



COUNCIL OF EUROPE CONSEIL DE L'EUROPE

Strasbourg, 12 novembre 2012
cdpc/docs 2012/cdpc (2012) 13

CDPC (2012) 13rev

COMITÉ EUROPÉEN POUR LES PROBLÈMES CRIMINELS
(CDPC)

**INSTRUMENTS ET ACTIVITÉS DU CONSEIL DE L'EUROPE RELATIFS
AUX MESURES QUASI FORCÉES (MQF)**

Document de synthèse établi par le Secrétariat du CDPC
Direction Générale I – Droits de l'homme et Etat de droit

Site web du CDPC : www.coe.int/cdpc
Adresse électronique du CDPC : dgi.cdpc@coe.int

Lors de sa 62^e session plénière, qui s'est tenue les 29 mai et 1^{er} juin 2012, le Comité européen pour les problèmes criminels (CDPC) a chargé le Secrétariat d'établir un descriptif sommaire des instruments et activités du Conseil de l'Europe relatifs aux mesures quasi forcées (MQF). Cette décision faisait suite à la présentation d'un document établi par la délégation belge qui proposait ce sujet pour examen éventuel par le CDPC.

Le présent rapport dresse une vue d'ensemble de ces mesures, ainsi que des activités du Conseil de l'Europe en la matière. Des précisions seront tout d'abord apportées concernant la distinction faite entre les mesures quasi forcées prévues pour les auteurs d'infractions liées à la drogue et celles qui s'appliquent aux délinquants sexuels (I). Une partie du rapport sera également consacrée aux préoccupations éthiques relatives à ces mesures quasi forcées (II), de manière à donner un aperçu de la véritable efficacité de ces mesures (III). Le rapport abordera ensuite les travaux entrepris par le Conseil de l'Europe et d'autres organisations internationales (IV) avant de dresser des conclusions (V).

I. MESURES QUASI FORCÉES

Une mesure quasi forcée est en règle générale une alternative spécifique à l'incarcération. Elle se réfère au choix proposé à un délinquant de suivre un traitement ou de se voir infliger une sanction pénale pour les infractions pour lesquelles il a été (ou pourrait être) condamné¹. Ces mesures s'appliquent principalement à deux formes de délinquance : d'une part, les auteurs d'infractions liées à la drogue et, d'autre part, les délinquants sexuels.

Au sens large, un compromis ou une transaction pénale sur reconnaissance préalable de culpabilité, une mesure probatoire consentie afin d'éviter une incarcération ou le fait d'accepter volontairement une fouille, sont des mesures quasi forcées qui doivent être encadrées par des mesures de protection. Certains pays qui appliquent le « principe d'opportunité » peuvent également donner à l'intéressé la possibilité de suivre un traitement en échange du classement de l'affaire.

Ces mesures suscitent bien évidemment un certain nombre de questions, et notamment : que faire s'il apparaît que le contexte a changé ? que faire si le délinquant a mal évalué les obligations auxquelles il s'est engagé ? y a-t-il des dispositions imposant de revoir l'« accord » ?

1. Les auteurs d'infractions liées à la drogue

En ce qui concerne les auteurs d'infractions liées à la drogue, il est important de souligner que le traitement quasi forcé vise en règle générale un groupe spécifique : les délinquants toxicomanes. Ce groupe se compose de toxicomanes ayant commis des infractions autres que la possession de drogue, passibles de sanctions pénales². Cette mesure ne s'applique donc pas aux usagers non problématiques de drogues ni aux usagers dépendants qui n'ont pas commis d'autre infraction que la possession de

¹ *The ethics and effectiveness of coerced treatment of drug users*, Alex Stevens, PhD, professeur de droit pénal, Université du Kent, septembre 2011.

² *Ibid.*

drogue. Les mesures quasi-forcées sont clairement limitées aux infractions mineures et ne s'appliquent pas aux infractions plus sérieuses.

Pour ce qui est des délinquants toxicomanes, le traitement est considéré comme une mesure plus efficace qu'une peine d'emprisonnement. L'objectif principal doit être le traitement de la dépendance. En d'autres termes, les infractions commises par cette catégorie de délinquants sont directement liées à leur consommation de drogue. Une incarcération n'aurait par conséquent pas d'effet dissuasif, dans la mesure où il faut avant tout traiter l'origine du problème, à savoir l'addiction elle-même.

Il existe deux types de traitement coercitif. Le premier s'applique aux usagers de drogues à qui une obligation de traitement est imposée sans leur donner la possibilité d'un consentement éclairé : c'est ce que l'on appelle l'injonction thérapeutique. Le second concerne les usagers de drogues à qui le choix est donné de suivre un traitement ou d'assumer la sanction pénale prévue au regard des infractions pour lesquelles ils ont été, ou pourraient être, condamnés. On parle alors d'un « traitement quasi forcé » (TQF) ou « sous quasi-contrainte »³. Selon la note présentée par la Belgique à la réunion du CDPC, « ces deux notions sont (...) légèrement différentes ». Par ailleurs, « les mots “mesures quasi forcées” illustrent souvent une notion hybride, à mi-chemin entre le suivi volontaire et l'administration forcée d'un traitement »⁴.

Selon le document de synthèse (2009) de l'UNODC, « [l]e recours au traitement comme mesure de substitution aux sanctions pénales est expressément encouragé par les conventions internationales relatives au contrôle des drogues et s'est révélé être plus efficace que la détention pour inciter les toxicomanes à rompre avec la drogue et pour réduire le taux de criminalité liée à la drogue. Ce traitement peut être administré sans atteinte aux droits du patient à partir du moment où celui-ci a la possibilité de le refuser et où son autonomie et ses droits fondamentaux sont respectés »⁵.

2. Les délinquants sexuels

En ce qui concerne les délinquants sexuels, une obligation de traitement est souvent imposée ou associée à une peine d'emprisonnement. Dans la mesure où l'infraction commise est à l'évidence bien plus sérieuse et qu'elle s'accompagne de conséquences potentiellement graves pour les victimes, accorder aux auteurs de ces infractions le choix entre un traitement et une incarcération pourrait nuire à l'effet dissuasif de la peine infligée et assener le coup de grâce aux victimes qui estimeraient probablement que « justice n'a pas été rendue ». De fait, l'efficacité de cette mesure pourrait rapidement être remise en cause.

La castration chimique est l'une des méthodes habituellement utilisées pour traiter les délinquants sexuels à risque. Elle consiste à « utiliser des médicaments ayant pour effet de réduire la libido »⁶. Par exemple, en novembre 2009, à la suite d'un nombre

³ Human Rights and Drugs, Volume 2, No. 1, *The ethics and effectiveness of coerced treatment of people who use drugs*, Alex Stevens, PhD, 2012

⁴ Comité européen pour les problèmes criminels (CDPC), Mesures alternatives à l'emprisonnement, Note explicative de la Belgique.

⁵ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) « De la coercition à la cohésion : Traiter la dépendance par les soins de santé, et non les sanctions – Document de synthèse (2009) ».

⁶ *Chemical castration*, Dictionnaire Collins en ligne

considérable d'agressions à caractère sexuel commises à l'encontre d'enfants, la Pologne a modifié son Code pénal et a introduit un fondement juridique permettant aux tribunaux d'appliquer un traitement pharmacologique ou une psychothérapie aux délinquants sexuels afin d'empêcher la récurrence (article 95a du Code pénal)

En 2009, un projet pilote visant à réduire les pulsions sexuelles de délinquants sexuels au moyen d'une « intervention » médicamenteuse pour tenter d'abaisser le risque de récurrence a été lancé au Royaume-Uni dans l'établissement pénitentiaire de Whatton. Ce projet inclut la castration chimique, mais repose essentiellement sur un traitement par des antidépresseurs. Les détenus participant au projet sont tous volontaires et, d'après la première évaluation, il semble que celui-ci donne de bons résultats⁷.

La République tchèque et l'Allemagne prévoient un autre type de castration, cette fois irréversible, qui requiert le consentement du délinquant : la castration chirurgicale.

Le droit allemand prévoit des conditions extrêmement strictes pour l'admissibilité de la castration chirurgicale. Une information adéquate et complète doit notamment être fournie à la personne concernée en amont du consentement volontaire qui est exigé, et des mesures plus douces que la castration chirurgicale doivent d'abord être prises en considération. Un groupe d'experts doit examiner et confirmer la conformité avec les exigences légales. En réalité, la castration chirurgicale est uniquement effectuée dans très peu de cas exceptionnels en Allemagne. Comme pour l'Allemagne, plusieurs conditions doivent également être remplies en République tchèque, à savoir: la fourniture d'une information adéquate et globale au délinquant. La castration chirurgicale est proposée et prise en considération si le délinquant lui-même le demande, et seulement si d'autres mesures ne sont pas applicables (par exemple si l'état de santé empêche le recours à la castration chimique), le consentement du délinquant est donné et après un examen et une recommandation d'un groupe d'experts .

Cette méthode invasive fait actuellement débat dans les Etats européens. Certains d'entre eux considèrent en effet la castration chirurgicale comme un traitement et non comme une sanction, mais la plupart des pays ne sont pas de cet avis. Plusieurs spécialistes ont par ailleurs pris part à ce débat, comme le psychologue W.L. Baker, qui estime que « la question fondamentale que doivent se poser les praticiens est de déterminer si le traitement n'est pas disproportionné. Dans la mesure où la castration chirurgicale inhibe toute activité sexuelle, elle ne peut être qu'assimilée à une sanction et en aucun cas à un traitement »⁸.

En conclusion, bien que la plupart des Etats européens semblent opposés à la castration chirurgicale, il est intéressant d'observer qu'au fil des années un nombre croissant d'entre eux ont adopté des textes législatifs qui autorisent le recours à la castration chimique forcée des délinquants sexuels. La Moldova en mars 2012 en est l'exemple le plus récent.

Le Parlement estonien a adopté en janvier 2011 de nouveaux amendements à différentes lois pertinentes qui permettent de remplacer partiellement l'emprisonnement par un traitement combiné pour les délinquants sexuels. Le traitement combiné comprend: (1) une aide psychiatrique (sessions de thérapie, etc) et (2) en cas de besoin,

⁷ <http://www.bbc.co.uk/news/uk-18402203>

⁸ *Legal and Ethical issues when using Antiandrogenic Pharmacotherapy with Sex Offenders*, Karen Harrison, PhD, University of the West of England, Bristol, 2008

une pharmacothérapie (la soi-disante castration chimique, des antidépresseurs si nécessaire, etc.) Selon la nouvelle loi, si un tribunal impose une peine d'emprisonnement allant de 6 mois à deux ans et que le délinquant est âgé de 18 ans (le traitement combiné étant seulement destiné aux délinquants sexuels adultes), le tribunal peut, avec le consentement éclairé et écrit du délinquant condamné, substituer partiellement l'emprisonnement par un traitement combiné pour les délinquants sexuels. La durée du traitement combiné pour les délinquants sexuels est de 18 mois à 3 ans, de sorte qu'il peut excéder la durée de la peine d'emprisonnement. La nouvelle loi entrera en vigueur le 1^{er} juin 2013.

II. PRÉOCCUPATIONS ÉTHIQUES AU SUJET DES MESURES QUASI FORCÉES

1. Les mesures quasi forcées et les droits de l'homme

S'agissant de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH), il ne semble pas y avoir de jurisprudence portant directement sur la problématique des mesures quasi forcées. Cependant, dans l'affaire *Toomey c. Royaume-Uni*⁹, déclarée irrecevable notamment pour des questions de délai, la Cour européenne des droits de l'homme a reconnu que des tests de pléthysmographie pénienne (PPG) avaient été effectués, ce qui soulevait des questions complexes de fait et de droit au regard de l'article 3 de la Convention. Dans cette affaire, le requérant affirmait par ailleurs que son éventuelle libération conditionnelle avait été subordonnée à sa participation aux tests PPG. Il soutenait en outre que ce test s'apparentait à un traitement cruel, inhumain et dégradant.

De plus, dans l'affaire *Bizzoto c. Grèce*¹⁰, la Cour européenne des droits de l'homme a reconnu « le caractère humanitaire » des dispositions de la loi grecque n° 1729 qui prévoit un programme de soutien aux consommateurs réguliers de drogues. La Cour a également souligné, dans l'affaire *Gardel c. France*¹¹, que le fichier des auteurs d'infractions sexuelles vise à prévenir la récurrence des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes et qu'il a donc un « but préventif et dissuasif ». Elle précise par ailleurs que l'autorisation du délinquant sexuel n'est pas nécessaire pour l'inscrire dans ce fichier, dans la mesure où il s'agit d'une mesure visant à sauvegarder l'ordre public.

Il importe néanmoins que les MQF retenues soient conformes aux articles 3, 5 et 6 de la Convention. De surcroît, le traitement en question ne doit pas être inhumain ni dégradant, ni douloureux pour la personne à qui il est administré. Le droit à la liberté peut être restreint aussi bien en prison que pendant le traitement ; pour éviter toute violation de l'article 5 de la CEDH, cette privation de liberté doit être la moins restrictive possible du point de vue des objectifs visés par le traitement (et non des objectifs répressifs) et il convient que la durée d'application de l'ordonnance judiciaire de traitement soit limitée, soumise à contrôle et qu'elle n'excède pas la durée de la sanction habituellement prévue pour l'infraction en question.

Des préoccupations éthiques se posent pour ce qui est du droit à un procès équitable. Il importe de garantir le recueil du consentement éclairé du délinquant, d'éviter toute

⁹ *Toomey c. Royaume-Uni* (1998), requête n° 37231/97

¹⁰ *Bizzoto c. Grèce* (1996), requête n° 22126/93

¹¹ *Gardel c. France* (2010), requête n° 16428/05

détention arbitraire et de ne pas porter atteinte à la présomption d'innocence. Proposer des mesures quasi forcées au stade préparatoire du procès pourrait constituer une violation de ce principe, à moins que des éléments de preuve irréfutables permettent d'établir avec certitude que la personne concernée a commis l'infraction, par exemple si elle avoue l'infraction ou si elle a été prise en flagrant délit en l'absence d'élément de nature à jeter le doute sur sa culpabilité. Par ailleurs, cette personne ne doit pas être sanctionnée si le traitement ne se révèle pas efficace sur elle.

2. Questions soulevées par le recours à un traitement quasi forcé

Les plupart des préoccupations éthiques portent sur le traitement des délinquants sexuels.

L'importance des effets secondaires négatifs est l'une des principales questions éthiques posées par le traitement quasi forcé. Ces effets secondaires englobent la fatigue, l'hypersomnie, la léthargie, la dépression, une diminution de la pilosité corporelle, une augmentation de la pilosité du cuir chevelu et une prise de poids¹². Tous les codes de déontologie médicale s'accordent, depuis le serment d'Hippocrate, sur la nécessité d'éviter de causer un préjudice à la personne traitée.

En outre, la notion de proportionnalité de la peine infligée doit être prise en compte. Cette proportionnalité s'entend habituellement comme le fait que le préjudice causé par la sanction ne doit pas être supérieur au préjudice que le délinquant a fait subir à autrui. Ce principe n'a pas encore été intégré aux instruments des Nations Unies, mais il figure dans la Charte européenne des droits fondamentaux, à l'article 49, alinéa 3, qui précise que « [l']intensité des peines ne doit pas être disproportionnée par rapport à l'infraction ».

La disponibilité des traitements pose un autre problème éthique : il s'agit de la question de savoir si la pharmacothérapie, c'est-à-dire un traitement basé sur l'administration de médicaments, doit être accessible à tous ceux qui en ont besoin ou qui en font la demande, ou si elle doit être réservée aux seuls délinquants reconnus coupables d'une agression sexuelle.

Selon J.M. Money (1979), toute personne devrait avoir accès à ce type de traitement médical, qui pourrait d'ailleurs être utilisé pour prévenir ces délits. Ainsi, une personne qui aurait des fantasmes sexuels déviants devrait pouvoir suivre un tel traitement.

En 1986, un consensus de l'Organisation mondiale de la santé a reconnu qu'un traitement médicamenteux légalement imposé (Porter, Arif et Curran, 1986) se justifiait du point de vue du droit et de la morale 1) si les droits des personnes concernées sont garantis dans le cadre d'une « procédure régulière » et 2) si le traitement administré est efficace et humain¹³.

III. EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS QUASI FORCÉS

¹² *Legal and Ethical issues when using Antiandrogenic Pharmacotherapy with Sex Offenders*, Karen Harrison, *Sexual Offender Treatment*, Volume 3 (2008), Issue 2.

¹³ CRIME AND JUSTICE Bulletin No. 144, September 2010, NSW Bureau of Crime Statistics and Research, *Legally coerced treatment for drug using offenders: ethical and policy issues*, Wayne Hall et Jayne Lucke

1. L'efficacité du traitement

a. Les traitements quasi forcés ont plus de chances d'être efficaces dans la mesure où les délinquants concernés ont le choix

Les personnes qui ont la volonté de trouver une solution à leur problème sont bien plus susceptibles d'y parvenir que les personnes qui y sont contraintes. Dans cet esprit, il y aurait lieu de conseiller les délinquants sur la meilleure façon d'atteindre les objectifs qu'ils se sont eux-mêmes fixés au lieu de leur rappeler les problèmes qui les attendent s'ils ne parviennent pas à changer¹⁴. Les traitements quasi forcés sont généralement bien acceptés par les délinquants, car ils présentent de nombreux avantages :

- ceux qui acceptent le traitement comme une alternative à l'incarcération peuvent rester auprès de leur famille et ainsi bénéficier d'une plus grande liberté qu'en milieu carcéral ;
- ceux qui acceptent de modifier leur comportement sont plus motivés si elles le font de leur plein gré que sous la contrainte. Ils peuvent également y être encouragés par leur famille, ce qui s'avère être un facteur de motivation bien plus efficace que les mesures coercitives prévues par la loi.

Les délinquants toxicomanes fortement dépendants, conscients de leurs problèmes et désireux de suivre un traitement, sont davantage susceptibles de réussir, dans la mesure où ils sont très motivés, que ceux qui ne reconnaissent pas leur comportement déviant vis-à-vis de la drogue. L'idée est que les personnes qui « ont touché le fond », c'est-à-dire qui présentent les problèmes de toxicomanie les plus sérieux, ont probablement encore d'autres graves difficultés personnelles et sont donc plus disposées à demander de l'aide et à changer leur comportement face à la drogue ou à l'alcool.

Il convient toutefois de garder à l'esprit que l'ensemble des traitements volontaires ou quasi forcés comportent des éléments de pression ou de persuasion comme la pression sociale informelle ou la menace de répercussions négatives de la part de la famille ou des amis. Cela pourrait aussi expliquer pourquoi les traitements quasi forcés ont plus de chances de réussir.

b) Une plus grande efficacité grâce à des coûts limités

Le coût d'un traitement est en règle générale moins élevé que celui d'une incarcération. Une étude de la Commission sur les sanctions pénales de l'Etat du Maryland a révélé que le recours aux sanctions alternatives avait permis de réduire le coût annuel d'hébergement d'un délinquant à 4 000 USD, contre 20 000 USD auparavant¹⁵.

c) Des résultats probants

¹⁴ *Prevention for recidivism : the French delay, "Good Lives Model" : cutting-edge of the condemned monitoring*, Sarah Dindo et Barbara Liaras

¹⁵ *Treatment or Incarceration? National and State Findings on the Efficacy and cost savings of Drugs Treatment versus Imprisonment*, Doug McVay, Vincent Schiraldi et Jason Ziedenberg, janvier 2004.

Le taux de récidive des délinquants sexuels est de l'ordre de 18,9 %¹⁶. Ce chiffre, particulièrement élevé, peut laisser à penser qu'il est important que les délinquants suivent un traitement, de manière à garantir la sécurité dans nos villes.

Un autre argument qui milite en faveur des traitements quasi forcés réside dans les commentaires formulés par des délinquants ayant suivi ces programmes : « J'ai réalisé qu'en me promenant dans la rue je voyais des garçons que je trouvais attirants, mais je n'avais plus aucune pensée à caractère sexuel à leur égard [...] Il n'y avait plus cette excitation. » (Russel, 1997 : 431)¹⁷

2. L'efficacité de l'injonction thérapeutique peut être sérieusement mise en doute

Plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi l'injonction thérapeutique ne peut être efficace.

Tout d'abord, ces traitements ne nécessitent pas le consentement du délinquant. Ainsi, puisqu'ils ne traduisent pas la volonté de l'auteur de l'infraction, leur efficacité peut être contestée. En Australie, par exemple, la police peut proposer une libération sous caution aux délinquants toxicomanes dépendants à la condition qu'ils suivent un programme de traitement¹⁸. Ce traitement, qui équivaut dans ce cas à une contrainte, est par conséquent moins efficace. Il en va de même en Californie, où le suivi d'une pharmacothérapie est une condition préalable à une remise en liberté conditionnelle, imposée à tous les délinquants sexuels dont la victime était âgée de moins de 12 ans.

Deuxièmement, le mode d'administration du traitement aux délinquants sexuels pose des problèmes. En effet, si le traitement consiste à prendre des pilules, le délinquant peut très bien feindre de les prendre et, même si le traitement est administré par injection, il peut en annuler les effets en se procurant illégalement de la testostérone.

Troisièmement, même si le délinquant consent à suivre le traitement, rien ne permet d'affirmer qu'il ne l'accepte pas simplement comme un moindre mal. On peut par ailleurs s'interroger sur la motivation du délinquant, dans la mesure où il pourrait très bien agir par haine de soi ou désir de se punir ainsi lui-même¹⁹.

IV. TRAVAUX ENTREPRIS DANS CE DOMAINE PAR LE CONSEIL DE L'EUROPE ET D'AUTRES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

1. Les activités du Conseil de l'Europe

Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a abordé la question de l'injonction thérapeutique dans plusieurs de ses rapports par pays.

¹⁶ *About Recidivism, A meta-analysis*, Frans Gieles.

¹⁷ *Legal and Ethical issues when using Antiandrogenic Pharmacotherapy with Sex Offenders*, Karen Harrison, *Sexual Offender Treatment*, Volume 3 (2008), Issue 2.

¹⁸ *Mandatory Treatment and perception of treatment effectiveness*, *Crime and Misconduct Commission, Research and Issues*.

¹⁹ *Legal and Ethical issues when using Antiandrogenic Pharmacotherapy with Sex Offenders*, Karen Harrison, *Sexual Offender Treatment*, Volume 3 (2008), Issue 2.

De 2007 à 2010, le Groupe Pompidou a travaillé sur la question du traitement quasi forcé et des autres mesures alternatives à l'incarcération, dans le cadre de diverses activités et réunions de la Plateforme Justice pénale (PGCJP). Cette dernière a élaboré, en étroite collaboration avec l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), des lignes directrices²⁰ sur l'application du traitement sous quasi-contrainte destiné aux délinquants toxicomanes (P-PG-CJ (2007) 21).

Les activités de la Plateforme ne se sont pas limitées à la réalisation d'une étude sur le traitement sous quasi-contrainte des délinquants toxicomanes et à la mise en place d'un groupe de travail à composition non limitée sur une stratégie de communication sur cette question (P-PG-CJ (2008) 15), mais ont également débouché sur la publication d'un aperçu de différentes expériences nationales en matière de traitement sous quasi-contrainte de délinquants toxicomanes (P-PG-CJ (2010) 3). En outre, une conférence sur le traitement sous quasi-contrainte et d'autres alternatives à l'incarcération a été organisée à Bucarest les 11 et 12 octobre 2007 et une réunion thématique sur le suivi et l'évaluation des expériences nationales en matière de traitement sous quasi-contrainte s'est tenue à Strasbourg le 27 mai 2010.

Cette question a également été récemment soulevée dans une proposition de résolution (Doc. 12659) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, présentée par M. Gardetto et plusieurs de ses collègues le 22 juin 2011. L'accent était mis sur les alternatives aux peines d'emprisonnement afin de répondre aux préoccupations légitimes de la société quant à la sécurité tout en favorisant la réinsertion du délinquant. A ce jour, aucune suite n'a (encore) été donnée à cette proposition.

2. Les travaux d'autres organisations internationales

Des mesures alternatives à l'emprisonnement ont été conçues au fil des années par d'autres organisations internationales. L'article 36.1(b) de la Convention unique des Nations unies sur les stupéfiants de 1961 prévoit la possibilité de recourir à des alternatives à une condamnation ou à une sanction pénale, comme des mesures de traitement, d'éducation, de post-cure, de réadaptation et de réintégration sociale. L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) a publié un rapport sur les mesures privatives et non privatives de liberté – les alternatives à l'incarcération (*Custodial and non-custodial measures – Alternatives to incarceration*, 2006) et un document de synthèse intitulé « De la coercition à la cohésion : Traiter la dépendance à la drogue par les soins de santé, et non les sanctions » (2009).

L'Organisation des Nations Unies a en outre distribué en 2007 un manuel des principes fondamentaux et pratiques prometteuses sur les alternatives à l'emprisonnement (*Handbook of basic principles and promising practices on Alternatives to Imprisonment*)²¹ afin d'aider les pays à appliquer l'état de droit et réformer la justice pénale. Ce manuel apporte des informations sur les alternatives à l'emprisonnement à toutes les étapes de la procédure pénale, des considérations importantes à prendre en compte dans la mise en œuvre d'alternatives, notamment le rôle que les différents

²⁰ Lignes directrices relatives au traitement sous quasi-contrainte des adultes délinquants toxicomanes, résultats d'une étude réalisée dans les Etats membres du Conseil de l'Europe, Tim McSweeney, Institut de recherche sur la politique pénale, King's College de Londres, Royaume-Uni, décembre 2008.

²¹ From the Criminal Justice Handbook Series, United Nations, New York, 2007.

acteurs doivent tenir pour assurer leur succès, ainsi que des exemples de systèmes ayant permis de réduire les peines d'emprisonnement. Les mesures quasi forcées n'y sont pas expressément mentionnées.

Dans ce domaine, il convient de mentionner le travail de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) de l'Union européenne. L'objectif 13 du Plan d'action drogue de l'Union européenne (2005-2008) prévoit de continuer à élaborer des solutions de substitution à l'emprisonnement pour des toxicomanes et des services « drogue » pour les détenus²². A cet égard, plusieurs études comparatives ont été menées en parallèle par l'OEDT afin de cartographier les différents systèmes juridiques des Etats membres de l'UE.

Le *National Institute on Drug Abuse* (NIDA - Institut national sur la toxicomanie) a publié en 2006 un document intitulé *Drug Facts : Treatment for Drug Abusers in the Criminal Justice*. Il y est expliqué comment le traitement des toxicomanes peut être intégré dans le système de justice pénale. Il peut s'agir d'un traitement comme condition probatoire, d'un traitement associé à un suivi judiciaire et à des sanctions sur décision du tribunal compétent, d'un traitement en milieu carcéral suivi d'un traitement en milieu ouvert après remise en liberté, ou encore d'un traitement dans le cadre d'une libération conditionnelle d'une suivi probatoire. Là non plus, les mesures et traitements quasi forcés ne sont pas expressément mentionnés.

V. CONCLUSIONS

On peut conclure que les mesures quasi forcées constituent une alternative à l'emprisonnement qui reste crédible, malgré la rareté des données et des études relatives à leur efficacité et les questions d'éthique qu'elles soulèvent, notamment en matière de consentement.

Traiter certaines catégories de délinquants et chercher à remédier aux causes de leur toxicomanie est un moyen bien plus efficace que l'incarcération pour réduire les risques de récidive. Il convient néanmoins de noter que, si un traitement quasi forcé peut s'avérer probant pour certains types de délinquants dans un établissement pénitentiaire qui offre un cadre contrôlé facilitant le dépistage, la surveillance et la continuité du traitement, dans la majorité des cas le traitement aura plus de chances de succès en milieu ouvert. Quel que soit le contexte, le consentement éclairé de l'intéressé doit être recherché autant que possible et les questions éthiques doivent être prises en compte, dans la mesure où la motivation à suivre un tel traitement joue un rôle essentiel pour sa réussite à long terme. Il est par ailleurs indispensable de veiller à ce que les délinquants qui ont commencé un traitement pendant leur détention continuent de le suivre après leur sortie de prison. La question du traitement quasi-forcé au stade préparatoire de la procédure pénale doit être soigneusement réglée par la loi, en particulier pour ce qui est de la présomption d'innocence et de la question de savoir si le fait d'abandonner le traitement devrait ou non avoir des conséquences négatives.

Le secret professionnel et ses modalités d'application dans le cadre d'un traitement quasi forcé sont d'autres points qu'il convient de garder à l'esprit. Les méthodes

²² OEDT, 2005, Belgique, *Alternatives to imprisonment – targeting offending problem drug users in the EU*.

d'administration du traitement, ainsi que l'opportunité d'interdire certaines formes de traitement, doivent également être prises en considération.