Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie

Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ; Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: - (1984)

Artikel: Le probleme des delinquants anormaux et toxicomanes en France

Autor: Levasseur, Georges

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1050892

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 07.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

LE PROBLEME DES DELINQUANTS ANORMAUX ET TOXICOMANES EN FRANCE

Georges Levasseur

Le rôle du juriste en face du problème qui fait l'objet du présent séminaire est particulièrement embarrassant.

Ce rôle consiste tout d'abord, dans le pays auquel il appartient, à apporter son concours à l'élaboration des textes qui s'efforcent de lui donner une solution nationale.

Qu'il s'agisse de toxicomanes ou délinquants déficients mentaux, les textes à élaborer ou à réformer auront pour objet d'assurer le respect des valeurs reconnues dans le groupe social. Ce respect ne devra pas être obtenu exclusivement par le recours à des moyens répressifs. La politique criminelle, qui tend à assurer le respect de ces valeurs, a d'autres moyens à sa disposition. Nombreuses sont les mesures de prophylaxie sociale, les mesures administratives organisant la prévention, qui contribueront plus efficacement que des incriminations et des sanctions pénales, à la réalisation du but recherché.

La tâche du juriste est d'autre part, et à un autre niveau, d'organiser la mise en application des textes existants. Les valeurs sociales fondamentales et leur hiérarchie étant admises, il convient d'assurer le fonctionnement harmonieux du groupe social, dans l'intérêt commun de l'ensemble de ses membres, y compris d'ailleurs les délinquants eux-mêmes.

Or les deux catégories médicales qui font l'objet de ce séminaire, qu'il s'agisse de déficients mentaux ou de toxicomanes, sont de nature à engendrer des comportements perturbateurs de l'ordre social, et amenant par conséquent une réaction des autorités publiques.

La difficulté essentielle vient de ce que l'auteur de ces comportements, pour des raisons diverses qui ne lui sont pas toujours entièrement imputables, ne comprend pas ou ne s'assimile pas les règles sociales, et qu'au surplus il n'est pas totalement maître de son comportement et ne commande pas suffisamment à ses réflexes.

I. LES DELINQUANTS MALADES MENTAUX

Cette partie du sujet offert aux réglexions du séminaire n'est pas neuve, elle à été maintes fois explorée, elle n'est pas simple et, ce qui explique en partie tous les caractères précédents, elle est essentiellement mouvante.

A. Le sujet n'est pas neuf

Il remonte à une antiquité fort ancienne. Les juristes latins considéraient l'aliéné (surtout le "furiosus") comme devant échapper aux sanctions pénales, sauf à sa famille ou aux autorités à prendre toute mesure pour l'empêcher de nuire.

Au moyen âge, le dérangement de l'esprit est souvent apparu comme une forme de possession démoniaque (trait qu'il a déjà dans le Nouveau Testament), ce qui rendait souvent encore plus tragique le sort du malheureux affligé de cette tare.

C'est à l'époque où la médecine mentale prenait naissance et où Pinel délivrait les aliénés des chaînes dont on les chargeait, que le code pénal français a abordé la question en 1810 (son texte n'a d'ailleurs pas été modifié depuis lors sur le point qui nous occupe). Il affirme qu' "il n'y a ni crime délit si l'auteur était en état de démence ... au temps de l'action". Pour les auteurs du code pénal, il n'y a que deux catégories de délinquants: ceux qui sont fous et qui échappent à la justice répressive, et ceux qui ne le sont pas et doivent donc répondre de leurs actes en encourant les peines sévères prévues pour chaque infraction dans la partie spéciale (les circonstances atténuantes permettant de descendre au-dessous du minimum ne sont applicables à cette époque qu'aux délits ayant entraîné un dommage inférieur à 25 francs).

Dès le milieu du XIXe siècle, la jurisprudence fut amenée à s'apercevoir qu'entre les fous et les sains d'esprit il existait une catégorie intermédiaire, celle des faibles d'esprit, des mal équilibrée, des déficients, particulièrement fréquente chez les délinquants. On prit l'habitude de consulter un expert médical et de l'interroger sur le degré de lucidité de l'accusé. Plus la psychiatrie faisait de progrès, plus souvent l'expertise concluait que l'accusé n'était pas en état de démence, mais qu'il souffrait de certains trouble mentaux en sorte que sa responsabilité était atténuée (parfois légèrement, parfois fortement). Ainsi s'institue ce que certains ont appelé une "mathématique déplorable".

En effet, le législateur ayant élargi et généralisé les "circonstances atténuantes" (art.463 c.pen.), les Cours d'Assises ou les tribunaux correctionnels descendaient au-dessous du minimum légal et infligeaient au coupable une peine d'emprisonnement de courte durée. On a répété bien souvent que cette solution était absurde car ce châtiment ne pouvait avoir aucun effet favorable sur la santé mentale de l'intéressé, non plus qu'un effet dissuasif sérieux, et il sortait de prison sensiblement plus dangereux pour la société qu'au moment de son entrée.

Dès la fin du XIXe siècle, on cherchait donc à trouver une solution à ce problème ; malheureusement c'était un problème difficile.

B. Le sujet est difficile

En effet, la règle "Nullum crimen nulla poena sine lege" oblige le juriste à être précis. Il doit définir aussi clairement que possible les infractions dans tous leurs éléments constitutifs (y compris l'élément psychologique), ainsi que les sanctions applicables et leurs modalités d'application.

Or, en cette matière, la solution ne peut dépendre du juriste seul. Elle exige une analyse d'ordre médical qui ne peut être confiée qu'à un technicien qualifié, et le législateur ne peut poser des règles que si elles ont l'aval des spécialistes de la psychiatrie.

Même avec l'appui des médecins, le juriste (qu'il soit législateur ou juge) ne savait trop comment résoudre de multiples questions qui se posaient à lui et rendaient la matière d'autant plus difficile.

Une première série de ces questions est d'ordre sociologique et statistique.

a) Où se situe le degré normal dans le fonctionnement psychique des êtres humains ? Existe-t-il un individu parfaitement équilibré dans son intelligence, dans sa volonté, dans son caractère, dans ses relations interpersonnelles ou sociales ? Où commence le déséquilibre justifiant un régime spécial de responsabilité pénale ?

b) Existe-t-il une forte proportion de malades mentaux dans l'ensemble de la population nationale ? Peut-on poser la résomption que tout individu est réputé sain d'esprit sauf preuve contraire ?

c) Y a-t-il beaucoup de délinquants parmi les malades mentaux ? Quels sont les désordres mentaux prédisposant à la commission d'infractions ? Certains prédisposent-ils plus particulièrement à certaines infractions et lesquelles ? (C'est de la collaboration des médecins et des criminologues que le juriste attend une réponse à cette importante question).

d) A partir de quel moment un malade délinquant est-il dangereux ? Susceptible de récidiver, voire de commettre des troubles plus graves pour l'ordre public ?

Une seconde série est d'ordre pénologique.

a) Quelle sanction convient-il d'appliquer, et en vertu de quel critère et de quel dosage, à un malade mental délinquant ?

b) Le choix paraissant être entre une sanction pénale et un traitement thérapeutique, faut-il que ce dernier soit laissé à la libre initiative du malade mental ou peut-il lui être imposé de façon coercitive ?

c) Faut-il toujours choisir entre l'une ou l'autre de ces mesures, ou est-il préférable dans certains cas de les cumuler ?

d) Si le cumul paraît souhaitable, les deux mesures doivent-elles s'exécuter simultanément ou se succéder dans le temps ?

e) Dans cette dernière hypothèse, par laquelle des deux convient-il de commencer ?

Une troisième série de questions porte sur l'organisation de la procédure de la réaction sociale.

a) Comment celle-ci doit-elle être organisée ? doit-elle ressortir aux autorités judiciaires, aux autorités administratives, aux autorités sanitaires ?

b) Si la procédure adoptée est judiciaire, doit-elle comporter un examen de personnalité préalable, des débats publics, une discussion contradictoire ?

c) La juridiction compétente doit-elle être mixte et comporter un échevinage de magistrats professionnels, de médecins et de travailleurs sociaux ?

d) Le procès doit-il être divisé en deux phases, l'une portant sur la matérialité des faits, l'autre portant sur la mesure choisie et le contrôle de son exécution avec révisions éventuelles ?

e) Quel doit être le régime d'exécution de la sanction prononcée ?

Enfin, une dernière question, plus complexe, surgit en conclusion. Quelle doit être l'infrastructure nécessaire, en matériel, en personnel, en établissements ?

C. Le sujet a été maintes fois exploré

Il est inutile de recenser ici toutes les études qui, depuis le dernier quart du XIXe siècle, où le sujet était apparu dans toute son acuité, ont été élaborées pour essayer de donner au problème des malades et déficients mentaux une solution satisfaisante. On s'en tiendra ici à un rapide coup d'oeil sur les vingt dernières années.

En 1960, la Société Internationale de Criminologie avait choisi comme thème du congrès qu'elle tenait à La Haye "le traitement des délinquants anormaux".

Le problème des délinquants anormaux mentaux avait été choisi, à la suite du congres en question, pour faire l'objet du premier colloque international tenu à Bellagio en 1963 par les quatre grandes associations internationales de droit pénal. En vue de la préparation de ce colloque, le Centre de Défense Sociale de Milan publia une bibliographie des ouvrages en diverses langues publiés depuis 1950 ; ce document, quoique ne portant que sur une douzaine d'années, comporte environ 1 500 titres, remplissant 216 pages d'un ouvrage de grand format.

En 1963, se tint le Colloque de Bellagio. Les rapports sur ce sujet unique furent présentée respectivement par le regretté Andersen pour la Société Internationale de Criminologie, par le regretté Zlataric pour l'Association Internationale de Droit pénal, par M. Paul Cornil pour la Fondation Internationale Pénale et

Pénitentiaire et par le soussigné pour la Société Internationale de Défense Sociale. Le professeur Cattabeni avait été chargé du rapport de synthèse.

En 1969, le même thème fut repris par les XVèmes Journées Internationales de Défense Sociale franco-belges, tenues successivement à Bruxelles puis à Paris.

De nouveau, en 1974, à l'occasion des XXIèmes Journées Internationales de Défense sociale, journées franco-écossaises tenues à Edimbourg, le même sujet fut abordé dans une dizaine de rapports, dont l'un, émanant du soussigné, faisait état des projets successifs envisagés par le gouvernement français en cette matière.

Enfin, en décembre 1978, se tenait à Messine un nouveau séminaire international portant sur "le psychopathe délinquant". Les travaux de ce séminaire ont été publiés en 1981 à Milan par les éditions Giuffre et remplissent un volume in quarto de plus de 600 pages.

En présence d'un mouvement scientifique international de cette ampleur, la France ne pouvait éviter de remettre en question le vieil article 64 de son code pénal de 1810. Déjà de nombreux codes plus modernes promulgués au XXe siècle (code pénal norvégien de 1902; code pénal danois de 1930; code pénal italien de 1930; code pénal fédéral suisse de 1937) et surtout la loi belge dite de défense sociale du 9 avril 1930 (révisée en 1964) fournissaient des modèles étudiés avec soin.

Dès 1945, après la Libération du territoire français, plusieurs commissions dites de "défemse sociale" entreprirent, sur l'initiative de l'administration pénitentiaire et sous l'impulsion de Piprot d'Alleaume, dans diverses régions, d'esquisser une solution moderne à ce délicat problème. La commission de la Cour d'Appel de Lille, inspirée par l'expérience du fonctionnement de la loi belge en bordure de son territoire, fut particulièrement active, ce qui amena à lui confier l'organisation des IIèmes Journées de Défense Sociale tenues à Lille en 1954 et à lui demander d'y exposer ce sujet. L'issue de ces Journées amena à constituer une Commission sous la présidence du soussigné, qui, à l'issue de travaux très actifs, aboutit à la rédaction d'un avant-projet présenté par le président de la Commission (Revue de Science Criminelle 1955, p.363) et adressé à la Commission gouvernementale d'Etudes pénales législatives.

Les membres de la Commission commentèrent ce document dans un ouvrage collectif ("Les délinquants anormaux mentaux", ed. Cujas, Paris 1959) qui contient en annexe (p.169 à 191) le texte de l'avant-projet proposé.

En dépit de l'accueil fait à ce document dans la doctrine (voir notament: Germain, "Eléments de science pénitentiaire", ed. Cujas 1959 p.201; Dr.Jordan, "Les délinquants aliénés et anormaux mentaux", thèse Montpellier 1966), aucune suite parlementaire ne lui fut donnée.

En 1973-1974, un groupe de travail présidé par M.Pageaud, alors procureur de la République près le tribunal de la Seine, dont le soussigné faisait partie, élabora, à la suite de travaux attentifs, un projet plus modeste portant essentiellement sur une modification de l'article 64 et sur l'adjonction d'un article

64-1 réglant le cas des déficients mentaux non aliénés. Ce projet resta dans les archives de la Chancellerie, à la suite du décès du président de la République et d'un changement de gouvernement.

Il fut utilisé par la suite, dans le cadre considérablement élargi de l'élaboration d'un nouveau code pénal et notamment de la partie générale de celui-ci. Publié en 1976 et soumis aux observations des corps judiciaires et universitaires, ce document fut remanié en 1978 et imprimé comme avantprojet " définitif".

En dépit de ce qualificatif, les changements politiques survenus en France en 1981 amenèrent le renouvellement d'une partie des membres de la Commission chargée de la révision du code pénal (c'est à cette occasion que le soussigné fut appelé à siéger en son sein) et un nouval examen des textes formant la partie générale. C'est dans ces conditions que de nouveaux textes ont été élaborés sur le point qui nous concerne.

En fait, les fluctuations ici retracées tiennent moins à une évolution politique (et spécialement de la politique criminelle des pouvoirs publics) qu'au caractère particulièrement mouvant de la matière.

D. Le sujet est éminemment mouvant

Il dépend en effet beaucoup moins de l'évolution de la politique criminelle que de celle de la médecine mentale. Aussi bien, les diverses commissions mentionnées ci-dessus ont-elles toujours compté parmi leurs membres plusieurs personnalités éminentes de la psychiatrie contemporaine, dont le rôle fut capital dans l'élaboration des solutions esquissées.

Le droit ne peut en effet rien décider en cette matière sans le concours de la médecine. C'est le médecin psychiatre qui doit poser le diagnostic dès le début de la procédure: le sujet souffre-t-il d'une maladie mentale ou d'une déficience psychique? s'agit-il d'une variété nosologique connue? peut-on en mesurer l'incidence sur le fonctionnement mental du patient, et particulièrement sur le processus qui a amené à commettre l'acte délinquantiel?

Le médecin est tout aussi indispensable en ce qui concerne le pronostic sur l'avenir du sujet. Cette altération des facultés mentales est-elle de nature à s'atténuer ou disparaître, ou au contraire à s'aggraver et quelle sera l'incidence sur son évolution des événements quotidiens de la vie individuelle, de la vie sociale?

Enfin, c'est encore au médecin, parce que le désordre mental résulte de troubles organiques ou biopsychologiques, de dire avec sa science et son expérience de praticien quel genre de traitement est susceptible de ramener le patient à meilleure santé, quel genre il convient au contraire d'éviter pour ne pas aggraver son état.

Or, la science psychiatrique ne cesse d'évoluer. Autrefois, il était d'usage d'enfermer les aliénés dans des asiles et de traiter les malades mentaux en institution. Aujourd'hui, le progrès des études psychiatriques et biologiques, ainsi que le développement de la chimiothérapie, permettent d'éviter les manifestations agressives, et les écoles contemporaines recommandent le traitement des malades mentaux en milieu libre afin d'éviter une désocialisation fâcheuse et de réduire au strict minimum le contrôle de la liberté des patients. La cure ambulatoire prend le pas sur l'hospitalisation, la psychothérapie s'ajoute à la chimiothérapie et l'on s'efforce d'amener le milieu familial et le milieu social à prendre en charge leurs handicapés mentaux.

Cependant, si ces méthodes modernes ne soulèvent guère de critiques de la part des profanes, et paraissent donner des résultats satisfaisants en dépit de la vie particulièrement éprouvante dans les groupes urbains contemporains, il n'en est pas de même lorsque le malade mental s'est déjà signalé par son comportement délinquant et que la justice répressive doit se pencher sur son cas.

En effet, le juge saisi de la poursuite contre ce délinquant exceptionnel est enfermé dans un dilemme. D'une part, il a pour mission de sauvegarder l'ordre social et la sécurité des personnes. Dans le cadre légal auquel il doit se conformer, il doit normalement appliquer les mesures répressives prévues par les codes pour le genre de criminalité en question. Mais d'autre part le juge est (d'après une disposition constitutionnelle du droit français) gardien de la liberté individuelle, non seulement de celle des victimes éventuelles du malade mental, mais également de celle du malade lui-même, qui ne doit pas se voir infliger un châtiment disproportionné à la faute qu'il a commise, ni surtout voir son état mental déficient aggravé par un régime répressif qui ne fera aucun bien à la maladie psychique dont il est affecté.

E. Le rôle actuel et futur du juge français

En l'état actuel des textes, lorsqu'une infraction a été commise par un individu dont l'équilibre mental apparaît tout à fait délirant ou simplement perturbé, les autorités judiciaires procèdent de la façon suivante.

1. Dès le seuil des poursuites, il peut apparaître que le coupable n'est pas en pleine possession de sa raison. En ce cas, le procureur de la République peut, en vertu du principe de l'opportunité des poursuites admis par le droit français, décider de classer l'affaire sans suite (le cas s'est produit récemment à propos d'un universitaire célèbre, meurtrier de sa femme). Si le trouble causé à l'ordre public est grave et que le comportement de l'intéressé risque de se renouveler, le procureur de la République transmettra le dossier au préfet du département, lequel, depuis une loi de 1838 intégrée par une loi du 3 janvier 1964 dans le Code de la Santé Publique (L.326 et ss.), peut prendre contre le malade un arrêté d'internment dans un hôpital psychiatrique (ce qu'il ne fera que sur avis d'un médecin que le procureur de la République aura déjà chargé de l'éclairer en cas de besoin).

Plus souvent, l'état mental du délinquant, tout en étant soupçonné dès le départ, apparaîtra moins clairement et le procureur de la République, même s'il ne s'agit pas d'un crime, mettra l'action publique en mouvement par le procédé de l'information. Un juge d'instruction sera chargé de l'affaire, et il nommera des experts aux fins d'un examen mental de l'inculpé (l'expertise mentale, portant sur le fond de l'affaire, doit être en principe confiée à deux médecins, art.159 c.proc.pen.). La mission confiée aux experts ne sera pas de dire si le sujet est ou non pénalement responsable et dans quelle mesure; ceci est un problème juridique qui ne relève que du juge, mais ce dernier ne peut le résoudre qu'après avoir été éclairé par l'avis des techniciens qu'il a sollicités. Il va donc demander: si l'inculpé souffre de troubles mentaux, d'en décrire la nature et l'influence qu'ils peuvent avoir sur sa compréhension de ce qui se passe, et sur sa volonté. Il demandera également si ce handicap mental peut être corrigé par un traitement médico-social, et de quelle nature. Il demandera enfin si l'inculpé apparaît dangereux pour la sécurité publique.

Si le rapport des experts conclut à une maladie mentale caractérisée rendant le sujet incapable de comprendre ce qui se passe et de décider sainement en conséquence ce qu'il doit faire, le juge d'instruction considérera que les conditions de l'article 64 du code pénal sont réalisées et rendra une ordonnance de non-lieu, et si l'inculpé était détenu, il sera remis en liberté (art.177 c. proc.pen.). Du moins en sera-t-il ainsi lorsque le rapport des experts aura estimé que l'inculpé n'était pas dangereux pour l'ordre public. Si, au contraire, les experts l'ont estimé dangereux, le juge d'instruction, avant de rendre l'ordonnance de non-lieu, communiquera l'expertise au préfet du département et attendra que celui-ci ait pris un arrêté d'internement. A ce moment, l'arrêté sera notifié à l'inculpé détenu et il ne quittera la prison que pour être emmené à l'hôpital psychiatrique (hôpital où sont traités les malades mentaux non délinquants, lesquels forment la grande majorité des pensionnaires).

2. A vrai dire, cette procédure qui fonctionnait de façon satisfaisante depuis plus d'un siècle a été l'objet de sérieuses critiques depuis que la psychiatrie moderne traite les déments en liberté. En effet, il ne se passe pas beaucuoup de temps avant que le préfet ne rapporte son arrêté d'internement, et que le régime de l'hospitalisation soit transformé, sur l'initiative du médecin directeur, en "placement volontaire" (avec l'accord du malade ou celui de sa famille). C'est ainsi que le fils d'une femme assassinée par un dément ne put supporter de recontrer dans la rue le meurtrier de sa mère et le tua (ce qui amena sa propre condamnation à trois ans de prison avec sursis).

C'est pourquoi les projets élaborés au cours des dernières décennies envisagent de confier au juge la décision de placement des criminals aliénés, ainsi d'ailleurs que leur remise en liberté. Ce point est fort contesté par certains psychiatres qui estiment que le juge qui reconnaît par son ordonnance de non-lieu (ou par un jugement de relaxe si l'irresponsabilité n'a été reconnue que par la juridiction de jugement) que la personne poursuivie échappe au droit pénal, doit être désormais privé de tout pouvoir sur elle, laquelle ne saurait relever que des autorités médicales.

a) Déjà la projet de réforme du code pénal préparé sous la présidence du procureur général Matter et déposé devant le Parlement en 1934 prévoyait

dans son article 72: "Tout aliéné déclaré auteur d'un crime ou d'un délit puni d'un emprisonnement pouvant s'élever à deux années sera, s'il y a lieu, et par décision du juge, interné dans une maison spéciale de santé."

b) L'article 38 de l'avant-projet du Centre de Défense Sociale prévoyait que l'aliéné délinquant serait soumis à un internement de défense sociale, que l'article 39 décrivait comme "une mesure curative consistant dans le placement dans un hôpital psychiatrique". L'article 39 ajoutait: "La juridiction qui la prononce peut ordonner, à raison de la nocivité particulière du délinquant, qu'elle sera exécutée dans un hôpital psychiatrique spécialement affecté aux aliénés délinquants. Les aliénés y sont soumis au même régime que dans les hôpitaux psychiatriques ordinaires".

L'article 40 autorisait le juge à substituer à l'internement de défense sociale des "mesures de traitement en liberté", "lorsque l'amélioration de l'état mental de l'aliéné et la protection de l'ordre et de la sécurité publique n'exigent pas son internement". Il ajoutait que "la décision prononçant ces mesures détermine les modalités de l'assistance et du contrôle d'ordre médical et social auxquels l'aliéné doit être soumis". Enfin l'article 41 soulignait le contrôle du juge en précisant: "Les mesures de défense sociale ci-dessus définies sont maintenues jusqu'à ce que, par suite de l'amélioration de son état mental, l'aliéné présente des probabilités moindres de réitération d'actes anti-sociaux. Elles sont exécutées sous la direction et le contrôle des juridictions prévues au chapitre V".

En effet, alors que l'institution du Juge de l'Application des Peines n'existait pas encore, le projet du Centre de Défense Sociale prévoyait dans ses articles 52 à 58 une juridiction d'exécution constituée selon les cas par le tribunal correctionnel siégeant en chambre du Conseil, soit par un juge spécialement nommé à cet effet, qui serait au surplus rapporteur des affaires portées devant la juridiction précédente.

c) Dans le projet élaboré par le groupe de travail présidé par M. Pageaud en 1973-1974, l'aliéné criminel ou délinquant (mais non l'aliéné coupable d'une simple contravention) ne pouvait être interné que par une décision du juge du siège, juge d'instruction ou juridiction de jugement, décision qui pourrait être exécutoire par provision quoique susceptible d'appel. Le procureur de la République ne pourrait ordonner, si la démence est évidente qu'un placement provisoire (en même temps qu'il classerait l'affaire sans suite) qui devrait être confirmé par le tribunal de grande instance.

Une fois l'aliéné placé dans un établissement psychiatrique, le juge devrait être tenu périodiquement au courant de son état de santé. De brèves sorties d'essai pourraient rester à la discrétion du psychiatre (qui devrait cependant en informer l'autorité judiciaire) mais la sortie définitive de l'établissement hospitalier serait décidée uniquement par l'autorité judiciaire. Celle-ci serait cependant éclairée par l'avis d'une commission consultative composée du procureur de la République, d'un représentant du préfet, d'un médecin psychiatre (autre que ceux qui interviennent dans le traitement) et du juge des tutelles (car ce magistrat est chargé, depuis la loi du 3 janvier 1972, des questions concernant le patrimoine des incapables majeurs. Si la Commission par-

vient à une décision unanime en faveur de l'interné, la libération intervient; dans le cas contraire, la décision est prise par le tribunal de grande instance en chambre du Conseil, avec appel possible.

d) Le projet de réforme du code pénal, dans sa partie générale dite définitive (1978) prévoit dans son article 40 al. 2 que, si l'auteur n'est pas punissable à raison d'un trouble psychique, "l'auteur du crime ou du délit, lorsque son état est de nature à compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, est placé dans un établissement spécialisé par décision de la juridiction de jugement". L'alinéa ajoute que "la sortie est ordonnée par le tribunal de l'exécution des sanctions saisi par requête du Procureur de la République. Les débats se déroulent et la décision est rendue en chambre du Conseil, en présence de la personne intéressé; toutefois, le tribunal peut dispenser celle-ci de comparaître".

La nouvelle commission nommée en 1981 a pratiquement maintenu cette solution, tout en précisant que le tribunal pourrait ordonner que le placement ait lieu dans un "service hospitalier spécialisé pour malades difficiles" (type hôpital Henri Cochin à Villejuif ou hôpital de Sarreguemines) et que la sortie serait ordonnée non par le Tribunal de l'Exécution des Sanctions (juridiction répressive chargée de la mise au point des modalités de la peine pour les condamnés), mais par le Tribunal de Grance Instance, juridiction civile qui statue sur les intérêts des incapables majeurs, et notamment sur les internements attaqués comme arbitraires. Enfin, la convocation de l'intéressé n'est nécessaire que "dans la mesure où la personne est en état d'être entendue".

3. Par ailleurs, les différents projets de réforme ont essayé d'apporter une définition qui, aux points de vue juridique, scientifique et technique, soit plus satisfaisante que celle de "démence" de l'article 64.

a) Le projet Matter de 1934 parlait d'"aliénés" (art.72-, quoique le terme "démence" figure encore à l'article 123).

b) L'avant-projet du Centre de Défense Sociale (1958), dans son article 1, définit celui que le texte qualifie d' "aliéné". C'est "tout individu qui, par suite d'un état psychopathologique dû à une maladie mentale ou à un développement mental incomplet, est totalement incapable d'apprécier le caractère délictueux de ses actes ou de se déterminer d'après cette appréciation". On voit qu'il s'agit, en fait, de la fameuse "incapacité de comprendre ou de vouloir" de l'école italienne.

c) Le projet de la Commission Pageaud (1974) parle d'un auteur "atteint au temps de l'action d'un trouble psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes", ce qui n'est guère différent.

d) L'avant-projet publié en 1976 reprend (art. 2201) la formule de la Commission Pageaud; elle figure également dans l'article 40 de la version dite "définitive" de cet avant-projet (1978). Les médecins psychiatres ont critiqué ce libellé, et le texte proposé en 1982 par la Commission (qui a procédé de façon approfondie à un nouvel examen) parle de "troubles neuro-psychiques".

4. Mais la situation la plus embarrassants est celle du malade mental qui conserve une suffisante lucidité pour comprendre et pour vouloir. Nous avons vu que le code pénal ne contient rien actuellement à son sujet, et le soussigné a pu dire que ce silence constituait "la lacune la plus importante du droit pénal français moderne", lorsque l'on se penche sur le droit comparé ("Les délinquants anormaux mentaux" p. 1).

a) Le projet Matter (1974) visait dans son article 73 le cas des alcooliques, toxicomanes ou personnes atteintes d'une "infirmité mentale grave", ayant commis un crime ou en délit exposant à un emprisonnement pouvant atteindre deux ans. Ceux-ci devaient être internés, à l'expiration de leur peine dans une "maison spéciale de santé" pour y recevoir "les soins que nécessite son état", du moins lorsque le tribunal aurait reconnu que "l'intéressé constitue un danger sérieux pour la paix publique". L'internement prévu ne pouvait dépasser 5 ans, mais prendrait fin dès que l'interné pourrait être remis en liberté sans danger pour la paix publique. C'était donc le système des traitements successifs, et celle solution fut très critiquée car elle risquait fort d'aggraver l'état de l'intéressé avant de commencer à le soigner.

b) L'avant-projet du Centre de Défense Sociale (1958) commençait par définir, par comparaison avec l' "aliéné", celui qu'il appelait "anormal". Il s'agissait de "tout individu qui, par suite de troubles psychiques ou de déficiences mentales durables altérant ses fonctions supérieures de contrôle, n'est pas pleinement capable d'apprécier le caractère délictueux de ses actes ou de se déterminer d'après cette appréciation".

Le délinquant reconnu "anormal" au moment du jugement (donc, même s'il ne l'était pas au moment où il avait commis l'infraction), devait, d'après l'article 3, faire l'objet de mesures particulières "s'il se trouve, par suite de son état mental, inadapté à la vie en société et, de ce fait, exposé à la réitération d'infractions" (dans la négative, la justice répressive suivait son cours normal).

Les mesures particulières en question étaient prévues aux articles 28 à 37 de l'avant-projet. Il s'agissait de la "détention de défense sociale", définie comme "une mesure consistant dans le placement de l'anormal délinquant dans un établissement de défense sociale où il est soumis à un traitement médico-répressif tendant à l'amélioration de son état mental, à sa rééducation morale et à sa réadaptation sociale". Sa durée maximale était de dix ans, "en tenant compte des circonstances et spécialement de l'importance des tares mentales du sujet et de la gravité de l'inadaptation sociale qui en résulte" (art. 30); sa durée minimale était de six mois (art. 31).

Cependant, lorsqu'il apparaissait que l'amélioration de l'état mental, la rééducation morale ou la réadaptation sociale seraient mieux assurées par le maintien du sujet en liberté, il pouvait, aux lieu et place de la détention de défense sociale, être soumis à la mesure de la "mise à l'épreuve surveillée spéciale" (Il faut noter qu'a l'époque le système de la probation n'avait pas encore été introduit dans le droit pénal français). Le tribunal en fixait la durée (n'excédant pas dix ans), ainsi que les conditions et modalités, notamment celles de la surveillance d'ordre médical et social.

On constate que le système de cet avant-projet n'était plus celui d'une dualité de mesures successives, mais celui d'une dualité de mesures combinées.

Le contrôle de ces deux mesures était confié, comme celui des mesures applicables aux aliénés, respectivement au Tribunal correctionnel siégeant en Chambre du Conseil, et à un juge spécialement nommé à cet effet, remplissant au surplus la charge de rapporteur auprès du tribunal correctionnel (art.52). Dès que l'anormal frappé d'une détention de défense sociale a exécuté le minimum de la mesure, il peut bénéficier d'une libération définitive ou à l'essai prononcée par le juge de l'exécution, "s'il apparaît que, par suite de l'amélioration de l'état mental du détenu, de sa rééducation morale et de sa réadaptation à la vie en société, il présente des possibilités moindres de réitération d'infractions" (art.60); par contre, la libération conditionnelle n'est pas applicable. Les conditions de la libération à l'essai sont fixées (et au besoin modifiées) par le juge de l'exécution (art.62 et 64).

Au contraire, la durée de la détention de défense sociale peut être prolongée par le tribunal correctionnel s'il est établi que la persistance de l'état du détenu rend probable dans l'immédiat la perpétration d'infractions graves, auquel cas la libération peut être sollicitée six mois plus tard (art.67).

c) Le projet de la Commission Pageaud (1974) prévoyait, en ce qui concerne les anormaux mentaux, l'insertion dans le code pénal d'un article 64-1 ainsi conçu: "Lorsque l'agent est atteint, au temps de l'action ou du jugement, de tout autre trouble psychique, et notamment si celui-ci est de nature à influencer durablement son comportement, la juridiction prononce la peine prévue par la loi en tenant compte de cet élément et des possibilités de traitement". Il s'agirait alors d'une sanction pénale mais exécutée avec l'adjonction d'un traitement pénal coercitif. L'expert psychiatre consulté pourrait suggérer la nature, l'intensité et la durée du traitement, lequel serait individualisé. La commission avait souligné que ses propositions impliquaient nécessairement une solide infrastructure en établissements et en personnel.

d) A son tour, la Commission de Réforme du code pénal, peu de temps après, se penchait sur le problème. Elle proposa, dans la version publiée en 1978, d'insérer au chapitre des "personnes punissables" un article 36 ainsi conçu:

"Est punissable l'auteur, l'instigateur ou le complice atteint au moment de l'infraction, d'un trouble psychique qui, sans abolir son discernement ni le contrôle de ses actes, était de nature à influencer son comportement.

Lorsque la personne visée à l'alinéa précédent demeure atteinte de ce trouble psychique au moment du jugement, la juridiction peut décider que l'emprisonnement qu'elle prononce sera exécuté dans les conditions prévues par l'article 139".

Cet article 139 disposait: "La régime médico-psychologique entraîne l'affectation du condamné dans un établissement pénitentiaire spécialisé doté de services médicaux psychologiques et psychiatriques permettant de procéder à tout examen, observation ou traitement nécessaire. Les soins appropriés dispensés

au condamné qui demeure soumis au régime pénitentiaire général en toutes celles de ses dispositions qui ne peuvent nuire à son état". Le même régime "médico-psychologique" pouvait être appliqué au prévenu qui, sain d'esprit au moment des faits, apparaisait atteint, au moment du jugement, d'un trouble psychique nécessitant un traitement approprié" (art.68).

On est assez étonné de l'article 140 qui prévoit que, si le trouble psychologique prend fin au cours de l'exécution de la sanction, le condamné peut être "admis au régime pénitentiaire général". Ainsi l'individu guéri de son trouble mental grâce au traitement reçu dans le centre spécialisé, serait ensuite, pour le restant de la durée de sa peine (sauf peut-être sous réserve d'une mesure de grâce), soumis au régime carcéral de droit commun.

Les propositions de la Commission de réforme avaient eté fort critiquées dans les milieux médicaux. La Commission elle-même, dans son rapport de présentation, se montrait très sceptique sur la possibilité d'organiser les établissements pénitentiaires spécialisés prévus. Elle engageait les pouvoirs publics à commencer par développer les "centre médico-psychologiques régionaux de l'administration pénitentiaire". C'était oublier que les centres en question, qui n'existent actuellement que dans certaines maisons d'arrêt, et non dans les Centres de détention ou les Maisons centrales, ont un personnel qui ne dépend pas en réalité de l'administration pénitentiaire, mais du ministère de la Santé publique qui le nomme et qui le paie.

e) La nouvelle commission chargée de revoir ces dispositions de l'avant-projet dit "définitif" a proposé en 1982 de reprendre à l'article 36 al.1 le texte du projet Pageaud, et de dire "... de nature à influencer durablement son comportement". Elle a proposé également de parler de "trouble neuro-psychique" (comme pour l'aliéné échappant au droit pénal) et de supprimer l'article 68. Enfin, elle suggère de déplacer l'article 36 et de le rapprocher de l'article 139.

En définitive, la nouvelle commission ne croit pas à la possibilité matérielle de réaliser une solution scientifiquement satisfaisante. Les oppositions entre juristes expérimentés et spécialistes médicaux sont quasi fondamentales. L'insertion des dispositions en question dans le futur code pénal ne suffirait sans doute pas à résoudre le problème des délinquants anormaux mentaux. La lacune du droit pénal français, que le soussigné dénonçait il y a vingt cinq ans, ne serait pas comblé pour autant, on aurait simplement un texte factice qui paraîtrait réaliser une harmonie de pure façade sans aucune réalité effective satisfaisante dans la pratique.

II. LES TOXICOMANES

Le problème de la toxicomanie en tant que fléau social n'est apparu en France qu'à une date récente. On mentionnera les références suivantes: IIe Congrès international sur la toxicomanie, Paris 1971 (rapports Bensoussan, Védrine et Vincent, Yolles, Rylender, Mathé); Olivenstein, "Il n'y a pas de drogués heureux", ed. Laffont 1976; N.L., "Narcono, non à la drogue", Promovere n° 6 p.27; Paoli, "Drogue et jeunesse", Promovere n° 9, p.9; Fréville, Davidson et Marie Choquet, "Les jeunes et la drogue", P.U.F.1977; Chausserie-Laprée, "La drogue et les drogués", Promovere n° 11 p.9. Au contraire de l'alcoolisme (dont il ne sera pas question ici, mais qui tient en France une grande place, cf. Levasseur "La responsabilité pénale de l'ivrogne et du drogué", IIIe Colloque de droit comparé, Ottawa 1965, p.125), la consommation et le commerce des stupéfiants étaient peu répendus en France avant 1950.

La toxicomanie était le fait de certains retraités ayant vécu longtemps outre mer, notamment en Extrême Orient, ou une mode cultivée par certains esthètes (écrivains, artistes, etc.) continuant une tradition née à la fin du XIXe siècle et vantant les "paradis artificiels". Aussi bien, la consommation de stupéfiants n'était-elle incriminée que si elle était commise en réunion (art.L.627 al.4 Code de la Santé Publique) et les peines prévues étaient très modérées (la politique criminelle à cet égard ressemblait à celle suivie en matière d'alcoolisme, quoique les stupéfiants, à la différence de l'alcool, ne soient pas en vente libre).

Au moment où certains pays, notamment les Etats-Unis, étaient gravement atteints par le problème de la toxicomanie, la France était surtout connue comme lieu de transformation de l'opium en morphine et héroine et comme lieu de transit. La France avait d'ailleurs ratifié toutes les conventions internationales sur les stupéfiants (Genève, 19 janvier 1975; Genève 13 juillet 1931; Genève 26 juin 1936; New-York 30 mars 1961 dite "convention unique sur les stupéfiants"; cf. Levasseur et Decocq, Rep.Dr. intern. Dalloz V° Stupéfiants).

Dès cette époque, cependant, une loi du 24 décembre 1953 (dirigée surtout contre l'alcoolisme) avait permis au juge d'instruction d'ordonner le placement des personnes faisant usage de stupéfiants et poursuivies à cette occasion, dans un établissement spécialisé où elles subiraient une cure de désintoxication (art. L.628 ter du Code de la Santé Publique). Elle n'a reçu pratiquement que très peu d'applications. D'autre part, le sursis avec mise à l'épreuve institué par le Code de procédure pénale mis en vigueur en 1959 permet de soumettre le probationnaire "à des mesures de contrôle, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication" (art. R.58-3° C.P.P.) et une obligation identique peut être imposée aux libérés conditionnels (art. D.536-3° C.P.P.) mais, dans l'un et l'autre cas, ces possibilités n'étaient guère utilisées que pour la désintoxication des alcooliques.

La vague de la consommation des drogues dites "douces" (haschich, chanvre indien, marijuana), dont le danger réside surtout, selon certains spécialistes, dans le fait que leur usage conduit trop souvent, par une regrettable escalade,

à la consommation habituelle de drogues "dures" (morphine, L.S.D., héroine), a déferlé sur la France en même temps que d'autre manifestations de la crise de la jeunesse, vers 1968. L'opinion publique a été alertée et les pouvoirs publics ont réagi vigoureusement en s'engageant dans une politique criminelle novatrice à la fois ferme et nuancée. Malheureusement, les résultats obtenus n'ont pas correspondu aux espoirs, et le système lui-même est apparu souvent injuste et pas seulement inefficace.

A. La politique criminelle française contemporaine en la matière

Cette politique date de la loi du 31 décembre 1970. Celle-ci comprend deux volets: l'un répressif, l'autre de traitement de réadaptation sociale. Il est symptomatique que toutes les dispositions de cette loi aient été intégrées non dans le code pénal, mais dans le code de la Santé Publique. L'article L.355-14 de ce code pose d'ailleurs le principe en ces termes: "Toute personne usant de façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire".

1. Aspect répressif

a) Cet aspect concerne principalement les trafiquants de drogue. L'article L. 627 du Code de la Santé Publique punit le fait de contrevenir à la réglementation des substances classées comme stupéfiants, d'une peine de 2 à 10 ans de prison et de 5 000 à 50 000 000 francs d'amende. L'emprisonnement est doublé si le délit a consisté en importation, production, fabrication ou exportation illicite de ces substances. La simple association en vue de commettre ces infractions expose aux mêmes peines (article L.627 al.2).

b) Un autre aspect du trafic, entraînant une répression atteignant 10 ans de prison et 50 000 000 F.d'amende, est constituée par les agissements de ceux qui facilitent à autrui l'usage des stupéfiants, à titre onéreux ou même gratuit, et par quelque moyen que ce soit, notamment par la fourniture d'un local. Les mêmes peines menacent ceux qui se font délivrer des stupéfiants au moyen d'ordonnances fictives ou d'ordonnances de complaisance, de même que ceux qui exécutent de telles ordonnances en connaissance de cause (art. L.627 al.5).

Toutes ces peines peuvent être portées au double en cas de récidive (art. L. 630-2), atteignant ainsi 40 ans de prison pour la première série et 20 ans pour la seconde. Elles sont complétées, au surplus, par de nombreuses peines accessoires: confiscation des substances saisies (L.628-1 al.4; L.629 al.1, 3 et 4); interdiction de déjour de 2 à 5 ans interdiction des droits civiques pour 5 à 10 ans; suspension du permis de conduire; retrait du passeport (art. L. 627 al.6 et 7); interdiction professionnelle (art.L.629 al.2 et 4); expulsion des étrangers (art.L.630-1); fermeture du fonds de commerce (art. L.629 al. final).

Sur le plan procédural, il faut signaler un pouvoir de perquisition très étendu (art. L.627 al. 8 et 9) et une possibilité de garde à vue pouvant atteindre quatre jours (art. L.627-1°).

c) Enfin, les sanctions pénales menacent également les simples consommateurs de stupéfiants (art. L.628 Code Santé Publique). Cependant, les peines encourues sont beaucoup moins élevées (deux mois à un an d'emprisonnement et 500 à 5000 F. d'amende, ce qui n'autorise pas la détention provisoire), et surtout il est possible d'éviter les poursuites en se prêtant aux mesures qui seront ordonnées par l'autorité sanitaire, soit sur l'initiative des autorités judiciaires, soit même sur celle de l'intéressé.

2. La primauté donnée aux mesures sanitaires

a) Le législateur engage les toxicomanes à se faire soigner spontanément sans attendre les poursuites. Ils peuvent se présenter d'eux-mêmes dans un dispensaire ou dans un établissement hospitalier afin d'y être traités, même sous le bénéfice de l'anonymat (art. L.355-21 C. Santé Publique). Un certificat permettra alors à l'intéressé d'échapper à des poursuites ultérieures fondées sur l'usage qu'il avait fait des stupéfiants (art. L.628-1 al.3).

b) Lorsqu'une personne est déférée au parquet pour usage de stupéfiants, le procureur de la République peut lui enjoindre de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale (art. L.628-1 al.1). Si l'intéressé se conforme à cette injonction et suit le traitement jusqu'à son terme, l'action publique ne sera pas exercée contre lui, sauf en cas de réitération (encore appartient-il au procureur de recourir à nouveau à la procédure de l'injonction, art.628-1 al.5).

c) En cours de poursuites, s'il apparaît que l'inculpé d'usage de stupéfiants relève d'un traitement médical, le juge d'instruction peut l'astreindre, par ordonnance, à subir une cure de désintoxication (art. L.628-2 al.1); la mesure ainsi ordonnée peut se prolonger même après la clôture de l'information.

d) Au stade de la juridiction du jugement, cette dernière possède un pouvoir analogue qu'elle peut exercer de deux façons différentes. D'une part, elle peut confirmer l'ordonnance prise au cours de l'instruction, ou en prolonger les effets; en ces cas, sa décision est exécutoire par provision "à titre de mesure de protection". D'autre part, elle peut prendre elle-même l'initiative d'un placement sous contrôle médical; il lui appartient alors de déterminer si sa décision sera exécutoire par provision (art.L.628-3 al.1).

De toute façon, lorsqu'un traitement médical aura été ordonné, soit au stade de l'instruction soit à celui du jugement, la juridiction de jugement disposera d'une prérogative révolutionnaire: elle peut décider de ne pas prononcer les peines prévues par l'article L.628.

Ainsi donc, depuis le moment de la découverte de l'infraction jusqu'au moment du jugement sur le fond, il est possible de substituer un traitement médical aux sanctions répressives légalement encourues par les consommateurs de stupéfiants.

Il convient d'ajouter que, pour réagir contre les incitations qui poussent les individus à la toxicomanie, la loi du 31 décembre 1970 (art. L.630, C.Santé Publique) a puni de peines correctionnelles (emprisonnement de 1 à 5 ans et amende de 5 à 5 000 F.) le fait de provoquer à la consommation des stupéfiants ou même de présenter sous un jour favourable une telle consommation.

B. Le traitement des toxicomanes

1. Le traitement des toxicomanes en milieu libre

a) Initiative du traitement

Cette initiative peut venir de l'intéressé lui-même; prise avant toute poursuite, elle lui permet alors d'échapper à cette dernière. Elle peut venir, au contraire, ainsi qu'on l'a vu, du procureur de la République qui opte pour la voie médicale et use de l'injonction prévue à l'article L.628-1 C. Santé Publique; en ce cas, il avise l'autorisé sanitaire qui procède aux examens et enquêtes nécessaires (art. L.355-16-1o).

L'initiative peut venir également, on l'a vu aussi, du juge d'instruction (ou du juge des enfants), ou de la juridiction de jugement; l'autorité judiciaire concernée prévient alors l'autorité sanitaire, laquelle procède de la même façon que dans le cas précédent.

Mais l'autorité sanitaire peut prendre elle-même l'initiative de contraindre un toxicomane à suivre un traitement, si son attention a été attirée par le certificat d'un médecin ou le rapport d'une assistante sociale (art. L.355-18).

b) Régime du traitement

Le traitement s'exécute soit dans un établissement, soit sous simple surveillance médicale (art. L.628-5 C. Santé Publique; décret du 19 août 1971; Circulaire 25 août 1971).

- Le traitement en établissement est subi dans un établissement spécialisé figurant sur une liste dressée par arrêté interministériel (Justice-Santé Publique - Sécurité Sociale). Cet établissement est choisi en principe par l'intéressé lui-même (art. L.355-16-1o; art. L.355-19); à défaut, il est désigné par l'autorité sanitaire.

Sous l'autorité du médecin directeur de l'établissement, la cure peut se dérouler soit sous la forme d'une hospitalisation continue, soit sous celle d'une hospitalisation à temps partiel, suivie éventuellement d'une cure ambulatoire.

- Le traitement par placement sous surveillance médicale.
Le choix en faveur de cette modalité est fait par l'autorité sanitaire, le magistrat instructeur ou la juridiction de jugement. La cure est alors placée sous la

direction d'un médecin agréé par arrêté interministériel (décret 19 août 1971 art.1 al.2 et art.4). Le choix de ce médecin est fait en principe par l'intéressé (art. L.355-17-1°, et L.355-20).

c) Contrôle du traitement

L'autorité sanitaire chargée de l'application du traitement a évidemment la haute main sur les modalités techniques de celui-ci. Mais elle doit se tenir en étroit contact avec les autorités judiciaires. Celles-ci doivent être tenues informées du déroulement du traitement et de ses résultats par le médecin responsable (art. L.628-5 al.1), à moins que ce ne soient les autorités sanitaires qui aient pris spontanément l'initiative des mesures de traitement (art. L.355-18 à L.355-20).

Si au contraire ce sont les autorités judiciaires qui ont mis les autorités sanitaires en mouvement, et si l'intéressé a effectué le choix qui lui est ouvert, celui-ci doit transmettre à l'autorité sanitaire un certificat médical indiquant la date du début des soins, la durée probable du traitement et l'établissement ou le médecin chargé de procéder au traitement. Il appartient alors à l'autorité sanitaire de contrôler le déroulement de celui-ci, et d'informer régulièrement le parquet de la situation médicale et sociale de la personne prise en charge. En cas d'interruption du traitement, le directeur de l'établissement ou le médecin responsable du traitement doivent en informer immédiatement l'autorité sanitaire, qui prévient le parquet (art. L.355-15-4° et L.355-16-4°).

Des règles analogues s'appliquent à la cure de désintoxication ordonnée par le juge d'instruction (art. L.628-5; décret 19 août 1971 art.7).

d) Sanctions de l'inexécution du traitement

Si le traitement est interrompu ou que le toxicomane ne se soumet pas aux obligations thérapeutiques qui lui ont été imposées, ou même simplement ne se présente pas au service voulu, l'autorité sanitaire doit prévenir immédiatement l'autorité judiciaire, et le droit pénal va alors reprendre son empire.

Si le procureur de la République avait différé le déclenchement de l'action publique, il pourra mettre celle-ci en mouvement (art. L.628-1 al.2). Si le traitement avait été ordonné par le juge d'instruction ou par la juridiction de jugement, le toxicomane encourt les peines de l'article L.628 (usage de stupéfiants) sans préjudice d'une nouvelle obligation (art. L.638-4).

S'il s'agit d'une cure ordonnée dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, la sanction consiste dans la révocation partielle ou totale du sursis affectant la peine de prison.

2. Le traitement des toxicomanes en milieu pénitentiaire

Les dispositions de la loi du 31 décembre 1970 laissent place, au moins implicitement, à leur application en milieu pénitentiaire. En effet, la juridiction de jugement peut ordonner la cure de désintoxication, dans les conditions de l'article L.628-3 en supplément de la peine qu'elle prononce. Si cette peine est un emprisonnement ferme, il sera nécessaire de faire exécuter cette cure en prison.

De plus, indépendamment même de toute poursuite pour usage de stupéfiants, il arrivera assez fréquemment que l'on constate que certains détenus (qu'ils soient prévenus ou condamnés) sont toxicomanes. Il en sera d'autant plus ainsi que de nombreux toxicomanes commettent les infractions les plus diverses pour se procurer de la drogue: cambriolages de pharmacies, agressions pour dévaliser des passants, vols de voitures ou d'objets de valeur destinés à être revendus pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat de drogue, prostitution, etc. ...

Il semble que le plus grand nombre de ces détenus soient des intoxiqués utilisateurs de drogues douces ne nécessitant pas un traitement de désintoxication trop sévère. Mais un nombre de plus en plus important d'intoxiqués majeurs, adonnés à des stupéfiants violents et dangereux, se relève dans les établissements pénitentiaires.

Alors que le total des drogués traités dans les prisons françaises n'avait été que 378 en 1973, il s'élevait à 1978 à 2 307 (dont 89 femmes). Le centre de traitement le plus important est actuellement le Centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis, près de Paris (510 hommes), suivi des autres maisons d'arrêt de la région parisienne (La Santé, 332; Fresnes, 101). Viennent ensuite: Toulouse (131 dont 9 femmes) et Nice (132 dont 23 femmes). Pratiquement, toutes les maisons d'arrêt ont à donner des soins à des détenus drogués, quoiqu'elles ne disposent pas toujours d'un service spécialisé.

L'administration pénitentiaire s'efforce en effet d'appliquer, sous direction médicale, le traitement utile. Toutefois, elle reconnaît elle-même qu'elle est mal outillée pour ce faire. Le rapport du directeur pour l'exercice 1970 disait déjà: "L'établissement pénitentiaire ne constitue pas le lieu idéal de traitement et ne saurait en aucun cas se substituer à l'activité normale des hôpitaux psychiatriques et des centres spécialisés".

C. Résultats

La loi du 31 décembre 1970 avait été accueillie avec faveur. Malheureusement, les résultats qu'elle a donnés n'ont pas été à la hauteur des espoirs qu'elle avait fait naître. La distinction entre trafiquants (voués à une répression sévère) et consommateurs (objets d'un traitement sur le plan médical) s'est révélée difficilement applicable, compromettant ainsi les effets attendus. En effet, le problème de la drogue n'a cessé de s'aggraver en dépit des efforts des pouvoirs

publics sur le plan de la prévention, et a étendu ses ravages en particulier chez les jeunes.

Le législateur français n'a pas eu la précaution de faire un sort spécial au consommateur qui, pour se procurer plus ou moins difficilement la drogue dont il est devenu esclave, se constitue une certaine provision. D'autre part, ce consommateur devient souvent un petit commerçant; il revend à d'autres consommateurs une partie de la drogue qu'il s'est procurée et, avec les bénéfices ainsi réalisés, satisfait ses propres besoins ou renouvelle son stock. Dans des conditions, lorsqu'il est surpris par la police, il est traité comme un commerçant ou comme un détenteur, c'est-à-dire comme un trafiquant. Il est donc exposé à des sanctions répressives très lourdes et n'échappe pas à l'emprisonnement ni même à la détention provisoire. Or c'est un malade et les seuls soins qu'il peut recevoir sont ceux de la médecine pénitentiaire, insuffisamment équipée, tandis que le milieu carcéral va accentuer sa désocialisation.

Sans doute aurait-il été utile que la loi fasse un régime spécial au consommateur qui ne détient que la provision nécessaire à l'usage des prochains jours, ainsi qu'à celui qui recherche les ressources nécessaires à l'acquisition de la drogue dans un petit commerce de revente de celle qu'il obtient (et que trop souvent il additionne d'ingrédients divers la rendant plus toxique) plutôt que dans une criminalité de droit commun qui lui fournirait soit la drogue elle-même, soit l'argent nécessaire à son acquisition. Ce régime spécial aurait dû lui permettre de recevoir tout le traitement médical approprié, lequel est, pour une large part, psychothérapique (et fait par conséquent particulièrement défaut en milieu carcéral).

Il faut noter, au surplus, que les cures de traitement, même volontaires, n'obtiennent qu'une faible proportion de succès. Les plus optimistes parlent de 30 %, les pessimistes se tiennent plutôt au-dessous de 10 %. Les magistrats se montrent compréhensifs (à Paris, les magistrats du parquet, de l'instruction et du siège ont une bonne expérience de ces affaires). Mais, là encore, comme lorsqu'il s'agit des maladies mentales, le juriste ne peut construire une oeuvre efficace que sur une infrastructure médicale éprouvée (qu'il s'agisse des doctrines, du personnel, des techniques, des établissements, etc. ...) et il semble que, jusqu'à présent, la science soit encore hésitante et en évolution.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Bericht behandelt die Situation in Frankreich betreffend die Anwendung der Gesetzgebung mit Bezug auf die zwei Kategorien von Störungen, denen dieses Kolloquium gewidmet ist.

I. Was die Geisteskranken betrifft, so hat sich das Gesetz in Frankreich seit 1810 nicht geändert; der Artikel 64 des Strafgesetzbuches sieht den Fall der "Wahnsinnigen" vor, die er von der strafrechtlichen Verfolgung ausnimmt; der Fall der geistig Gestörten, die nicht als wahnsinnig bezeichnet werden - früher "Abnormale" oder "Psychopathen" genannt -, ist nicht erwähnt.

Der Autor beginnt damit, daß er das Alter und die Komplexität der Problematik, die er aufrollt, betont (wobei sich eine beachtliche Anzahl von Fragen aufdrängen, sowohl auf soziologischer und statistischer als auch strafrechtlicher Ebene oder die Organisation der gesellschaftlichen Reaktion betreffend). Er erinnert auch an die Vielfalt der Studien, die im Verlaufe der letzten 20 Jahre auf internationaler Ebene solcherlei Fragen zum Gegenstand ihrer Untersuchung gemacht haben und betont schließlich den dringlichen Charakter dieser Thematik.

Dann untersucht der Autor die Art und Weise, wie die französischen Gerichte diese Fälle - gehe es nun um "Geistesgestörte" oder um in einem geringeren Maße Erkrankte - Fall für Fall in Richtung des untersuchten Problems abhandeln. Dieses System wird sowohl von Juristen als auch von Medizinern scharf kritisiert, und das Beispiel der vergleichenden Rechtsprechung hat der Öffentlichkeit und den Juristen den Anstoß gegeben, eine Veränderung im Artikel 64 über die Fälle der Geisteskranken sowie auch eine Ausarbeitung von speziellen Texten (die bis anhin noch nicht axistieren) betreffend die Behandlung von Geistesgestörten anzustreben. Zu beiden dieser zwei Hypothesen stellt der Autor die wichtigsten Projekte vor. Dasjenige, 1934 eingereichte, von der Reformkommission des Strafgesetzes, präsidiert von M. Matter, das des "Centre de Défense Sociale" (1956-1959), dasjenige der von M. Pageaud präsidierten Kommission (1973-1974) und jene der Kommission für eine Strafgesetzrevision (Projekt von 1976-1978, 1982 umgearbeitet).

II. Was die Süchtigen betrifft, so sind die Texte - im Gegensatz zu den anderen - jüngeren Datums. Das Gesetz vom 31.Dezember 1970 ist vollständig im Gesetz über das Gesundheitswesen und nicht im Strafgesetz enthalten. Es teilt sich in zwei Zweige: Der eine, und dieser ist von außerordentlich strengem Strafmaß, betrifft die Drogenhändler. Die Strafen können in bestimmten Fällen bis zu 40 Jahren Gefängnis betragen. Der andere betrifft die Konsumenten. Für diese letzteren sieht das französische Gesetz vorerst einmal die medizinische Behandlung vor, die von jeglicher strafrechtlichen Sanktionierung befreien kann. Der Entschluß, der Entzug und die Kontrolle über die Behandlung (sowohl in Freiheit als im Strafvollzug) werden dargestellt.

Das Gesetz hat die in es gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt. Der Hauptgrund dafür ist vielleicht, daß die Konsumenten, welche eine bescheidene Menge der Drogen besitzen, nicht darin enthalten sind. Sie werden auf die Seite der Drogenhändler geschlagen. Außerdem ist zu beachten, daß Entziehungskuren, welche zu einer wahrhaften Genesung führen, nur eine kleine, fast zu vernachlässigende Größe ausmachen.

SUMMARY

The report speaks about the situation in France referring to the legislation that concern the two categories of disturbance, to which this colloquy is dedicated.

I. In as far as the mentally handicapped people are concerned, French law has not changed since 1810; the article 64 of the penal code does include the case of insane persons, whom it excepts from penal prosecution; the case of the mentally handicapped who are not described as insane persons (they used to be called "abnormal" or "psychopaths"), however, is not mentioned.

The author starts by unfolding the antiquity and complexity of the problem, evoking thus a considerable number of questions based on sociology, statistics, or questions concerning the penal law or the organisation of the public's reaction. Furthermore he draws our attention to the fact, that questions like these have been the target of a multiplicity of studies of international interest, and he finally stresses the propelling character of the topic.

He then examines the way the French courts manage to get along with the ambiguity of these cases, case by case, no matter if they treat insane persons or less gravely mentally disturbed people. This system is seriously attacked, as well by lawyers as by doctors, and the example of the comparative law has incited the public and the lawyers to face a modification of the article 64, which should include and the treatment of the "lunatics" and particularly elaborated texts (which, until now, do not exist) talking about the treatment of the mentally handicapped. The author presents the main projects that exist on these two suppositions. Firstly the one that was deposited in 1934 by the commission for a revision of the penal code (presided by M. Matter), then the one of the "Centre de Défense Sociale" (1956-1959), the one of the commission presided by M. Pageaud (1973-74) and finally the ones elaborated by the commission for a revision of the penal code (a project worked out in 1976-1978 and modified in 1982).

II. The texts talking about drug-addicts, however, are of a more recent date. The law of Dec. 31, 1970 is entirely included in the Code of Public Health, and not in the Penal Code. It is split into two branches: - the first one is of a heavily repressive severity. It aims at the dealers, for whom the penalty can go up to 40 years of prison. - The other one concerns the consumers. For them, medical treatment comes in the first place, and they can be dispensed from any penal sanctions. The initiative, the cure and the control of the treatment (as well in liberty as in custody) are presented.

This law has not been able to realize the hopes it had brought forth. The main reason for this could be that it forgot to include the consumers owing only a small amount of the drug and who are by now assimilated to the dealers. Apart from that, the fact has to be stressed, that cures that are accomplished and that lead to a real convalescence are but of a very small minority.

Georges Levasseur
Prof.Dr.iur., Université de droit, d'économie et des sciences sociales de Paris, Láboratoire de sociologie juridique
12, Place du Panthéon
F-75231 Paris Cedex 05