctionnement dans lequel s'inscrit la mise en œuvre du dispositif.

Globalement, le dispositif CDO et les différents acteurs qui y participent apparaissent davantage comme un marché que comme un système planifié, avec une demande, celle des institutionnels, et une offre, celle des opérateurs. Cette analogie avec le marché permet de rendre compte des variations observées : selon le nombre de prestataires potentiellement concernés, selon la structuration de la demande, selon les moyens disponibles, on observe diverses modalités de fonctionnement, allant de la concurrence au monopole. Dans ce cadre, on relève que la circulation de l'information et la construction du partenariat sont des données essentielles, qui demandent un investissement important des institutionnels, notamment les DDASS, en temps et en énergie, faute de quoi il risque de réigner une certaine opacité et un essoufflement du système. D'une manière très générale, ce partenariat est jugé positivement, et ce d'autant qu'il est favorisé par la souplesse de mise en œuvre.

Ce système partenarial se décline en trois modalités concrètes sur le terrain :

- une logique de guichet, les institutionnels n'étant alors pour l'essentiel que des fournisseurs de crédits, avec peu ou pas d'échanges avec les opérateurs sur le fond des dossiers et une reconduction quasi automatique des crédits ;

- une logique binaire, avec un partenariat segmenté associant un institutionnel et un ou plusieurs opérateurs ayant des relations privilégiées entre eux, mais excluant peu ou prou les autres intervenants. Dans ce cas le suivi des actions est ciblé et les ajustements sont réalisés à la marge ;

- une logique coopérative, associant l'ensemble des opérateurs intervenants et des représentants de toutes, ou de la plupart des institutions concernées. Ce troisième type de système se caractérise par des relations interpersonnelles très fortes, des compromis nombreux, des évaluations plus ou moins formelles, pouvant conduire à des remises en causes des modes de fonctionnement.

Il apparaît assez clairement que ces modèles ne sont pas figés et qu'ils sont susceptibles d'évoluer au cours du temps. L'effet de routine, la mobilité des personnels administratifs, l'augmentation du contentieux dans les TGI, et la difficulté à mobiliser des ressources en temps et en moyens financiers, ont tendance à faire passer les systèmes locaux du modèle coopératif ou binaire au modèle bureaucratique, alors même qu'il semble que le démarrage effectif des CDO nécessite un fonctionnement non bureaucratique.

Ces variations dans la mise en œuvre rendent de fait difficile toute généralisation et expliquent en partie la médiocre qualité des informations et des chiffres qui remontent au niveau national.

### **Les réalisations effectives : actions développées et personnes prises en charge**

L'évaluation a mis en évidence une disjonction entre la représentation assez équilibrée que l'on a du dispositif au niveau national (à des objectifs larges correspondant des réalisations variées) et les fortes disparités observées à l'échelon départemental.

#### **Les actions financées**

Les actions financées sont extrêmement diverses. Les plus nombreuses relèvent principalement du soin et du suivi psychologique (respectivement 18 % et 15 % des actions financées). Les fonctions de prévention et d'insertion sont aussi largement assurées. Cette répartition des types d'actions tend à renforcer l'impression d'une diversité effective de l'offre de prestations financées dans le cadre des CDO. D'autant que, d'une part, seuls 6 départements n'ont mis en œuvre qu'un seul type d'actions, et que d'autre part, la ventilation du type d'actions par type d'opérateur montre qu'il n'existe pas d'automatisme entre opérateur et action : une action de même type peut être réalisée par des opérateurs de nature différente. Ainsi, par exemple, les CSST sont loin de ne réaliser que des soins ou du suivi, puisque dans le cadre des CDO, 12 % d'entre eux mettent en œuvre des actions d'accueil-orientation et plus de 13 % se sont aussi positionnés sur des missions d'insertion (sociale et professionnelle). Ces chiffres renvoient aussi à l'hétérogénéité interne des structures labellisées CSST, dont certaines sont très clairement à orientation médicale, alors que d'autres privilégent l'accompagnement social. De la même façon, les structures d'alcoologie mettent en œuvre aussi bien des actions de prévention (29 %) que des actions de soins. Les CHRS, en assurant leurs

missions traditionnelles, ne se limitent pas à leur activité principale (l'hébergement), mais y adoscent des fonctions d'insertion sociale (20 % des actions mises en œuvre par les CHRS) ou plus spécifiquement d'insertion professionnelle (13 %).

#### **Les personnes prises en charge**

Le suivi des mineurs et des jeunes majeurs est peu développé puisque les mineurs ne représentent que 6 % des personnes prises en charge au niveau national et 47 départements n'ont aucun mineur pris en charge par la CDO.

Les structures spécialisées dominent en nombre de prises en charge : 31 % des prises en charge sont effectués par les CSST, 21 % par des opérateurs spécialisés dans le champ de l'alcoologie, 21 % par le secteur spécialisé justice.

#### **La situation judiciaire**

Au niveau national, on note autant de prises en charge en présentiel qu'en postsentenciel. Mais, là encore, les différences sont très importantes selon les départements : si dans le Pas-de-Calais la grande majorité des personnes sont vues en présentiel (93 %), c'est seulement le cas de 3 % des personnes prises en charge dans le Rhône, et de 59 % dans le Nord. Ces écarts importants renvoient à la configuration du milieu institutionnel local et notamment aux implications différencierées des parquets, voir aux orientations pénales particulières.

De plus, toutes les structures ne se positionnent pas sur le même moment judiciaire : les structures spécialisées « justice » interviennent plutôt en présentiel tandis que les opérateurs spécialisés dans la prise en charge des toxicomanies (CSST notamment) interviennent plutôt en postsentenciel.

#### **L'EFFICACITÉ**

#### **L'impact sur les pratiques judiciaires**

La première observation générale est que les conventions départementales d'objectifs devaient permettre la transformation des pratiques judiciaires dans le sens d'une meilleure prise en compte d'une problématique de soins pour les personnes dépendantes ayant à faire à la justice. Or, l'évaluation a mis en évidence non pas tant la nécessité du rapprochement de deux mondes qui s'ignorent que celle de la

rencontre entre deux logiques d'actions différentes qui transcendent le clivage entre judiciaire et sociosanitaire : logique de gestion des flux et logique de prise en charge.

La deuxième observation est que les échanges entre ces deux logiques et les acteurs qui les portent, qui existe à l'échelon national au sein du comité de pilotage notamment et au sein de la MILDT, ne se concrétisent pas aussi facilement au niveau local, échelon auquel l'interministérialité a du mal à se mettre en œuvre et pour laquelle il n'existe pas d'espace d'échanges *a priori*.

Les investigations de terrain ont permis de dégager trois figures de rencontre des deux logiques et d'en repérer les opportunités comme les obstacles.

- les deux logiques coexistent et fonctionnent en parallèle. Les problèmes de santé que rencontrent les PPSMJ peuvent être pris en charge par des opérateurs qui peuvent avoir sollicité des financements CDO. Mais, dans ce cas, l'appareil judiciaire n'est ni déclencheur ni pourvoyeur de « clientèle ». Il n'en demeure pas moins qu'une offre de prise en charge en direction des PPSMJ existe. L'impact sur les pratiques judiciaires est nul ;

- la CDO finance une offre supplémentaire (montée en charge quantitative d'une action, extension géographique) ou complémentaire (une prise en charge plus adaptée pour certains publics). La plupart du temps ce développement est le fait d'opérateurs existants. La croissance de l'offre de prise en charge peut avoir un impact sur les pratiques judiciaires en termes essentiellement de multiplication des orientations sanitaires des PPSMJ ayant des problèmes de drogue ou d'alcool dans le cadre de procédures judiciaires existantes (obligation de soin, alternatives aux poursuites, rappel de la loi, etc.) ;

- les deux logiques de gestion des flux et de prise en charge parviennent à s'articuler. L'effet de la CDO est alors l'organisation de filières de prise en charge. On en relève quatre principales :

Filière A : de l'écoute – orientation pour des jeunes fumeurs de cannabis ou des auteurs de CEA dans le cadre de l'alternative aux poursuites ;

Filière B : les injonctions thérapeutiques ;

Filières C : une prise en charge globale (insertion sociale, professionnelle ou hébergement) pour des toxicos- ou alcoolos-dépendants lourds suivis en milieu ouvert ou pour des sortants de prison ;

Filière D : de l'information – prévention pour la population carcérale.

L'impact sur les pratiques judiciaires est alors dans ce cas, la systématisation de réponses judiciaires pour des contentieux particuliers. Ces formes de systématisation, principalement en présentiel, peuvent permettre d'accrocher les deux logiques de gestion des flux et de prise en charge : d'un côté elles constituent une forme de gestion des flux pour les magistrats, et parallèlement cela permet aux prestataires de mettre en œuvre des prises en charges pour un public clairement identifié.

On relève trois conditions favorisant la création de filières :

1 - La définition d'un enjeu, c'est-à-dire d'un problème à traiter que la CDO peut aider à résoudre. Cet enjeu peut être dévoilé par une institution ou un opérateur, par un acteur de la prise en charge ou de la gestion des flux ou par un diagnostic antérieur ou déclenché par la CDO.

2 - La constitution d'une offre, c'est-à-dire l'existence d'opérateurs de la prise en charge prêts à intervenir là où on a besoin d'eux.

3 - Le travail de traduction entre offre et demande.

Plusieurs éléments peuvent favoriser la rencontre entre ces deux logiques. C'est notamment la présence dans le système de mise en œuvre local de personnalités dont le parcours personnel et professionnel leur permet d'assurer le rôle de passeur entre ces deux logiques et les acteurs qui les portent. De ce point de vue, le DSPIP, en partie dégagé des responsabilités opérationnelles a pu participer à la construction d'un dispositif partenarial interinstitutionnel justement parce qu'il disposait de temps pour cela, et parce que sa position, à cheval sur le judiciaire et sur le champ du social lui a parfois permis de jouer le rôle de passerelle évoqué notamment entre les magistrats et le milieu socio-éducatif. Néanmoins, ici encore, ce rôle n'a pas été assumé partout. En effet, les SPIP étant eux aussi prestataires de services, ceux-là ont pu se trouver en concurrence avec d'autres opérateurs.

C'est encore, l'existence antérieure ou la constitution d'espaces de traduction plus ou moins formalisés soit à un niveau institutionnel (le comité de pilotage, par exemple), soit entre institutions et opérateurs, soit encore entre opérateurs entre eux (réunions à propos d'études de cas).

À l'inverse, la trop rapide rotation des personnels est un obstacle à la continuité des politiques mises en place. Peuvent surgir également parfois des conflits de légitimité de la prise en charge, c'est parfois le cas en ce qui concerne la prise en charge sanitaire des détenus (antagonismes entre opérateurs externes et UCSA) ou entre les SPIP et le milieu d'opérateurs spécialisés. Enfin, au fur et à mesure que se rapprochent les deux logiques, les potentialités de tensions augmentent, les exi-

gences croissent, en particulier à propos de la qualité de la prise en charge et de ses effets. Ces tensions autour de la qualité renvoient à des tensions entre professionnels : entre intervenants du contrôle judiciaire et intervenants des CSST, entre professionnels des CSST ambulatoires et professionnels des CSST et associations non médicalisées, etc.

D'autres éléments peuvent encore jouer comme l'importance des moyens financiers mais surtout humains pour faire fonctionner le partenariat et la coopération (pour lesquels aucun financement n'est prévu dans les CDO) ou, plus en amont, le développement de réponses judiciaires alternatives notifiées non plus par un magistrat mais par un officier de police judiciaire qui rend moins aisé le repérage des publics par les opérateurs.

### L'impact sur les pratiques sanitaires

L'impact des CDO sur les pratiques sanitaires est beaucoup plus limité. Trois cas de figure peuvent se trouver :

- 1 - Des opérateurs de la prise en charge qui travaillaient déjà avec la justice.
- 2 - L'arrivée sur le marché d'opérateurs nouveaux qui souhaitaient travailler avec la justice et qui ont déjà intégré l'effet levier de la sanction dans leurs pratiques.
- 3 - Des opérateurs qui ne souhaitent pas travailler en direction de PPSMJ et qui n'entrent pas dans le dispositif.

De ce point de vue, notre observation présente un biais puisque nous avons rencontré pour l'essentiel des structures et des opérateurs financés par les CDO et donc partie prenante du dispositif.

Deux remarques néanmoins. Premièrement, les conflits entre opérateurs de la prise en charge peuvent exister, pouvant laisser croire à un clivage entre le monde judiciaire et le monde sanitaire. En réalité, ces conflits se situent plus sur le mode de la concurrence sur un marché plus ou moins saturé que sur un registre d'idéologie de l'intervention. Il en est ainsi, par exemple, des tensions qui peuvent exister entre un SPIP et une association de contrôle judiciaire ou entre une UCSA et un opérateur de soins extérieur à l'établissement pénitentiaire.

Deuxièmement, en termes de prise en charge, ce qui apparaît le plus positif est finalement la capacité du dispositif à découpler le traitement judiciaire et la prise en charge sanitaire et sociale, une fois l'accroche *via* la situation judiciaire effectuée.

### L'impact sur les publics

#### La proportion de population prise en charge

En 2000, quelque 20 069 personnes ont été prises en charge dans le cadre du dispositif des CDO, contre un peu moins de la moitié en 1999 (9 235 personnes<sup>33</sup>). Ce chiffre reste une estimation calculée sur la base du croisement des données des deux tableaux source (par action et par situation judiciaire) élaborés à la MILDT (données qui concernent 79 départements). Peut-on estimer ce nombre de personnes prises en charge au regard du public que le dispositif pourrait potentiellement toucher ? Les indicateurs dont nous disposons empêchent toute prospective de cette sorte. Par ailleurs, le chiffrage d'un public potentiel n'a de sens que si l'on poursuit l'objectif d'une systématisation de la prise en charge de ces publics, comme semble l'indiquer la circulaire de février 2002. Dans ce cas, les ratios établis montrent *a minima* que même avec une population potentielle largement sous-évaluée de fait, le dispositif est très loin d'assurer cette systématisation. Plus largement, un tel constat renvoie soit à l'étendue des moyens à mobiliser (en termes de masses financières comme en termes de capacité des opérateurs), soit à la faisabilité même de l'objectif de systématisation.

Par ailleurs, l'évaluation a mis en évidence qu'une certaine proportion de la population prise en charge grâce aux financements de la CDO était, de fait, déjà traitée par des opérateurs. Dans d'autres cas, la convention départementale d'objectifs a permis d'augmenter quantitativement l'offre (cas de figure 2). Dans le cas des filières, on a bien une structuration offre/demande qui n'existe pas auparavant mais dont le poids au regard du traitement banalisé est impossible à évaluer.

#### L'amélioration du bilan des situations individuelles

À ce propos, l'évaluation met en évidence un paradoxe. Lorsque la CDO produit des protocoles systématisés de prise en charge (filières), la procédure mise en place est surdéterminante par rapport à la situation des personnes. Par exemple, si un protocole est mis en place pour les CEA, celui-ci s'appliquera à toutes les personnes interpellées pour CEA quelle que soit leur situation au regard de l'alcool. On est bien dans une logique de dispositif et non dans une logique individuelle, dans du « prêt-à-porter » et non du « sur-mesure ».

33. Et près de 32 000 en 2001.

Néanmoins, ces réponses judiciaires systématiques, lorsqu'elles existent, débouchent la plupart du temps<sup>34</sup> sur des prises en charge individualisées.

### **L'impact sur les situations individuelles**

On peut évaluer l'impact des CDO de deux points de vue.

En termes d'orientation, c'est bien généralement une action en justice qui déclenche l'orientation d'un individu vers une prise en charge financée par la CDO. Mais l'orientation par l'appareil judiciaire pose, en amont, la question du filtre (notamment à travers la procédure de COPJ). De surcroît, les changements de politiques pénales peuvent freiner voire stopper les approvisionnements ou au contraire les multiplier.

En termes d'insertion, bien qu'il soit impossible d'isoler l'effet d'une action par rapport à une autre, il est évident que globalement l'action dont a pu bénéficier un individu a un effet plutôt positif.

### **L'EFFICIENCE**

Les objectifs du dispositif sont très ambitieux dans la mesure où il s'agit de toucher le plus grand nombre de personnes ayant un problème de dépendance ou de consommation abusive, quelle que soit l'origine du passage par l'institution judiciaire. L'analyse des situations locales, et notamment le constat de la diversité des objectifs retenus et des mises en œuvres effectives, montre que dans la plupart des départements les réalisations effectives ne constituent pas une réponse à l'ensemble des objectifs fixés au niveau national. De fait, le dispositif est globalement utilisé en développant tel ou tel de ses aspects, de façon à compléter l'offre locale. Ce qui peut apparaître comme une relative souplesse du dispositif renvoie aussi, nous semble-t-il, à un déficit de moyens financiers et humains. Si les modes de calcul de la population potentielle restent très hasardeux, il semble clair que, quel que soit le mode d'approche, la part de population effectivement prise en charge est très faible.

<sup>34</sup> À l'exception des actions collectives de prévention (séances d'information sur la dangerosité de l'alcool au volant, des effets de la consommation de tel ou tel produit, par exemple).

Mais ces résultats renvoient moins à une faible efficience du dispositif qu'à un questionnement des objectifs en cohérence : dans quelle mesure l'objectif de tendre vers une plus grande systématisation de la prise en charge des personnes sous main de justice peut-il être atteint uniquement en finançant des actions de prises en charge ?

Autrement dit, les moyens mobilisés par les CDO sont-ils affectés au bon endroit ? En effet, d'une part, dans un certain nombre de sites, les actions CDO ne représentent pas des actions nouvelles, mais simplement un nombre supplémentaire de personnes prises en charge. D'autre part, on observe aussi des cas où les financements CDO ont été utilisés pour engager des actions collectives de formation des acteurs qui, si elles ne correspondent pas aux actions prévues au niveau national, doivent être entendues comme un indicateur des besoins locaux. Il semble légitime de s'interroger sur les critères de délivrance des subventions : s'agit-il de prendre en charge des publics supplémentaires ou de créer des espaces d'échanges et des temps de concertation ?

Au final, si les moyens engagés ne semblent pas en mesure de permettre d'atteindre les objectifs fixés, il faut s'interroger sur la stratégie mise en œuvre : les CDO doivent-elles permettre la systématisation de la prise en charge des PPSMJ ? Ou doivent-elles, avant tout, viser à développer les partenariats entre logiques de gestion des flux et logiques de prise en charge ?

La question de l'efficience doit se poser aussi par rapport au facteur temps. Là encore, c'est la stratégie de mise en œuvre du dispositif CDO qui doit être interrogée. La posture de la MILD'T consiste à parier sur la pérennisation des actions initiées via le dispositif interministériel. Mais il semble que ce pari engendre localement des situations d'incertitude qui ont tendance à ne pas favoriser réellement l'innovation. La continuité des financements n'étant pas garantie, les opérateurs hésitent à engager des actions adaptées qui exigent souvent la création de nouveaux postes, et préfèrent augmenter le nombre de prises en charge *via* des actions déjà existantes.

## QUELLES PERSPECTIVES POUR LE DISPOSITIF CDO ?

---

Les pistes de travail formulées dans cette note de perspective sont issues des débats tenus au cours de la dernière séance du comité de pilotage de l'évaluation des CDO. Il s'agit d'ailleurs moins de recommandations très formalisées que de modalités d'interrogation du dispositif quant à ses possibilités d'évolution.

### **UN SYSTÈME INNOVANT ET AMBITIEUX CONFRONTÉ À SES LIMITES**

Au terme de l'évaluation, le dispositif des CDO peut être considéré comme un dispositif innovant et ambitieux, mais qui, dans sa configuration actuelle a atteint ses limites. En effet, les capacités d'innovation *via* les CDO ont été garanties par la souplesse et l'adaptabilité du cadre national. Pour autant, l'analyse des mises en œuvre locales révèle un certain nombre d'effets qui questionnent le dispositif quant à son évolution :

- une diversité des actions financées qui brouille l'affichage de priorités ;
- une autonomie importante des prestataires qui représente, dans un certain nombre de cas, un frein à un réel pilotage partenarial du dispositif ;
- une évaluation locale et nationale difficile ;
- un coût en temps et en énergie élevé pour les personnels institutionnels chargés du dossier, et dont l'engagement tend parfois à s'épuiser au fil du temps, et ce malgré une forte adhésion au discours du plan triennal de la MILDT, il faut le souligner.

### **MIEUX CIBLER LES OBJECTIFS ET RACCROCHER LE DISPOSITIF AUX POLITIQUES PÉNALES...**

L'évaluation a fait remonter une demande très nette d'orientations plus précises de l'administration centrale en direction du niveau départemental et en particulier des chefs de projet. Une certaine incertitude est ressentie sur le terrain à la

fois en termes de pérennisation des financements interministériels (inquiétude qui a tendance à freiner les initiatives de la part des opérateurs) et, sur le fond, concernant la formulation d'objectifs opérationnels.

Une question centrale se pose pour l'avenir du dispositif : faut-il conserver une politique aux ambitions aussi larges, ou la resserrer sur des objectifs plus ciblés ? Rien n'indique en particulier qu'il faille continuer à financer un spectre aussi large d'actions. Une option pour clarifier les orientations nationales vis-à-vis des interlocuteurs départementaux peut consister à privilégier certains types d'actions. Bien que le propos ne soit pas ici de condamner les actions d'hébergement, dont le coût par personne est d'ailleurs justifié compte tenu de la prestation délivrée, on peut cependant s'interroger sur l'opportunité de continuer à financer ce type d'actions dans le cadre du dispositif CDO.

L'enjeu consiste bien plutôt à rapprocher le dispositif de son objectif initial, à savoir favoriser le développement des logiques de prise en charge sur la base d'une entrée par les politiques pénales. Les CDO constituent en effet une modalité d'action qui privilégie l'accroche judiciaire pour y appuyer une action, un accompagnement sanitaire et social. Or, en permettant le financement d'actions très diverses, la souplesse du dispositif engendre des effets pervers : en particulier, le dispositif est très souvent mobilisé pour compléter l'offre départementale ou locale en matière de prise en charge des personnes dépendantes à un produit psychoactif sous main de justice, sans pour autant que l'infléchissement des politiques pénales soit toujours perceptible. Autrement dit, les modalités de mises en œuvre départementales des CDO ont tendance à s'éloigner de leur appui sur les politiques pénales. La question posée pour l'avenir est alors celle d'un éventuel raccrochage sur les politiques pénales, en imaginant des outils complémentaires à développer en dehors du seul financement d'opérateurs pour la mise en œuvre d'actions de prise en charge. Il s'agit au fond s'appuyer sur la chaîne pénale, pour y accrocher un ensemble de services. La question cruciale pour les CDO n'est donc pas : « Quel type d'usager et quel type de consommation toucher ? », mais bien plutôt : « Quel service proposer à quel moment de la chaîne judiciaire ? »

#### ... TOUT EN ASSOCIANTE LES SERVICES DE POLICE ET DE GENDARMERIE

Parallèlement, c'est aussi l'implication des services de police et de gendarmerie qu'il s'agit de favoriser. La question se pose alors de la place des parquets comme interlocuteurs « naturels », notamment si le dispositif incite à l'avenir les services de police et de gendarmerie à travailler directement avec les opérateurs.

D'autant que l'on constate globalement un contexte de moins en moins figé et opposé concernant les représentations réciproques des acteurs policiers et associatifs.

L'enjeu souligné par le comité de pilotage consiste à rendre compatible une implication croissante des services de police et de gendarmerie et un recentrage du dispositif sur les politiques pénales.

#### PERMETTRE LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE PARTENARIATS EFFECTIFS

Au-delà de l'extrême diversité des manifestations locales du travail partenarial, quelques points de difficulté, intimement liés, ont pu être relevés, qui tendent à le fragiliser :

- une tendance fréquente à la personnalisation et...
- ... une mobilité institutionnelle qui rend difficile un pilotage en continu (et ce d'autant plus dans les cas de forte personnalisation)...
- ... qui tendent à favoriser les logiques de guichet, logiques d'ailleurs relativement confortables pour un certain nombre d'opérateurs.

Un premier élément de réponse tient dans le temps consacré au dispositif. Dans la plupart des cas, les chefs de projet ne consacrent qu'une part réduite de leur temps à la gestion et l'animation du dispositif : il semble nécessaire de rendre les chefs de projet plus disponibles sur ce dossier, qui nécessite, du fait de la mise en relation de mondes professionnels aux logiques relativement éloignées, des moyens d'animation particulièrement affirmés.

Placé à la DDASS plutôt qu'en préfecture, le chef de projet semble plus en capacité d'animer réellement le dispositif du fait de sa relative proximité avec les opérateurs du domaine. Il reste que dans bon nombre de cas, les chefs de projet gagneraient à acquérir une « culture judiciaire » plus précise, ceci dans l'objectif d'être en capacité de mettre en adéquation ressources départementales et besoins à chaque étape de la chaîne pénale.

Rien n'empêche, en outre, d'imaginer un dispositif à plusieurs « étages » :

- un dispositif minimum à mettre en place dans chaque département et correspondant aux orientations politiques nationales, d'une part,
- une boîte à outils mobilisable en fonction des besoins locaux, d'autre part.

Les moyens offerts peuvent d'ailleurs passer par d'autres canaux que le financement d'actions de prise en charge : des actions de formation commune des professionnels de terrain pourraient être envisagées.

Plus largement, les modalités d'assistance méthodologique et d'élargissement de la palette d'outils à la disposition des chefs de projet gagneraient à être étudiées.

### ACCENTUER L'ACCOMPAGNEMENT MÉTHODOLOGIQUE DES ACTEURS LOCAUX

L'élaboration de diagnostics locaux n'est pas le point fort de la mise en œuvre du dispositif : il conviendrait d'apporter au niveau local des éléments méthodologiques propres à l'élaboration réellement partenariale de ces diagnostics. La même observation peut être formulée en ce qui concerne les conditions de production des évaluations. Pour l'instant, on constate que très rarement de réelles évaluations départementales. De fait, le déficit actuel de pilotage institutionnel dans ce domaine conduit les opérateurs à s'auto-évaluer à travers les rapports d'activité qu'ils fournissent.

Une clé pour traiter de ces deux éléments passe très certainement par une mobilisation effective et systématique des opérateurs dès le stade du diagnostic. D'une part, il s'agit en effet de mettre en commun les données disponibles : données chiffrées émanant de la DDASS, des services de la justice et des services de police et de gendarmerie. D'autre part, il importe de discuter ces données sur la base des apports qualitatifs issus de l'expérience de terrain des professionnels.

Ces diagnostics départementaux devraient être systématisés, et organisés sur la base structurante de chaîne pénale : il s'agit de repérer à travers l'activité effective des prestataires, quels sont les services rendus à quel moment de la chaîne judiciaire, pour quel public (type et nombre de personnes). C'est ce schéma analytique qui peut permettre de repérer quels sont les manques, quantitatifs ou qualitatifs à combler du point de vue de la prise en charge des personnes sous main de justice. Il s'agit au fond, au-delà de l'habituelle compilation de données que constituent dans la majorité des cas les diagnostics, de parvenir à la formulation d'un point de vue commun concernant les situations départementales.

C'est sur cette base qu'à terme les évaluations départementales pourront être conduites, là encore à partir d'un jugement collectif sur les actions menées.

Au niveau national le dispositif actuel de suivi est satisfaisant dans sa forme actuelle : de fait, il n'est pas pertinent de chercher à produire d'autres données que celles actuellement exploitées à ce niveau. En effet, l'évaluation des CDO, à vocation départementale, ne vaut qu'en regard des objectifs formulés au niveau départemental. Par contre, une mise en perspective au niveau régional peut être recherchée, qui servirait de relais d'information vers le pilotage national. À cet effet, une animation et une valorisation régionale des diagnostics et des évaluations pourraient être envisagées en s'appuyant sur les chefs de projet régionaux.

## ANNEXES

### ABRÉVIATIONS

139

### LEXIQUE

141

### SOURCES OFFICIELLES

147

## ABRÉVIATIONS

---

|        |   |
|--------|---|
| CCAA   | centre de cure ambulatoire en alcoologie  |
| CDO    | convention départementale d'objectifs   |
| CDPA   | comité départemental de prévention de l'alcoolisme                                  |
| CEA    | conduite en état alcoolique   |
| CHRS   | centre d'hébergement et de réadaptation sociale                                     |
| CIP    | conseiller d'insertion et de probation  |
| CJ     | contrôle judiciaire   |
| CLS    | contrat local de sécurité   |
| COPJ   | convocation par officier de police judiciaire                                       |
| CPAL   | comité de probation et d'aide aux libérés   |
| CSST   | centre spécialisé de soins aux toxicomanes  |
| CUAS   | chef d'unité d'action sanitaire   |
| CUASE  | chef d'unité d'action socio-éducative   |
| DACG   | direction des affaires criminelles et des grâces                                    |
| DAP    | direction de l'administration pénitentiaire   |
| DDASS  | direction départementale des affaires sanitaires et sociales                        |
| DDPJJ  | direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse                 |
| DDTEFP | direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle |
| DGS    | direction générale de la santé  |
| DPJJ   | direction de la protection judiciaire de la jeunesse                                |

|       |  |
|-------|--|
| DRASS | direction régionale des affaires sanitaires et sociales                |
| DRSP  | direction régionale des services pénitentiaires                        |
| DSPIP | directeur des services pénitentiaires d'insertion et de probation      |
| ETP   | équivalent temps plein   |
| ILS   | infraction à la législation sur les stupéfiants                        |
| IT    | injonction thérapeutique   |
| JAP   | juge de l'application des peines                                       |
| MILDT | mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie |
| MISP  | médecin inspecteur de santé public                                     |
| MJD   | maison de la justice et du droit                                       |
| OPJ   | officier de police judiciaire  |
| PES   | programme d'échange de seringues                                       |
| PPSMJ | personne placée sous main de justice                                   |
| PR    | procureur de la République   |
| PRAPS | programme régional d'accès à la prévention et aux soins                |
| PRS   | programme régional de santé  |
| SME   | sursis avec mise à l'épreuve   |
| SMPR  | service médico-psychologique régional                                  |
| SPIP  | services pénitentiaires d'insertion et de probation                    |
| TGI   | tribunal de grande instance  |
| TIG   | travail d'intérêt général  |
| TTR   | traitement en temps réel   |
| UCSA  | unité de consultation et de soins ambulatoires                         |

## LEXIQUE

---

**Audience** : séance au cours de laquelle une juridiction prend connaissance des prétentions des parties, instruit le procès et entend les personnes qui y participent (les parties, les témoins, le procureur, les avocats, etc.). La décision peut être rendue à l'audience ou ultérieurement.

**Classement sans suite** : décision prise par le ministère public de ne pas poursuivre parce que l'auteur est inconnu, l'infraction insuffisamment caractérisée ou parce qu'une alternative à la poursuite a été mise en place.

**Classement sous condition** : alternative à la poursuite, mise en œuvre par les parquets (rappel à la loi, régularisation d'une situation, réparation d'un dommage ou indemnisation d'une victime, etc.).

**Comparution immédiate (procédure de)** : anciennement procédures des « flagrants délit ». L'auteur du délit arrêté, soit en flagrant délit soit pour un délit non flagrant au terme d'une enquête préliminaire, qui encoure une peine comprise entre 2 et 7 ans d'emprisonnement et dont la culpabilité paraît évidente, est placé en détention provisoire. Il est jugé devant le tribunal correctionnel mais il peut aussi demander des délais pour préparer sa défense (au minimum deux semaines).

**Condamnation** : en matière pénale, décision de justice déclarant une personne coupable d'avoir commis une infraction et prononçant une peine.

**Contrôle judiciaire** : mesure alternative à la détention qui astreint une personne présumée avoir commis un délit ou un crime (mis en examen ou prévenu) à se mettre à la disposition de la justice et à remplir certaines obligations.

**Convocation par procès-verbal** : dans la procédure pénale, elle permet à un officier de police judiciaire ou à un procureur de notifier au prévenu les faits retenus à son encontre, le lieu, la date et l'heure de l'audience à laquelle il aura à comparaître.

**Crime** : infraction la plus grave possible d'une ou plusieurs peines déterminées par la loi : réclusion criminelle pour les crimes de droit commun ou détention criminelle pour les crimes politiques, à perpétuité ou à temps, amendes et peines complémentaires.

**Décision** : lorsque les juges, au terme d'un procès, ont jugé une affaire, on dit qu'ils ont rendu une décision.

**Délit** : infraction jugée par les tribunaux correctionnels et punie par une peine d'emprisonnement de 10 ans au plus, une amende supérieure ou égale à 25 000 F, des jours-amendes, un travail d'intérêt général, une peine privative ou restrictive de droits, des peines complémentaires.

**Détention provisoire** : mesure prise par le juge d'instruction et, depuis le premier janvier 2001 par le juge des libertés et de la détention, ordonnant le placement en prison d'une personne soupçonnée d'avoir commis un crime ou un délit puni d'au moins deux ans d'emprisonnement ou un an d'emprisonnement (en cas de flagrant délit) avant son jugement.

**Détenu** : personne incarcérée.

**Enquête préliminaire** : enquête de la police judiciaire dont les possibilités d'intervention sont limitées, pour rechercher les auteurs d'une infraction et les conditions dans lesquelles elle a été commise.

**Établissement pénitentiaire** : les détenus provisoires avant jugement et les condamnés constituent la population carcérale dans les établissements pénitentiaires.

- Les maisons d'arrêt qui reçoivent les détenus provisoires et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à un an.

- Les établissements pour peine : les maisons centrales et les centres de détention à vocation nationale (pour les peines de plus de cinq ans) ou régionale (pour les peines à subir de cinq ans ou plus).

- Les centres autonomes de semi-liberté reçoivent les condamnés admis au régime de semi-liberté, leur permettant d'exercer une activité à l'extérieur.

**Flagrant délit** : délit qui est en train de se commettre ou qui vient de se commettre, constaté par la police judiciaire. Lorsque le fait est punissable d'une peine d'emprisonnement, le parquet peut présenter rapidement devant le juge lors d'une audience dite de comparution immédiate, pour qu'il y soit jugé.

**Garde à vue** : rétention d'une personne à sa disposition par un officier de police judiciaire pour les nécessités de l'enquête. L'application de la garde à vue est strictement réglementée par la loi et son exécution est surveillée par les magistrats du parquet.

**Infraction** : terme désignant toute action ou comportement interdit par la loi pénale et passible de sanctions pénales (contraventions, délits et crimes).

**Injonction thérapeutique** : dispositif de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés leur permettant d'accéder à un traitement.

**Instruction** : phase de la procédure pénale pendant laquelle sont mis en œuvre par le juge d'instruction les moyens permettant de réunir tous les éléments nécessaires à la manifestation de la vérité afin que le tribunal ou la cour puisse juger en connaissance de cause ou qu'un non-lieu intervienne.

**Juge d'instruction** : magistrat du siège du tribunal de grande instance désigné comme tel par un décret de nomination, saisi des affaires pénales les plus complexes. Il accomplit tous les actes qu'il juge utile à la manifestation de la vérité pour constituer le dossier qu'il soumettra au tribunal ou à la cour.

**Juge de l'application des peines** : magistrat du siège, il intervient après le jugement pendant l'exécution des peines quelles qu'elles soient et même après la sortie de prison si elle est soumise à condition. Il aménage les sanctions pénales subies en milieu carcéral, en déterminant les modalités du traitement pénitentiaire ; il accorde ou révoque les réductions de peines, permission de sortie, la semi-liberté, etc. et, en milieu libre en contrôlant l'exécution des mesures de sursis avec mise à l'épreuve ;

**Juge des libertés et de la détention** : président du tribunal de grande instance ou son délégué (créé par la loi du 15 juin 2000 sur la présomption d'innocence), il a seul le pouvoir de mettre en détention une personne mise en examen par un juge d'instruction.

**Jugement** : décision rendue par une juridiction du premier degré. Au sens large, toute décision de justice.

**Jugement contradictoire** : jugement rendu à l'issue d'une procédure au cours de laquelle les parties ont comparu et ont fait valoir leurs moyens de défense.

**Libération conditionnelle** : mise en liberté par anticipation et sous contrôle du détenu qui a purgé une partie de sa peine et donné des signes d'amendement. Le droit de l'accorder appartient au juge de l'application des peines, soit à la juridiction régionale de la libération conditionnelle créée par la loi sur la présomption d'innocence du 15 juin 2000.

**Magistrat** : dans les juridictions de l'ordre judiciaire, civiles et pénales, les magistrats du siège qui exercent la fonction de juger et les magistrats du parquet qui exercent les fonctions de poursuite font partie d'un corps unique. Ils peuvent dans leur carrière passer d'un corps à l'autre.

**Médiation** : processus de résolution amiable des conflits dans lequel une tierce personne, le médiateur, intervient auprès des parties pour les aider à parvenir à un accord. La médiation pénale, sur proposition du parquet, réunit l'auteur et la victime d'une infraction pénale pour trouver une solution librement négociée et définir les modalités d'une réparation.

**Ministère public (procureurs et substituts)** : en matière pénale, il reçoit les plaintes et les procès-verbaux et apprécie les suites à donner. Il exerce l'action publique, dirige la police, requiert l'application de la loi et assure l'exécution des décisions de justice.

**Mise en examen** : décision prise par le juge d'instruction contre une personne à l'encontre de laquelle il existe des indices graves ou concordants rendant vraisemblable qu'elle ait pu participer comme auteur ou complice à la commission d'une infraction. Elle le demeure tant que l'infraction est en cours.

**Opportunité des poursuites** : principe en vertu duquel les magistrats du ministère public sont libres de déclencher ou non les poursuites pour un fait offrant toutes les caractéristiques d'une infraction. Ce principe s'oppose à celui de la légalité des poursuites et peut être mis en échec par une plainte avec constitution de partie civile de la victime de l'infraction.

**Parquet (magistrat du) ou ministère public** : auprès du tribunal de grande instance, ce sont le procureur de la République et ses substituts ; auprès de la cour d'appel ce sont le procureur général, les avocats généraux et les substituts du procureur général. Ils ont la charge de

la poursuite pénale et dirigent l'activité des gendarmes et des policiers lorsque ceux-ci exercent des activités de police judiciaire.

**Partie civile** : personne victime d'une infraction qui met en mouvement l'action publique dans le cadre d'un procès pénal ou y participe pour réclamer la réparation de son préjudice. La victime peut se constituer partie civile au moment où elle dépose plainte ou en s'adressant au doyen des juges d'instruction, ou lors de l'audience du tribunal au moment du jugement de l'affaire.

**Peine** : sanction infligée au délinquant pour les infractions qu'il commet. Les peines principales sont fixées par le législateur selon le degré de l'infraction. Ce sont :

- la réclusion ou la détention criminelle à temps (entre 10 et 30 ans) ou à perpétuité ;
- l'emprisonnement correctionnel de 10 ans ou plus, avec ou sans sursis ;
- l'amende et les jours-amendes ;
- le travail d'intérêt général consistant pour le condamné à effectuer un travail au profit d'une collectivité publique ou d'une association, non rémunéré, d'une durée comprise entre 40 et 2 401 heures pour un majeur ;
- les peines privatives ou restrictives de droit comme l'annulation ou la suspension du permis de conduire, des confiscations ou des interdictions professionnelles ;
- certains crimes, délits et contraventions peuvent en outre être sanctionnés par des peines complémentaires (interdiction, déchéance, incapacité, retrait d'un droit, immobilisation ou confiscation d'un objet, etc.) ;
- un prévenu peut être dispensé de peine si le dommage est réparé, si le reclassement est acquis et le trouble à l'ordre public éteint ;
- les mineurs font principalement l'objet de mesures éducatives.

**Plainte** : dénonciation de faits dont une personne se dit victime qui peut être déposée aux services de police, de gendarmerie ou auprès du procureur de la république. Elle met en route la procédure pénale.

**Placement extérieur** : consiste pour le condamné à être employé hors de l'enceinte carcérale à des travaux contrôlés soit par l'administration pénitentiaire, soit par une autre administration y compris une collectivité publique. Le placement extérieur peut aussi consister en un stage probatoire en vue d'une libération conditionnelle.

**Police judiciaire** : fonction exercée principalement par la gendarmerie et la police nationale qui reçoivent les plaintes, constatent les infractions à la loi pénale, rassemblent les preuves, recherchent et arrêtent les auteurs d'infractions, sur délégation des procureurs de la République et des juges d'instruction. On distingue les officiers de police judiciaire qui, notamment, ont le pouvoir de placer en garde à vue, et les agents de police judiciaire qui secondent les premiers dans leurs missions et ont des pouvoirs limités.

**Post-sentenciel** : phase de la procédure pénale se situant après le jugement des faits.

**Poursuite** : ensemble des actes accomplis par le ministère public ou la victime d'une infraction dans le but de saisir les juridictions répressives compétentes et d'aboutir à la condamnation du coupable.

**Présentenciel** : phase de la procédure pénale se situant avant le jugement.

**Prévenu** : personne poursuivie pour une contravention ou un délit et qui n'a pas encore été jugé ou dont la condamnation n'est pas définitive car elle a exercé une voie de recours.

**Probation** : la condamnation à une peine d'emprisonnement est assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve.

**Procédure** : ensemble de formalités à remplir pour agir devant un tribunal, avant, pendant et jusqu'à la fin du procès.

**Procureur de la République** : magistrat chef du parquet auprès du tribunal de grande instance.

**Procureur général** : magistrat chef du parquet auprès d'une cour d'appel ou de la Cour de cassation.

**Prononcé du jugement** : lecture en audience publique de la juridiction de jugement, du dispositif de la décision qui acquiert lorsqu'elle est définitive, autorité de la chose jugée. Le juge est dessaisi par le prononcé du jugement.

**Récidive** : situation d'un individu déjà condamné qui commet, selon certaines conditions et dans un certain délai, une nouvelle infraction pouvant entraîner le prononcé d'une peine plus lourde que celle normalement prévue.

**Réparation pénale** : dans le cadre de la justice des mineurs, la loi du 4 janvier 1993 permet au juge des enfants de décider une activité d'aide ou de réparation à l'égard de la victime ou dans l'intérêt de la collectivité, en vue de responsabiliser le mineur en lui permettant de réparer le préjudice subi par la victime.

**Semi-liberté (régime de)** : modalité d'exécution d'une peine permettant à un condamné d'exercer, hors d'un établissement pénitentiaire, une activité professionnelle, de suivre un enseignement ou de bénéficier d'un traitement médical. À l'issue de ces activités, le condamné doit rejoindre le centre de semi-liberté.

**Sentence** : décision rendue par un arbitre.

**Siège (juge ou magistrat du)** : il a pour mission d'appliquer la loi, de dire le droit après avoir entendu les parties en litige et leurs représentants (avocats et avoués) et le ministère public. Le juge du siège peut, dans sa juridiction, exercer plusieurs fonctions et siéger dans des formations civiles et pénales. Il rend des décisions dénommées ordonnance, jugement ou arrêt. Au tribunal de grande instance, ce sont le président, les vice-présidents et les juges ; à la cour d'appel, ce sont le premier président, les présidents de chambre et les conseillers.

**Substitut (du procureur)** : magistrat adjoint du procureur de la République.

**Sursis** : mesure accordée par une juridiction pénale qui dispense d'exécuter la peine en tout ou partie. Le sursis simple dispense d'exécuter la peine. Le sursis avec mise à l'épreuve dispense d'exécuter la peine prononcée tout en soumettant le condamné à certaines obligations.

**Travail d'intérêt général** : voir **Peine**.

**Travailleur social** : chargé par le juge de l'application des peines de surveiller le respect des obligations des condamnés en « milieu ouvert » ou en libération conditionnelle.

**Tribunal correctionnel** : formation du tribunal de grande instance en matière pénale chargée de juger les délits et, le cas échéant, de se prononcer sur les demandes d'indemnisations des parties civiles. Juridiction normalement collégiale qui statue à trois juges, le tribunal correctionnel voit la procédure à juge unique se développer. Les grandes juridictions ont les chambres spécialisées dans tels ou tels types de contentieux.

**Tribunal de grande instance** : juridiction de droit commun chargé de juger les affaires civiles portant sur des sommes supérieures à 50 000 F ou qui ne sont pas attribuées à d'autres juridictions. Le TGI est également compétent pour certaines affaires énumérées par la loi, quel que soit le montant (état civil, divorce, autorité parentale, adoption, succession...). Statuant en matière pénale, il est appelé tribunal correctionnel.

**Tribunal de police** : en matière pénale, le tribunal d'instance jugeant à juge unique les contraventions.

**Tribunal pour enfants** : juridiction chargée de juger les délits et les contraventions de 5<sup>e</sup> classe. Sa compétence s'étend aux crimes commis par des mineurs de moins de 16 ans. Il est présidé par le juge des enfants ; ses deux assesseurs sont des non professionnels désignés par le ministre de la Justice parmi les personnes intéressées par les problèmes de l'enfance. Le tribunal siège à huis clos.

**Victime** : personne qui subit personnellement et directement un préjudice, par opposition à la personne qui le cause. La victime d'abord considérée comme témoin devient partie civile devant les tribunaux répressifs lorsqu'elle demande réparation du préjudice ; elle peut alors se faire assister d'un avocat.

## SOURCES OFFICIELLES

---

### CIRCULAIRES ET NOTES D'ORIENTATION

Lettre du 14 janvier 1993 relative à la mise en œuvre de conventions d'objectifs de lutte contre la toxicomanie.

Circulaire du 19 mai 1994 relative à la politique de prévention de la délinquance et de lutte contre l'insécurité en milieu urbain pour le XI<sup>e</sup> plan.

Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.

Circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.

Note d'orientation n° 98-659 du 5 novembre 1998 relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Note d'orientation du 12 février 1999 pour la mise en œuvre des conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie.

Circulaire DGS/SP3/DH/EO2/99 n° 346 du 15 juin 1999 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour personnes toxicomanes.

Circulaire du Garde des Sceaux du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies.

Note DGS n° 99 – 423 du 19 juillet 1999 relative à l'accompagnement sanitaire et social des réponses judiciaires aux toxicomanes (usagers de drogues) définies par la circulaire du ministère de la Justice du 17 juin 1999.

Note du 3 décembre 1999 relative aux conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie. Bilan et perspectives pour l'année 2000.

Note de la MILD'T du 3 avril 2000 relative au cofinancement du programme par des crédits du Fonds social européen (FSE). Nouveau programme FSE, objectif 3 pour la période 2000-2006. Sujet traité : la gestion des crédits européens est déconcentrée auprès des préfets de régions. La note explique la procédure à suivre pour obtenir des financements européens.

Arrêté du 21 juillet 2000 relatif à l'organisation de la direction générale de l'action sociale en sous-directions.

Note de restitution n° 470 du 18 août 2000 aux services déconcentrés des résultats du comité de pilotage national.

Note n° 2206 de la MILD'T du 9 novembre 2000 relative aux conventions départementales d'objectifs de lutte contre les toxicomanies relatives aux publics relevant de la justice. Bilan et perspectives pour 2000. Sujet : mise en œuvre du programme en 2001.

Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILD'T du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

Circulaire de la MILD'T du 5 février 2002 relative aux crédits déconcentrés de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances - exercice 2002.

## AUTRES TEXTES

*Le dispositif de lutte contre la toxicomanie.* Cour des comptes, Les éditions du journal officiel, juillet 1998.

*Adolescents (14 – 21 ans) de la protection judiciaire de la jeunesse et santé,* INSERM, 1998.

*Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances,* Premier ministre, La documentation française, 1999.

*Bilans d'exécution des conventions départementales d'objectifs,* MILD'T, 1999 et 2000, 2001.

*Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances,* OFDT, Edition 1999.

Rapport au garde des Sceaux sur la politique pénale menée en 1999, ministère de la Justice, Direction des affaires criminelles et des grâces, avril 2000.

*Le consommateur de produits illicites et l'enquête de police judiciaire,* CESDIP, OFDT, Etude n° 19, mars 2000.

*EROPP 99, Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes,* OFDT, études n° 20, avril 2000.

*L'injonction thérapeutique. Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogue interpellés,* Michel Setbon, OFDT, étude n° 21, août 2000 (réédition).

*Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France,* Pierre Kopp et Philippe Fenoglio, OFDT, étude n° 22, septembre 2000.

*Tendances récentes - rapport TREND,* OFDT, Paris, OFDT, 172 p., juin 2001 (annexes également disponibles).

*Psychotropes et dépendance - profils des consommateurs et trajectoires de leurs comportements,* ENSP - Université Nancy I, Paris, OFDT, 100 p., mai 2001.

*Carrières, territoires et filières pénales - Pour une sociologie comparée des trafics de drogues (Hauts-de-Seine, Nord, Seine-Saint-Denis),* IFRESI-GRASS, Paris, OFDT, 362 p., mai 2001.

*Toxicomanie, police, justice : trajectoires pénales,* CESDIP, Paris, OFDT, 196 p., avril 2001.

## NOTES

## NOTES

**OFDT**

Observatoire français des drogues et des toxicomanies  
105, rue La Fayette  
75010 Paris  
Tél : 33 (0)1 53 20 16 16  
Fax : 33 (0)1 53 20 16 00  
courrier électronique : [ofdt@ofdt.fr](mailto:ofdt@ofdt.fr)

[www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

**ACADIE**

170, rue du Faubourg Saint-Antoine - 75012 Paris  
tél : 01 43 79 97 79 - fax : 01 43 79 99 52  
E-mail : [acadie@acadie-reflex.org](mailto:acadie@acadie-reflex.org)

**Citation recommandée**

GORGEON (C.) et al., *Évaluation des programmes justice-santé (CDO) - Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002)*, Paris, OFDT, 2003, 152 p.

**Maquette et mise en page : Frédérique Million / Adaptation : Sylvie Allouche**

**Photographie en couverture : Isabelle Rozenbaum (Photo Alto)**

**Impression : Imprimerie Masson - 69 rue de Chabrol - 75010 Paris**

---