



HAL
open science

Pour une réforme des textes issus de la loi du 31 décembre 1970 au regard des usagers de drogues.

Patrick Lopez

► To cite this version:

Patrick Lopez. Pour une réforme des textes issus de la loi du 31 décembre 1970 au regard des usagers de drogues.. Droit. Université Paris 8 - Vincennes-Saint-Denis, 2024. Français. NNT: . tel-04743140

HAL Id: tel-04743140

<https://theses.hal.science/tel-04743140v1>

Submitted on 18 Oct 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse de doctorat

**POUR UNE RÉFORME DES TEXTES ISSUS DE LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970
AU REGARD DES USAGERS DE DROGUES**

Patrick Lopez

Soutenue le lundi 30 septembre 2024
Sous la direction de Pierre-Olivier CHAUMET

Discipline :

Droit.

École doctorale :

n° 401 : sciences sociales

Laboratoire de recherche

CRJP8 (EA4387)

Composition du jury :

Mostefa MAOUENE, rapporteur,
Professeur à l'Université de Sidi Bel
Abbès.

Malik BOUMEDIENE, rapporteur,
Maître de conférence (H.D.R.) à
l'Université Toulouse Jean Jaurès (UT2J)

Patrick AEBERHARD, examinateur,
Ancien Président de « Médecins du
Monde ».

Pierre-Olivier CHAUMET, Professeur à
l'Université Vincennes-Saint-Denis,
directeur de thèse.

Titre : Pour une réforme des textes issus de la loi du 31 décembre 1970 au regard des usagers de drogues.

Résumé :

Dans son commentaire de l'Évangile de Jean sur la femme adultère, Jean-Yves Leloup écrit : « Là où les Pharisiens voient une faute, qu'il faut condamner, Jésus voit un malheur qu'il faut guérir. Ils regardent le péché, ils ne voient pas la souffrance. Jésus voit la souffrance et il baisse les yeux devant le péché. Il ne cherche pas à tuer la femme, il cherche comment la guérir, la délivrer ».

Pourtant, certains disent encore qu'il faut sanctionner les usagers de drogues parce qu'ils sont les complices des trafiquants. Or dans le cadre d'une « légalisation/régulation » de l'usage de toutes les drogues, c'est l'État qui est en charge de la production et de la distribution des drogues. Aujourd'hui illégales, ces drogues auraient le même statut que le tabac et l'alcool. Dès lors, les usagers de drogues deviendraient des usagers de ce « service public », c'est-à-dire des citoyens exemplaires participant à la croissance du P.I.B. national français.

Depuis la loi du 31 décembre 1970 faisant écho à la formule de Nixon (« il faut faire la guerre à la drogue »), la répression de l'usage de drogues est allée *crescendo* en France. Cette loi, aujourd'hui abrogée aux fins de codification, n'a pas été précédée d'une étude d'impact. En termes de politique publique, il convient, pourtant, de savoir si cette répression de l'usage de drogues est efficiente. Cette thèse propose notamment de répondre à cette question. De plus, juridiquement, une réforme ne s'impose-telle pas si se pose la question de la nécessité de l'intervention du droit pénal en matière d'usage de drogues ? Y-a-t-il une proportionnalité entre la protection de l'ordre public face au simple usage de drogues et la protection des droits et libertés publiques des usagers ?

Le 5 décembre 2023, le *Consortium* international sur les politiques des drogues a publié un rapport d'évaluation de la stratégie de l'Organisation des Nations Unies au sujet des drogues. Ce rapport insiste sur la complaisance des États à continuer cette guerre à la drogue alors que les conséquences sont désastreuses en matière de santé, de discriminations et de droits humains. Ce texte demande donc une réforme. Précédemment, le Conseil économique, social et environnemental (C.E.S.E.) s'est prononcé, le 24 janvier 2023, en faveur d'une légalisation encadrée du cannabis. De très nombreux pays occidentaux vont dans ce sens en s'appuyant sur l'avancée de la recherche des sciences sociales et humaines en matière de dépendance. Cette thèse se veut être une « boîte à outils » pour un changement législatif.

Mots clés :

Politique publique des drogues - conduites addictives - réduction des risques - libéralisation des drogues - dépenalisation des drogues - légalisation des drogues.

Title : For a reform of the texts resulting from the law of December 31, 1970 with regard to drug users.

Abstract :

In his commentary on the story of the woman taken in adultery in John's Gospel, Jean-Yves Leloup wrote: "Where the Pharisees see a fault that must be condemned, Jesus sees a misfortune that needs to be healed. They only see the sin, they don't see the suffering. Jesus sees the suffering and looks with humility on the sin. He does not seek to kill the woman, he seeks for a way to heal her, to deliver her."

Yet some people still say that drug users should be punished because they are accomplices of drug dealers. However, in setting out a framework for the "legalization/regulation" of all drug use, the State would be in charge of drug production and distribution. Drugs deemed illegal today would have the same status as tobacco and alcohol. From that point forwards drug users would become users of this "public service", and therefore exemplary citizens participating in the growth of French national GDP.

Since the law of December 31, 1970, which echoed Nixon's formula "we must wage war on drugs", the repression of drug use has gone from strength to strength in France. This law, now repealed to allow for a process of codification, was not preceded by an impact study. Yet, In terms of public policy we need to know whether this crackdown on drug use is effective. This thesis seeks to answer this question. Moreover, from a legal point of view, isn't reform essential if the question of the effectiveness of the law on drug use arises? Is there proportionality between the protection of public order in the face of simple drug use and the protection of users' public rights and freedoms?

On December 5, 2023, the International Drug Policy Consortium published a report evaluating the United Nations' drug strategy. The report highlights the complacency of governments in continuing the war on drugs, despite the disastrous consequences in terms of health, discrimination and human rights. The report therefore calls for reform. Previously, on January 24, 2023, the French Economic, Social and Environmental Council (C.E.S.E.) came out in favor of a controlled legalization of cannabis. Many Western countries are moving in this direction, based on advances in social and human sciences research into addiction. This thesis is intended as a "toolbox" for legislative change.

Keywords :

Public drug policy - addictive behavior - harm reduction - drug liberalization - drug decriminalization - drug legalization.

L'Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses, ces opinions devront être considérées comme propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

À mon directeur de thèse, le Professeur Pierre-Olivier Chaumet, pour avoir rendu cet ouvrage possible.

À mon Professeur de droit pénal Olivier Bachelet, magistrat pour m'avoir fait mieux comprendre le droit pénal.

Au ministère des armées pour son aide.

J'espère que cette thèse aidera d'autres personnes.

« L'action des stupéfiants dans la lutte pour le bonheur et l'éloignement de la misère est à ce point appréciée comme un bienfait, qu'aussi bien des individus que des peuples leur ont accordé une solide position dans leur économie libidinale. On leur doit non seulement un gain immédiat de plaisir, mais aussi une part ardemment désirée d'indépendance vis-à-vis du monde extérieur. On sait pourtant que grâce à ces « briseurs de souci », on peut à tout moment se soustraire à la pression de la réalité et trouver refuge dans son propre monde, avec de meilleures conditions sensitives. Il est connu que c'est précisément cette propriété des stupéfiants qui conditionne leur danger et leur caractère nocif. Dans certaines circonstances, ils sont responsables d'une déperdition inutile de grandes quantités d'énergie qui pourraient être employées à améliorer le sort des hommes »

(S.) Freud, *Malaise dans la civilisation*, Paris, Ed. Point, 2010, 192 p.

« Les hommes ne doivent jamais punir, à moins qu'ils n'en reviennent quelques utilités. Quand on punit, il faut nécessairement avoir égard au passé, ou au mal qui a été commis, sans quoi on ne saurait concevoir de véritable peine, mais on doit aussi prendre garde de ne pas faire souffrir sans nécessité un homme, coupable à la vérité, mais toujours uni avec nous par des liens d'une humanité commune ».

(S.) Pufendorf, *Le droit de la nature et des gens*, Basel, Ed. Thourneisen, 1732, 506 p.

SOMMAIRE

TABLE DES ABRÉVIATIONS	11
INTRODUCTION.....	19
TITRE PRÉLIMINAIRE : LE CONTEXTE HISTORIQUE ET JURIDIQUE	25
ANTÉRIEUR À LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970.....	25
CHAPITRE I. LA PRÉSENTATION HISTORIQUE DU FAIT SOCIAL DE L'USAGE DE DROGUE.....	28
Section I. Le temps de la découverte	28
Section II. Le temps de la « démocratisation ».....	30
Section III. Le temps de la condamnation.....	34
CHAPITRE II. LA GENÈSE DE LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970 : DES MESURES ADOPTÉES SANS DÉBATS PARLEMENTAIRES ET À LA DEMANDE DE L'EXÉCUTIF	36
Section I. Loi du 19-25 juillet 1845 sur la vente des substances vénéneuses.....	37
Section II. La loi du 12 juillet 1916 concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses (l'opium, la morphine et la cocaïne)	40
Section III. La loi du 13 juillet 1922 concernant l'importation, la détention et l'usage de substances vénéneuses.	47
Section IV. Le Décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française.....	51
Section V. La loi n°53-1270 du 24 décembre 1953 modifiant et complétant les dispositions législatives sur la répression du trafic et de l'usage illicite des stupéfiants.....	54
Section VI. La loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.	56
PARTIE I.....	69
LE RENFORCEMENT PROGRESSIF DE LA RÉPRESSION	69
CHAPITRE I. LES MODIFICATIONS SUCCESSIVES DEPUIS LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970	71

Section I. La loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social	71
Section II. La loi n°87-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du Code pénal.	72
Section III. La loi n°96-382 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants, ainsi qu'à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime.	74
Section IV. La loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité dite « loi Perben II ».	74
Section V. La circulaire « Perben » du 8 avril 2005	75
Section VI. La loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance	80
Section VII. La loi n°2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice (article 58).....	89
CHAPITRE II. L'ÉCHEC PATENT DE CES POLITIQUES PUBLIQUES	96
Section I. L'usage des drogues : un état des lieux	96
I. Chiffres et tendances concernant les drogues en France.....	96
A. Le phénomène en chiffre	97
B. Les tendances récentes en matière d'usage de drogues.....	106
II. Focus sur le cannabis et ses différentes formes : CBD, cannabinoïdes de synthèse et e-cigarette.	114
Section II Le bilan concernant les consommations de drogues.	121
I. Les chiffres de la consommation de substances illicites.....	122
II. Les chiffres de l'addiction.....	123
Section III. Le bilan répressif.....	128
I. La mobilisation des autorités de police.....	128
II. La mobilisation des autorités judiciaires	129
Section IV. Le bilan financier	131

Section V. Le bilan médical.....	147
I. L’avis d’une praticienne.....	147
II. Le rôle joué par l'épidémie de VIH/SIDA dans les années 90 : la mise en place des prémices de la politique de réduction des risques et des dommages	149
III. Des premières dispositions à l’institutionnalisation d’un référentiel de réduction des risques et des dommages	151
IV. L'information, l'éducation et la prévention	153
V. La politique de prise en charge des soins	163
Section VI. Le bilan au niveau des droits et des libertés publiques.....	167
I. Un dispositif problématique pour le respect des libertés individuelles	170
A. Liberté individuelle et protection de l'individu contre lui-même	170
B. La question du dépistage	175
II. Le droit à un procès équitable.....	177
A. Pratiques discriminatoires et procédure pénale	177
B . La question des soins pénalement ordonnés.....	186
III. Le droit à la protection de la santé	191
A. Accès aux soins et discriminations.....	192
B. Une prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues encore trop lacunaire	194
C. Une politique de réduction des risques et des dommages efficace confrontée aux logiques prohibitionnistes	199
PARTIE II. LA NÉCESSAIRE MISE EN PLACE D’UNE POLITIQUE INCLUSIVE.....	205
CHAPITRE I. FREINS ET LEVIERS POUR L’AVÈNEMENT D’UNE RÉFORME ESSENTIELLE	206
Section I. Les différents obstacles	206
Section II. Les différents leviers	236
I. La légalisation en France du cannabis thérapeutique	237
II. Les exemples inspirés de l'étranger.....	240

CHAPITRE II. VERS UNE LÉGALISATION DE L'USAGE DE TOUTES LES DROGUES	270
Section I. L'élément déclencheur : l'affaire Sarah Halimi	270
Section II. Une piste à suivre ? : les propositions faites par la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme	275
I. Intégrer le concept d'addiction dans le Code de la santé publique	275
II. Bâtir une véritable politique de prévention à destination de l'ensemble de la société	277
III. Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale	284
IV. Poursuivre et renforcer la politique de réduction des risques	286
V. Promouvoir au niveau des Nations Unies une politique proactive en faveur d'une révision du système conventionnel	288
VI. Faire évoluer la législation pénale sur les stupéfiants	293
Section III. Le recours possible à de nouvelles alternatives	321
I. L'approche juridique : défendre les droits fondamentaux et les libertés publiques des usagers de drogue	321
II. L'approche scientifique : Les progrès des sciences humaines et dures en matière d'usage de drogues	325
III. L'expérience du « Rat Park » de Bruce Alexander	342
IV. Les réunions des narcotiques anonymes	347
V. Les « mesures phares » pour l'avenir	352
CONCLUSION	358
SECTION II. BIBLIOGRAPHIE	377
ANNEXE	395
INDEX NOMINUM	402
INDEX RERUM	402
TABLE DES MATIÈRES	423

TABLE DES ABRÉVIATIONS

- ACLU : American Civil Liberties Union
- ACMD : Advisory Council on the Misuse of Drugs
- AFR : Association Française pour la Réduction des risques
- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- AN. : Archives Nationales
- ANPAA : Association Nationale de Prévention contre l'Alcoolisme et les Addictions
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité des Médicaments
- ANSSI : Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information
- ANTAI : Agence Nationale de Traitement Automatisé des Infractions
- API : Alcoolisation ponctuelle importantes
- ARCA : Autorité de Régulation du CAnnabis
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ASAM : Américan Society of Addiction Medecine
- ASUD : AutoSupport des Usagers de Drogues
- ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation
- BHD : Buprénorphine Haut Dosage
- BNDD : Bureau des narcotiques et des drogues dangereuses
- BO : Bulletin Officiel

- CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers.
- CAE : Conseil d'Analyse Économique
- CARSAT : Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
- CAST : Cannabis Abuse Screening Test
- CDT : Commissions pour la Dissuasion de la Toxicomanie
- CEIP-A : Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance
- CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès
- CEPS : Comité Économique des Produits de Santé
- CESC : Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté
- CESDIP : Centre de Recherches Sociologiques sur le droit et les Institutions Pénales
- CESE : Conseil Economique Social et Environnemental
- CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- CIM : Classification Internationales des Maladies
- CIPCA : Commission Interministérielle de Prévention des Conduites Addictives
- CIRC : Collectif d'Information et de Recherche Cannabique
- CJC : consultations jeunes consommateurs
- CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
- CNPD : Collectif pour une Nouvelle Politique des Drogues »
- CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
- COPJ : Convocation par officier de police judiciaire
- CPP : Code de Procédure Pénale
- CPS : Compétences Psycho-Sociales

- CRPC : Comparution sur Reconnaissance Préalable de Culpabilité
- CS : Cannabinoïdes de Synthèse
- CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- CSC : Club Social Cannabique
- CSDH : Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme.
- CSP : Code de Santé Publique
- CSPPA : Centre de Soins Psychotériques Pour Adolescents.
- CSST : Comité Scientifique Spécialisé Temporaire
- CTR : Centres Thérapeutiques Résidentiels
- DAGG : Direction des affaires criminelles et des grâces
- DCPJ : Direction Centrale de la Police Judiciaire
- DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DDL D : Décès Dus à L'utilisation de Drogues
- DEA : Drug Enforcement Administration
- DGESCO : Direction Générale de l'Enseignement Scolaire
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DGS : direction générale de la santé
- DPT : Document de Politique Transversale
- DRAMES : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances
- DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
- DTA : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances.
- Ed. : Editions
- ELSA : Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie
- EMCDDA : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

- ENA : École Nationale de l'Administration
- EPRUS : Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
- EROPP : Enquête sur les Représentations Opinions et Perception sur les psychotropes
- ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les consommations lors de la journée d'Appel et de Préparation à la Défense
- ESPAD : European School Project on Alcohol and other Drugs
- ESUS : Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale
- FAAT : For Alternative Approaches to Addiction, Think & do tank
- FAC : Fédération des clubs de cannabis
- FARC : Forces Armées Révolutionnaires de Colombie
- FFA : Fédération Française des Addiction
- FNULAD : Fonds des Nations Unies pour la Lutte contre l'Abus des Drogues
- GERN : Groupe Européen de Recherche sur les Normativités
- GIP Adalis : Groupement d'Intérêt Public Addictions drogues alcool info service
- HCSP : Haut Comité de la Santé Publique
- HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
- IDPC : International Drug Policy Consortium
- IDT : Instituto da Droga e da Toxicodependência
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- ILS : Législation sur Les Stupéfiants
- INCA : Institut National Contre le Cancer
- INFPN : Institut National de Formation de la Police Nationale
- INHESJ : Institut National des Hautes Études de la Sécurité et de la Justice

- INPES : Institut National de Prévention et d'Education Pour la Santé
- INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- InVS : Institut de Veille Sanitaire
- IRISSO : Institut de Recherche Interdisciplinaire en Sciences Sociales
- IT : Injonction Thérapeutique
- JO : Journal Officiel
- JORF : Journal Officiel de la République Française
- LNCA : Ligue Nationale Contre l'Alcool
- LOLF : Loi Organique relative aux Lois de finances
- LR : Les Républicains
- LREM : La République En Marche
- MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les drogues Et les Conduites Addictives
- MILDT : Mission permanente de lutte contre la toxicomanie
- MLNT : Mouvement de libération nationale Tupamaros
- MPP : Mouvement de participation populaire
- NA : Narcotiques Anonymes
- NATINF : NATures d'INFractions
- NEO : Nouvel Équipement Opérationnel
- NORML France : National Organisation for Reform of Marijuana Law (France)
- NPS : Nouveaux Produits de synthèse
- OBE : Out of Body Experience

- OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- OCRTIS : Office Central pour la Répression du Trafic illicite de Stupéfiants
- OEDT : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
- OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- OICS : Organe International de Contrôle des Stupéfiants
- OIP : Observatoire International des Prisons.
- ONG : Organisation Non-Gouvernementale
- ONU : Organisation des Nations Unies
- ONUDC : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
- PEPS : Programme Expérimental de Prescription de Stupéfiants
- PES : Programmes d'Échange de Seringues
- PIB : Produit Intérieur Brut
- PNUCID : Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues
- PrEP : PRophylaxie Préexposition
- PSE : Paris School of Economics
- PUF : Presses Universitaires de France
- PUR : Presses Universitaires de Rennes
- PVe : Procès Verbal électronique
- QPC : Question Prioritaire de Constitutionnalité
- RdRD : réduction des risques et des dommages
- SAF : Syndicat des avocats de France
- SCMR : Salles de Consommation à Moindre Risque

- SDN : Société Des Nations
- SECA : Société d'Exploitation du Cannabis
- SICAD : Serviço de Intervenção nos Comportamentos Adictivos e nas Dependências
- SMART : Société Mexicaine d'Autoconsommation Responsable et Tolérante
- SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
- SMS : Short Message Service
- TAJ : Traitement des Antécédents Judiciaires
- TICPE : taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques
- TREND : Tendances RÉcentes et Nouvelles Drogues
- TSE : Toulouse School of Economics
- TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés
- UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
- UDE : Union des Démocrates et des Écologistes
- UDI : Usagers de Drogues Injecteurs
- UMP : Union pour un Mouvement Populaire
- UNGASS : United Nations General Assembly Special Session on Drugs
- VHC : Virus Hépatite C
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

* *

*

INTRODUCTION

À quelques jours des élections législatives de juin 2022, le gouvernement français bloque le projet de centre pour toxicomanes dans le XVI^{ème} arrondissement de Paris. Cette décision politique illustre de nombreux aspects de la problématique de l'usage des drogues.

Tout d'abord, la France est l'un des plus gros consommateurs de drogues (alcool, tabacs, drogues illicites) en Europe. En 2020, selon l'INSEE, les produits addictifs concentraient 8 % des dépenses des ménages. Les Français sont les premiers consommateurs de médicaments en Europe et les premiers fumeurs de cannabis. Cette question mérite une politique publique à la hauteur des enjeux sociétaux soulevés.

Ensuite, l'image des usagers de drogues varie en fonction de la culture des pays dans lesquels elles sont consommées et des époques de l'histoire. Cela va de l'image plutôt positive de l'alcool prise au cours d'un apéritif à celle extrêmement dégradée de la consommation de drogues dans la rue en particulier du crack ou par injection. Cette image sociale doit beaucoup à la présentation qu'en fait la presse au public.

Enfin, cette question est extrêmement politisée. Cette politisation nuit à l'émergence législative de réponses objectivement et scientifiquement adaptées. En effet, la réponse à apporter à l'usage de drogues devrait être majoritairement celle des autorités chargées de la santé publique. Mais elle est toujours le fruit d'un long rapport de force entretenu entre le ministère de l'Intérieur et le ministère de la Santé. Les considérations d'ordre public sécuritaire l'emportent alors sur les considérations de santé publique. De plus, dans sa lutte contre les trafiquants de drogues, le ministère de l'Intérieur inclut les usagers qui sont pourtant les victimes directes de ce trafic.

La France est l'un des derniers pays démocratiques, en Europe de l'Ouest, à entretenir une politique répressive moralisatrice et hypocrite allant à l'encontre de la santé publique. En effet, les études scientifiques bousculent les idées reçues sur les drogues. Ainsi, en 2009, alors que l'Angleterre s'inquiète d'une augmentation des décès liés à l'ecstasy, le gouvernement

travailleuse demande au professeur David Nutt¹ un rapport pour quantifier et limiter les dommages. En réponse, celui-ci publie deux études :

- La première illustrant la dangerosité des drogues (légalles et illégales) pour soi et pour autrui ;
- La seconde comparant les risques de décès liés à la pratique de l'équitation par rapport à ceux liés à l'usage d'ecstasy.

Le premier article, bien que démontrant la dangerosité sans égale de l'alcool par rapport aux autres drogues, ne fera pas « couler beaucoup d'encre ». Le second article, en revanche, plus provocateur et posant sans détour la question du « bénéfice/risque » lui vaudra d'être licencié de son poste au sein du Conseil consultatif² sur l'abus de drogue.

Un groupe d'experts indépendant au Royaume-Uni et aux Pays-Bas³ a qualifié, selon une méthode standardisée, les méfaits de l'usage de substances, utilisant seize *items* (neuf concernant l'individu, sept concernant la société) pour vingt substances sur une échelle continue de 0 à 100. Hérodine, cocaïne, crack et métamphétamine étaient jugés comme engendrant le plus de méfaits pour l'individu. Le tabac se trouve à la sixième place et le cannabis à la huitième.

L'usage de substances psychoactives comporte des risques de santé pour l'individu, mais aussi pour la société à cause des agressions, des accidents de la route, de la criminalité, de la pauvreté, de l'absence de travail ou des coûts liés aux frais de santé. Des approches de régularisation pour essayer de limiter les conséquences de l'usage de substances existent. En général, elles sont basées sur une séparation entre drogues licites et illicites.

¹ Le professeur David Nutt de « l'Impérial Collège London » est aujourd'hui l'un des chercheurs les plus actifs dans ce champ en pleine révolution. Né le 16 avril 1951, il est un neuropsychopharmacologue anglais spécialisé dans la recherche de médicaments qui affectent le cerveau et des conditions telles que la dépendance, l'anxiété et le sommeil. Il est le président de « Drug Science », une organisation à but non lucratif qu'il a fondée en 2010 pour fournir des informations indépendantes et fondées sur les médicaments.

² « L' Advisory Council on the Misuse of Drugs » (ACMD) est un organisme public statutaire consultatif non ministériel britannique, qui a été créé en vertu de la loi de 1971 sur l'abus de drogues. Ses attributions sont les suivantes : « suivre de près la situation au Royaume-Uni en ce qui concerne les drogues qui font l'objet d'un abus ou leur paraissent susceptibles d'être utilisées à mauvais escient et dont l'abus a ou leur semble susceptible d'avoir des effets nocifs suffisants pour constituer un problème social ».

³ (B.) Broers, (J.) Perdrix, « Une nouvelle classification des drogues ? », in *Revue médicale suisse*, 30 mars 2011 n°288, pp. 726-727.

Ces approches ont été souvent jugées inefficaces pour diminuer la prévalence d'usage. En revanche, elles tendent à promouvoir la criminalité organisée. Ainsi, la criminalisation de l'usage alimentaire, en premier lieu, les réseaux de trafiquants ce qui génère, d'une part, toute une délinquance rendant la vie dans certains territoires impossible et, d'autre part, toute une économie souterraine.

Le terme de « drogue » a été préféré à celui de « stupéfiant » qui désigne une drogue illicite. En effet, dans une étude scientifique, il convient de ne pas faire une différence aussi artificielle entre les drogues licites et illicites. Les usagers de ces deux types de drogues présentent, en outre, une construction psychologique similaire. Une drogue est une substance psychoactive qui modifie le comportement, la conscience et l'humeur. Les drogues se divisent en trois catégories : les perturbateurs hallucinogènes, les dépresseurs et les stimulants.

À l'origine, avant la Convention unique sur les stupéfiants du 30 mars 1961⁴, le terme de stupéfiant possède une définition en pharmacologie où il désigne, par analogie avec leurs effets « stupéfiants », un groupe de substances (principalement des opiacés) connues pour inhiber les centres nerveux et pour induire une atténuation de la douleur. Le terme stupéfiant apparaît dans la convention de l'ONU du 30 mars 1961. Cette instance internationale ne donne pas de définition du terme et se contente de les lister (tableaux I et II). Cette confusion entre le sens pharmacologique attaché à l'effet et l'utilisation du terme en droit pour désigner un groupe de substances illégales a entraîné une évolution du sens de ce mot. Depuis les années 80, les stupéfiants désignent des drogues illégales ou soumises à réglementation. La convention de l'ONU de 1971 parle de psychotropes classés dans les tableaux I, II, III et IV. L'inscription d'une substance comme stupéfiant s'attache à deux critères : le potentiel à induire une dépendance et les dangers qu'elle pourrait représenter pour la santé publique.

Les législations des différents pays se sont inspirées de ces conventions internationales pour classer ces substances, tout en apportant des modifications adaptées à l'apparition de nouveaux produits. En France, l'article 222-41 du Code pénal, dans sa rédaction issue de la loi

⁴ Cette Convention a pour but de lutter contre la consommation de drogues par le biais d'une intervention internationale coordonnée. Elle vise à limiter la possession, la consommation, le commerce, la distribution, l'importation, l'exportation, la fabrication et la production de drogues uniquement à des fins médicales et scientifiques. Elle lutte également contre le trafic de stupéfiants par le biais d'une coopération internationale pour dissuader et décourager les trafiquants de drogues.

du 22 juillet 1992, prévoit que : « Constituent des stupéfiants au sens des dispositions de la présente section des substances ou plantes classées comme stupéfiants en application de l'article L. 5132-7 du Code de la santé publique ». L'article L.5132-7 du Code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la loi du 29 décembre 2011, dispose : « Les plantes, substances ou préparations vénéneuses sont classées comme stupéfiants ou comme psychotropes ou sont inscrites sur les listes I et II par arrêté du ministre chargé de la santé pris sur proposition du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ». Ainsi l'arrêté du 22 février 1990 transpose la classification internationale des stupéfiants en droit français. Les substances répertoriées comme stupéfiants sont listées dans quatre annexes.

La répartition des compétences législatives et réglementaires est ici malmenée. C'est la raison pour laquelle, une question prioritaire de constitutionnalité a été transmise à la Cour de cassation ainsi rédigée : « Les articles 222-37 et 222-41 du Code pénal ainsi que l'article L. 5132-7 du Code de la santé publique, en ne définissant pas la notion de stupéfiant, sont-ils conformes à l'article 34 de la Constitution qui exige que la loi détermine les crimes et les peines qui leurs sont applicables ? ». Les magistrats de la Haute juridiction judiciaire ont, néanmoins, refusé de considérer que la question posée revêtait un caractère sérieux (Cass. Crim., 11 janvier 2011 et 15 juin 2011). Toutefois, une formule du Conseil constitutionnel doit être lue avec attention : « c'est toujours le législateur qui érige en délit le comportement auquel il attache une sanction, et l'autorité administrative n'a pas ce pouvoir quoiqu'elle décrive la conduite infractionnelle »⁵.

Le 7 janvier 2022, le Conseil constitutionnel⁶ a précisé les critères de définition d'un produit stupéfiant. Ce terme définit une substance psychotrope qui se caractérise par deux critères cumulatifs : un « risque de dépendance » et des « effets nocifs pour la santé ». Les juges ont précisé qu'il « appartient à l'autorité administrative, sous le contrôle du juge », de classer certaines substances dans la catégorie des stupéfiants « en fonction de l'évolution de l'état des connaissances scientifiques et médicales ». En effet, l'article 111-5 du Code pénal donne compétence au juge pénal pour contrôler la légalité des actes administratifs.

⁵ (O.) Bachelet, *Cours de droit pénal général*, Paris, Ed. Groupe ISP, 2023.

⁶ C.C. décision n°2021-960 Q.P.C. du 7 janvier 2022.

Le Conseil constitutionnel n'ira pas plus loin dans sa définition des stupéfiants puisque dans sa décision n°2021-967/973 QPC du 11 février 2022, il renvoie au Conseil d'État le soin de contrôler les classements des stupéfiants. Ainsi, le Conseil Constitutionnel a considéré, notamment, que l'article L. 235-1 du Code de la route qui punit le conducteur dont l'analyse sanguine prouve qu'il « a fait usage » de stupéfiants est conforme au principe de légalité. De la sorte, les Sages ont rejeté la question prioritaire de constitutionnalité développée par le requérant aux termes de laquelle, le défaut d'indication d'un seuil minimum de concentration de molécules maléfaisantes dans la composition du sang des conducteurs méconnaît, notamment, le principe de légalité. Pour autant, ils ont affirmé qu'« il appartient au pouvoir réglementaire, sous le contrôle du juge compétent, de fixer, en l'état des connaissances scientifiques, médicales et techniques, les seuils minima de détection témoignant de l'usage des stupéfiants »⁷. À la lumière de la définition donnée par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 7 janvier 2022, il est difficile de comprendre pourquoi certaines substances, comme l'alcool et le tabac, ne sont comprises parmi les stupéfiants.

L'autre terme important est celui « d'usager ». L'usager de drogues encourt selon l'article L 3421-1 du Code de la santé publique un an d'emprisonnement et 3 750 € d'amende. L'article 222-37 du Code pénal prévoit, quant à lui, que : « Le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicite de stupéfiants sont punis de dix ans d'emprisonnement et de 7 500 000 € d'amende ». Le plus choquant est certainement l'extrême sévérité du droit pénal à l'égard de personnes, qui indirectement, sont les victimes des trafiquants de drogues et de la mafia internationale. À l'heure où l'Allemagne s'engage sur la voie d'une légalisation contrôlée en s'inspirant des expériences internationales, et notamment du Québec, la France tarde à mettre notamment en place la légalisation du cannabis thérapeutique.

Le droit pénal est un droit directement lié à l'exercice de la souveraineté, un héritage du droit de punir du souverain. Aujourd'hui c'est donc un droit qui ne peut intervenir qu'en cas d'absolue nécessité. Le droit pénal est l'ultime recours dans un État civilisé où domine le droit civil. Il ne peut intervenir que lorsque les autres droits, notamment le droit social et le droit de la santé, ne peuvent trouver de solution. De plus, son intervention doit assurer une proportionnalité entre la défense de l'ordre public et la nécessaire protection des droits et libertés fondamentaux en vertu de l'article 8 de la Déclaration des droits de l'Homme et du

⁷ Décision n° 2011- 204 QPC du 9 décembre 2011.

citoyen. De plus, la définition donnée de l'ordre public par le Conseil constitutionnel est très proche de celle utilisée en droit administratif : bon ordre, sécurité, salubrité et tranquillité publique. Il n'y a pas d'aspect moral dans sa définition, seulement un critère matériel. Par ailleurs, parmi les éléments constitutifs d'une infraction doit figurer un élément injuste. Quel serait cet élément pour le seul usage de drogues ?

Dès lors, une problématique s'impose : la nécessité de réformer le droit positif relatif aux usagers de drogues, et ceci dans un sens plus inclusif, c'est-à-dire dans le respect de leurs droits et de leurs libertés individuelles. L'objectif de cette réflexion n'est pas d'aboutir à un usage plus abusif des drogues ou d'augmenter les trafics illégaux. Bien au contraire. Le but de cette étude est de permettre aux usagers de drogues d'exercer leurs droits et leurs libertés en toute sécurité, et ceci en réduisant le plus possible les risques pour eux-mêmes et les conséquences négatives sur leur environnement liés à cet usage des drogues.

Pourquoi semble-t-il nécessaire d'envisager cette nouvelle réforme ? Après avoir présenté le contexte historique et juridique antérieur à cette loi du 31 décembre 1970 (**Titre préliminaire**), nous analyserons l'échec patent du renforcement de la répression (**Partie I**) avant d'envisager la réelle nécessité d'une politique publique inclusive des usagers de drogue (**Partie II**).

TITRE PRÉLIMINAIRE : LE CONTEXTE HISTORIQUE ET JURIDIQUE ANTÉRIEUR À LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970

Il est difficile de connaître les réelles motivations des partisans de la répression. Quelques hypothèses peuvent néanmoins être avancées. En France, cette situation permet à l'État de pallier aux carences d'une politique sociale d'inclusion à la fois des trafiquants et des usagers de drogues. En effet, beaucoup de trafiquants sont issus de milieux défavorisés et appartiennent à des minorités visibles qui font l'objet de discriminations à l'embauche. Cela les expose à une misère économique, sociale et culturelle. Ils trouvent dans le trafic de drogues une source de revenus. En ce qui concerne les usagers de drogues, il est plus simple de criminaliser les stupéfiants et leurs usagers que de prendre en charge socialement et sanitaire les usagers problématiques. Le bilan financier des politiques publiques répressives nous éclairera sur ces calculs.

Aucun pays, aucun régime n'a pu éliminer la pègre. Ses activités se concentrent sur les trafics de drogues et les êtres humains (prostitution et autres travaux forcés). Cela évite que celle-ci se tourne vers d'autres activités : les cambriolages, les agressions pour vols des citoyens qui sont par définition des électeurs. Cela ferait monter les statistiques de la délinquance. Laisser se détruire les usagers de drogues évite de devoir les prendre en charge dans le cadre de politiques sociales ou de solidarité. Leur état ne leur permet même plus de revendiquer un meilleur sort ou de se révolter contre le pouvoir. Les stigmatiser pour mieux les marginaliser permet aussi que personne ne s'inquiète réellement de leur sort. Qui va s'émouvoir de ces prostituées immigrées clandestines pour la plupart ou de ces « toxes » qui se vautrent alcoolisées dans les caniveaux ? Dans une société de type patriarcal, il s'agit d'avoir des exemples de l'extrême dégradation de ceux qui se seraient écartés de l'ordre social établi afin que les autres citoyens restent dans l'obéissance aux règles édictées par le pouvoir. Il s'agit de rassurer les électeurs après des faits médiatisés à outrance ayant ému l'opinion : l'État protège des fléaux sociaux. L'affaire Halimi sera examinée plus loin.

La raison principale évoquée par les partisans de la répression est la suivante : la poursuite des usagers faciliterait le démantèlement des réseaux de trafiquants. Cela aboutit à une double peine et à une incohérence. L'usager est la victime des trafiquants. Mais de plus, il reçoit une condamnation pénale alors même qu'il aiderait les services de police. Enfin, l'usage

de stupéfiants constitue une infraction qui ne nécessite aucune enquête préalable : l'interpellation n'intervient pas après le dépôt d'une plainte, mais à l'initiative des services de police et de gendarmerie. Ces infractions sont élucidées au moment même où elles sont constatées. Les infractions d'usage améliorent mécaniquement les taux d'élucidation des unités de police. L'interpellation d'usagers simples de cannabis a pu servir de variable d'ajustement dans les périodes où la pression politique sur les statistiques policières a été la plus forte. Par exemple, en période d'élection présidentielle, lorsqu'un second tour en présence de l'extrême droite est prévu dans les sondages, une politique répressive en matière de drogues avec des résultats rapides permet de contrer toutes accusations de laxisme et d'aggravation de la délinquance. En fin de mois, quand les chiffres d'élucidation des délits ne sont pas conformes aux prévisions, l'usager de cannabis peut ainsi les améliorer. C'est pourquoi, plus que tout autre, la statistique policière en matière d'interpellation pour usage de stupéfiants doit être interprétée avec une grande prudence. Reflet direct de l'activité policière, elle ne témoigne que très indirectement de l'évolution du nombre des usagers. Avec l'amende forfaitaire délictuelle de 2019, un nouveau pas est franchi. Non seulement l'élucidation est immédiate, mais la peine aussi. L'amende de 200 € est infligée sans autre forme de procès. Augmenter de manière aussi rapide les résultats de la police en matière de répression des infractions permet de cacher qu'elle consacre la majeure partie de son temps à assurer la protection du pouvoir en place. La police serait davantage un instrument de pérennisation du pouvoir que de poursuite des infractions. Ceci étant particulièrement vrai en période de forte contestation sociale comme celle organisée par les « gilets jaunes »⁸.

Sur la boucle Telegram créée pour débattre sur le sujet de cette thèse, les partisans de la répression peinent à indiquer, voire n'indiquent pas du tout leurs motivations. Seraient-elles inavouables parce que particulièrement cyniques comme celles évoquées précédemment ? Pour

⁸ Le mouvement des « Gilets jaunes » (dont le nom est tiré des gilets de sécurité de couleur jaune ou orange fluorescent devenu obligatoire à tout conducteur d'un véhicule automobile) est un mouvement social de contestation non structuré qui a débuté en octobre 2018 en France. Si son origine est attribuée à l'augmentation de la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE), les revendications sont plus générales et portent sur la baisse générale du pouvoir d'achat et la précarité ainsi que sur la demande d'un référendum d'origine citoyenne (RIC). Les manifestations se sont répétées chaque samedi et se sont rapidement amplifiées par la non considération du gouvernement, largement ressentie comme du mépris. La répression des forces de l'ordre a été telle qu'elle a provoqué des milliers de blessés, dont 23 éborgnés en cinq ans. Le premier confinement lié à la pandémie de Covid-19 a mis un coup d'arrêt aux actions du mouvement, qui ne reprendra que sporadiquement par la suite.

les connaître, le mieux est certainement d'interroger l'histoire. En 2009, Emmanuelle Retailaud-Bajac écrit ainsi :

« Quand les pouvoirs publics ont conçu la législation de 1970, c'était dans l'ignorance quasi totale de ce dont le passé avait été fait, et sans chercher à articuler au débat contemporain une quelconque dimension historique »⁹.

En effet, le juridique a pour mission d'encadrer un fait social qui s'inscrit dans l'histoire et lui préexiste. Il est donc important de connaître et d'évoquer ce fait social et son histoire (**Chapitre I**) et de voir en son temps sa traduction juridique en termes de politiques publiques (**Chapitre II**).

* *
*

⁹ (E.) Retailaud-Bajac, *Les paradis perdus. Drogues et usagers de drogues dans la France de l'entre-deux-guerres*, Rennes, Ed.Presses Universitaires de Rennes, 2009, 472 p.

CHAPITRE I. LA PRÉSENTATION HISTORIQUE DU FAIT SOCIAL DE L'USAGE DE DROGUE

Cette présentation doit nous permettre de comprendre comment on a pu passer de l'image de l'usager plutôt mondain, aristocratique ou bourgeois, voire celle d'un artiste cherchant l'inspiration, au délinquant qu'il faut absolument punir de plus en plus sévèrement. Cette dégradation de l'image de l'usager de drogue au sein de l'opinion publique a ainsi rendu plus facile l'action répressive du législateur.

« L'histoire des drogues se fond avec l'histoire des hommes. Le mot lui-même mélange santé (médicament) et maladie (toxique), bien-être et mal-être, humanité et dangerosité sociale. Les drogues et leurs usagers sont abondamment montrés dans la littérature et les arts. Leur présence même vaut la définition des normes de vie en société : tolérance ou intolérance, sociabilité ou disqualification sociale, intégration ou exclusion. Elles permettent même d'étudier les consommations et leurs représentations sous l'angle du genre. Question d'époque »¹⁰.

En effet, l'auteur de cette citation, Didier Nourisson, considère qu'il existe trois périodes dans l'image véhiculée par l'usager de drogues : le temps de la découverte (**section I**), le temps de la « démocratisation » (**section II**), et pour finir, le temps de la condamnation (**section III**).

Section I. Le temps de la découverte

Dans un premier temps, entre le XVI^{ème} et le XVIII^{ème} siècle, les drogues en provenance de contrées exotiques sont utilisées dans des cercles aristocratiques. Le moine cordelier d'Angoulême, André Thevet, rapporte ainsi des Amériques le tabac utilisé par les Indiens pour entrer en relation avec les esprits. Ils renouvellent cette pratique pendant les périodes de guerre ou de chasse afin de couper la faim. L'usage par les femmes indiennes est en revanche interdit. Cette plante est alors appelée « l'herbe angoumoisine »¹¹. Puis, le tabac est appelé nicotiane du nom du courtisan favori de Catherine de Médicis : Jean Nicot¹². Au milieu du XVI^{ème} siècle, la Reine en fait un produit dit « de cour ». Cette substance va réussir à guérir ses migraines et la

¹⁰ (D.) Nourisson, « La représentation des drogues dans l'histoire des sociétés. Le cas français » in *Revue drogues santé et société*, vol.16, n°2, octobre 2017, pp. 1-14.

¹¹ Un participant à l'expédition de Villegagnon en Amérique du sud (1555), le moine André Thévet, ramène en Europe une herbe aux vertus euphorisantes. Il la nomme « Herbe angoumoisine » en l'honneur de sa ville natale, Angoulême. Mais c'est sous son nom indien qu'elle accède véritablement à la notoriété : le tabac.

¹² Le terme le mot « nicotiane » a été remplacé par « tabac » au début du XIX^{ème} siècle, lorsque l'alcaloïde de la plante est isolé et dénommé « nicotine ».

maladie de peau du Dauphin. Le tabac est à priser. Il est utilisé par toute l'aristocratie, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Dans la cordillère des Andes, on pratique la mâche de la feuille de coca qui, là encore, permet de résister à la faim, mais aussi, de multiplier ses capacités. Mais à l'époque de cette découverte dans les Amériques, ni les « Conquistadors »¹³ ni les Anglais ne réussissent à exporter son utilisation. Il faut attendre le XIX^{ème} siècle et le vin de Bordeaux « Mariani » pour en diffuser la consommation en 1863. Ensuite, la diffusion de la coca se fait grâce au « Coca-Cola » au début du XX^{ème} siècle. À cette époque, on estime que trois verres de cette boisson gazeuse contiennent autant de cocaïne qu'un rail de coke (30 mg)¹⁴.

En Orient, les Anglais commercialisent l'opium grâce à la compagnie des Indes. Cette drogue constitue jusqu'à la Première Guerre Mondiale une source importante de financement de l'entreprise coloniale anglaise. L'opium n'est pas exclusivement réservé à l'exportation vers la Chine, mais distribué par les Britanniques à leurs sujets coloniaux dans tout le Sud-ouest asiatique. Les Britanniques ont ainsi repris les pratiques d'autres nations coloniales, comme la Hollande en Indonésie, et également la France en Indochine, qui financent sans état d'âme ses colonies asiatiques au travers d'une régie officielle. On peut en quelque sorte considérer que l'Angleterre a installé le premier cartel international de la drogue au XIX^{ème} siècle en Asie.

En occident, l'alcool est connu depuis très longtemps : on consomme ainsi de la cervoise¹⁵ chez les Gaulois et du vin chez les Romains. À partir du XVII^{ème} siècle, les produits alcoolisés se diversifient. Les Normands et les Bretons produisent du cidre et la production des différents cépages de vin connaît une belle expansion dans toutes les provinces françaises. À la même époque, les termes de drogues (en français), drug (en anglais), droga (en italien) et droog en hollandais¹⁶ désignent des médicaments sous forme de dragées ou bonbons pour toutes les

¹³ On appelle conquistadors (en espagnol conquistador signifie « conquérant ») les Espagnols (et certains portugais) qui au XVI^{ème} siècle ont conquis des territoires dans le Nouveau Monde (c'est-à-dire en Amérique).

¹⁴ Tout ceci, bien évidemment, avant que la loi de 1906 aux États-Unis, impose à la société Coca-Cola de décaïniser la feuille de coca.

¹⁵ Sorte de bière d'orge ou de blé, faite avec des herbes mais sans houblon, en usage dans l'Antiquité et au Moyen-Age.

¹⁶ Le *Dictionnaire de Trévoux* (Impr. Trévoux, 1752, 15 tomes), ouvrage savant publié par les Jésuites donne la définition suivante : « drogue : terme général de marchandise d'épicerie de toute sorte, et surtout des pays éloignés, lesquels servent à la médecine, aux teintures et aux artisans...dérivé du mot persan droa signifiant odeur ou du mot hébreux rakab, pour préparer des parfums ».

pathologies. Les apothicaires commercialisent tous ces psychotropes qu'ils désignent comme des remèdes universels.

Enfin, le chocolat venu du pays aztèque connaît également un véritable engouement dans l'aristocratie durant la même période. Ces produits psychotropes connaissent dans ce milieu une consommation qui, tout en restant mondaine et élitiste, n'en est pas moins excessive. L'Église n'y voit rien de sulfureux et la législation n'encadre pas encore ces usages même excessifs ou addictifs. Ils sont la marque du « savoir-vivre » de l'aristocratie et un signe de grande socialisation, voire l'apanage des élites européennes.

Le premier texte français concernant les drogues et relatif « aux substances vénéneuses » apparaît dans un édit¹⁷ du 31 août 1682. Il a pour objet de prévenir les empoisonnements à l'arsenic¹⁸. Ainsi, l'objectif des premiers textes n'est pas la répression de l'usage de ces produits. Seul est visé le détournement de l'usage pharmaceutique à des fins criminelles¹⁹.

Section II. Le temps de la « démocratisation »

La deuxième période commence au XIX^{ème} siècle et connaît la démocratisation et l'extension des drogues. Cette époque connaît deux révolutions : la révolution industrielle, qui permet de standardiser et de produire en grande quantité et moins cher toutes les drogues, et la révolution politique, qui favorise le passage de la consommation de l'aristocratie jusqu'au peuple. Dès lors, la consommation des drogues tend à se démocratiser. Alcool, tabac et « haschisch »²⁰ sont ainsi vendus librement par les commerçants sans qu'aucune législation n'impose une ordonnance et une vente en pharmacie. La publicité permet le succès des ventes.

¹⁷ Acte législatif émanant des anciens Rois de France.

¹⁸ « L'affaire des poisons » est une série de scandales impliquant des empoisonnements survenus sous le règne de Louis XIV entre 1679 et 1682. Plusieurs personnalités éminentes de l'aristocratie sont impliquées (et notamment la maîtresse du Roi Madame de Montespan). Cette affaire installe un climat hystérique de « chasse aux sorcières » et « aux empoisonneuses ».

¹⁹ (M.) Rosenzweig, *Les drogues dans l'histoire : entre remède et poison*, Paris, Ed. De Boeck, 1999, 198 p.

²⁰ Le « haschich » est le nom donné couramment à la résine de cannabis. Il est issu d'une extraction de la résine des fleurs femelles de cannabis et peut être mélangé à des matières à moindre coût pour augmenter sa masse, et donc, sa rentabilité.

Le cannabis sous la forme de « cigarette indienne »²¹, produite par la firme française « Grimault et Fils », est aussi présenté comme un remède universel.

Dès 1850, les drogues à usage universel sont fabriquées dans des laboratoires de chimie. Le médecin lyonnais Charles Pravaz²² invente ainsi la seringue qui permet d'injecter sous la peau de la morphine. C'est par le truchement de l'alcool que va être identifiée médicalement pour la première fois l'addiction. Ainsi, le professeur Magnus Huss²³ met en évidence que :

« l'alcoolisme chronique consiste en une intoxication progressive dépendante de l'absorption directe du toxique par le sang ou de l'altération de celui-ci. Ce toxique, agissant soit comme un corps étranger, soit comme désorganisateur, exerce secondairement sur le système nerveux une influence d'abord irritante, puis sédative, puis stupéfiante mais ordinairement alternative, avant d'être permanente»²⁴.

Par la suite, la maladie dite « alcoolique » est mise en évidence en psychiatrie :

« Toutes les formes aiguës, subaiguës et chroniques de la pathologie psychiatrique ont été alors identifiées comme ivresse anormale de Garnier, délirium tremens fébrile de Magnan, syndrome de Gayet-Werbicke (1881), syndrome de Korsakoff (1889) ; jusqu'à créer la notion de folie alcoolique et la placer en tête des toxicomanies, terme qui souligne la manie, la fringale de consommation de produits désormais considérés comme toxiques»²⁵.

C'est alors le début d'un débat qui va se continuer jusqu'à nos jours en matière d'usage : celui des libertés individuelles *versus* les intérêts de la société.

L'alcoolisme est un phénomène de société qui touche désormais la classe ouvrière. Sa condition misérable la pousse à chercher de l'évasion grâce à l'alcool. C'est à ce moment-là qu'apparaissent les premières grèves, émeutes et révolutions. Ainsi en est-il de la Commune de

²¹ Composée de feuilles de belladone (0.962) gm, d'extrait de cannabis indica (0.0005 gm) et de nitrate de potasse (0,033 gm). Elles étaient présentées comme étant efficaces pour des affections touchant aux organes de respiration et de circulation, mais également au système nerveux central et périphérique.

²² (C.-G.) Pravaz (1791-1853) est un chirurgien orthopédiste français, inventeur de la seringue et non pas de « l'aiguille creuse » (inventée par Alexander Wood).

²³ (M.) Huss (1807-1890) est un médecin suédois ayant introduit et décrit le concept de « l'alcoolisme chronique » comme une maladie dès 1849.

²⁴ (L.-F.-E.) Renaudin, « De l'alcoolisme chronique par M. le D^r Magnus Huss », in *Annales médico-psychologiques*, 1853, pp. 60-83.

²⁵ (D.) Nourisson, *Crus et cuites. Histoire du buveur*, Paris, Ed. Perrin, 2013, 394 p.

Paris en 1871²⁶ qui coïncide avec la défaite française face à l'Allemagne. L'alcool et le tabac sont désignés comme les causes de la dégénérescence des révoltés de la Commune par les médecins et les moralistes. C'est à cette époque qu'apparaît la « Société Française de Tempérance »²⁷ (création en 1872).

L'alcoolisme est alors considéré comme un fléau social à l'instar de la tuberculose ou l'homosexualité comme le confirme Didier Nourisson :

« Il est la conséquence de l'abus d'une pratique quotidienne. Il entraîne de graves dommages pour la société, pour « la santé physique, intellectuelle et morale des populations » comme on disait alors. Le phénomène entraîne l'ensemble de la société, car il n'y a pas de bornes précises. Il se présente à la fois sous une forme visible (l'ivresse, l'ivrognerie, *etc.*) et se dissimule sous mille noms de la tuberculose à la paralysie générale ou le cancer²⁸. Il entraîne une large mobilisation dans une campagne, destinée à l'éradiquer, ou du moins à le contenir, par tous les moyens : information, répression prévention. Ainsi se met en place une politique de santé publique, faite de lois et d'institutions »²⁹.

Une première loi contre l'ivresse publique est promulguée le 23 février 1873. La « Société Française de Tempérance », constituée en représentants d'intérêts, en est à l'origine. En 1905, cette dernière va devenir la Ligue Nationale Contre l'Alcool (L.N.C.A.). Elle porte aujourd'hui le nom d'Association Nationale de Prévention contre l'Alcoolisme et les Addictions (A.N.P.A.A.)³⁰. La loi contient des dispositions contre « l'ivresse (état passager) publique et manifeste ». Elle ne concerne pas l'ivrognerie qui est pourtant de l'alcoolisme. C'est donc bien une loi qui est le reflet d'une société, celle ayant vaincu la Commune de Paris et qui place comme symbole du retour à l'ordre moral la basilique de Montmartre :

« C'est la classe la plus abruti, la moins éclairée de la société que vous atteindrez par votre loi... Vous voulez frapper l'ivresse publique parce que l'ivresse publique est celle du peuple car le peuple n'a pas d'endroit où se retirer et quand il s'enivre, il se montre dans la rue »³¹.

²⁶ Sur cette question, voir (P.-O.) Chaumet, (G.) Koubi (codir), *La commune de Paris de 1871 au prisme du droit*, Paris, Ed. Mare et Martin, novembre 2022, 238 p.

²⁷ Société reconnue d'intérêt public en 1880. En 1905, celle-ci fusionne avec l'Union française antialcoolique et l'Étoile universitaire pour donner la « Ligue nationale contre l'alcoolisme ».

²⁸ À noter que la présidente de l'I.N.C.A.(Institut Nationale contre le cancer commence au premier verre d'alcool.

²⁹ (D.) Nourisson, *Crus et cuites. Histoire du buveur*, Paris, Ed. Perrin, 2013, 394 p.

³⁰ Elle est composée de membres de l'Académie de médecine, de magistrats, mais également de députés.

³¹ Propos tenus par le député-sénateur (A.) Testelin (membre de l'Union Républicaine) sous la III^{ème} République. Voir (D.) Gros, *Naissance de la Troisième République*, Ed. Leviathan, Paris, 2014, 532 p.

Cette loi s'avère d'emblée répressive. Elle prévoit une peine d'amende et jusqu'à de l'emprisonnement en cas de récidive. Elle crée le délit d'ivresse publique encore en vigueur à l'heure actuelle. Elle marque pour toujours la philosophie des textes français concernant les drogues : une volonté de contrôle sur le peuple par le pouvoir et la démonstration de son autorité sur l'individu au nom des valeurs d'une société bourgeoise et moralisatrice. Dans cette loi, il n'y a aucun volet sanitaire. La création d'un « asile de buveurs » n'a lieu qu'en 1895 et ne fonctionne que durant 7 ans. C'est donc avec « les fous » que l'on enferme les alcooliques. La prévention existe pourtant. En 1895, Raymond Poincaré, ministre de l'Instruction Publique, met ainsi en place un enseignement antialcoolique dans les écoles³².

Peu à peu, la médecine va révéler de nouvelles maladies mentales à la suite de l'alcoolisme comme l'éthérisme³³ (1870), le morphinisme³⁴ (1877), le tabagisme (1880), l'opiomane, la cocaïnomanie (1890), et enfin, l'héroïnomanie au début du XX^{ème} siècle³⁵. Le processus s'avère toujours le même : la démocratisation d'une drogue fait naître une maladie qui se transforme en danger social et fait appel à la répression. La maladie n'est jamais prise en compte, ce qui l'est, ce sont les conséquences de la maladie : les troubles à l'ordre public. La société ne considère pas le malade, mais plutôt le délinquant. C'est ce processus que décrit Michel Foucault dans *Histoire de la folie à l'âge classique*³⁶. Le fou est incapable d'être intégré dans la société, d'une part, parce qu'il n'est pas doté des critères qui fondent la raison et, d'autre part, parce qu'il est incapable de produire. Dans *Surveiller et punir*³⁷ du même auteur, le prisonnier est avant tout la victime d'un système où les inadaptés à la société capitaliste doivent être enfermés dans la mesure où ils n'obéissent pas à ses normes.

³² À noter que l'alcool en France ne sera interdit dans les classes qu'à partir de 1956 pour les moins de 14 ans. Il faut attendre 1981 pour que la mesure concerne cette-fois les plus de 14 ans.

³³ État dans lequel on a, par l'inhalation de l'éther ou du chloroforme, perdu tout sentiment.

³⁴ Ensemble d'accidents que cause l'usage répété des préparations de morphine et qui sont analogues à ceux de l'empoisonnement alcoolique.

³⁵ (J.-F.) Marmion, « L'histoire des troubles mentaux », in *Les grands dossiers des Sciences Humaines*, n°28, septembre 2012, pp. 26-27.

³⁶ (M.) Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Ed. Gallimard, Paris, 1976, 688 p.

³⁷ (M.) Foucault, *Surveiller et punir*, Ed. Gallimard, Paris, 1975, 360 p.

Section III. Le temps de la condamnation

Le XX^{ème} siècle est celui de la condamnation de l'usage des drogues. Après les alcooliques, c'est au tour des usagers d'autres drogues (comme la morphine ou l'opium) d'apparaître comme des âmes sensibles, voire des dégénérés. La « morphinée » en est la figure la plus représentative. Elle semble particulièrement affecter le milieu des courtisanes ainsi que les « femmes du monde », comme l'épouse du médecin qui se sert dans l'armoire à pharmacie de son mari. À l'époque, le docteur Paul Rodet³⁸ diagnostique ainsi 335 femmes morphinomanes sur 1 000 cas observés³⁹. Seulement consommatrice au départ, la femme s'est muée en une « hystérique » de la consommation d'après une représentation devenue commune :

« La sensibilité de la femme est inséparable de son sexe ; l'impression vive que lui donne la vue d'un être aimé ou odieux, une odeur forte ou désagréable, un bruit soudain, la mobilité de son caractère, de son humeur, de ses goûts, de ses penchants, la véhémence passagère de quelques passions, le rôle qu'elle a joué dans l'histoire des joies humaines, tout en elle prouve des organes faciles à exciter »⁴⁰.

Se met alors en place une répression internationale à l'initiative des États-Unis sous la forme de conventions. En 1909, la Commission internationale de Shanghai sur l'opium donne naissance au premier instrument de droit international sur les substances psychoactives : la Convention internationale de l'opium adoptée à La Haye le 23 janvier 1912. Ces textes internationaux connaissent plusieurs déclinaisons au niveau national.

Aux États-Unis, le « Harrison Narcotic Act » de 1914 classe ainsi toutes les drogues prohibées dans la catégorie des narcotiques. Par ailleurs, le « Volstead Act » du 28 octobre 1919⁴¹ et le 18^{ème} amendement interdisent toute boisson alcoolisée de plus de 0,5°. C'est

³⁸ (P.) Rodet, *Morphinomanie et morphinisme: moeurs, symptomes, traitement, médecine légale*, Paris, Ed. 108, 1897, 331 p.

³⁹ Voici les métiers et les conditions des personnes en question : « épouses de médecins : 35, infirmières : 7, sages-femmes : 2, épouses de pharmaciens : 6, religieuses : 4, épouses de négociants : 12, professeuses : 10, étudiante : 1, artistes : 5, épouses de militaires : 4, ouvrière : 47, employées : 8, domestiques : 5, filles publiques : 50, fermière : 1, jeune fille : 2, sans profession : 156 ».

⁴⁰ (J.) Fauconnet (alias Docteur Caufeynon), *Histoire de la femme (son corps, ses organes...ses vices, ses aberrations sexuelles, etc.)*. Paris, Ed. Côtés femmes, 1989, 215 p.

⁴¹ Cet « Act » est considéré comme l'acte de naissance d'une période particulièrement trouble. À l'époque, de véritables empires mafieux se constituent autour de la contrebande d'alcool. Ce texte est chargé de moraliser la société américaine toute entière.

l'époque de « la prohibition ». Le 21^{ème} amendement mettra fin à cette interdiction le 5 décembre 1933.

En France, l'absinthe (72°) est interdite en 1915⁴². L'usage en société de substances narcotiques (cocaïne, héroïne, morphine) est également interdit en 1916. Le tabac ne connaît pas le même sort dans la mesure où l'État tire profit de son exploitation grâce au monopole de sa fabrication et de sa vente entre 1810 et 1995. Sa publicité permet d'en augmenter la consommation et la rentabilité. La maladie associée à sa consommation, le tabagisme, est pourtant bien décrite en 1880. Son rôle dans le cancer des voies respiratoires supérieures est mis en évidence au milieu du XIX^{ème} siècle et dans celui des poumons durant l'année 1930. Les premiers déficits de la sécurité sociale ont conduit à l'instauration des premières régulations encadrant la consommation de tabac. C'est ainsi que la « loi Veil » du 9 juillet 1976 interdit la publicité dans les magazines destinés à la jeunesse, impose des avertissements sur les paquets de cigarettes concernant leurs dangers et met en place les premières campagnes de prévention. Par la suite, la « loi Evin » du 10 janvier 1991 interdit toute publicité en faveur du tabac et exige la mention « Fumer tue » sur les paquets de cigarettes. Des décrets ultérieurs (Bertrand en 2004, Bachelot en 2008 et Touraine en 2014) excluent les fumeurs de l'espace public et professionnel. À l'époque, la législation française n'hésite pas à mélanger les concepts d'éducation, de prévention, d'interdiction et de répression comme le confirme (D.) Nourrisson :

« Vérité en deçà, erreur au-delà. Tolérance ici, intolérance là. L'usage des normes et le problème de l'excès sont posés dans l'histoire. Qu'est-ce qui fait une drogue ? Qu'est-ce qui fait que l'usager devient un « drogué », « un toxico » ? Un plaisir hier innocent devient aujourd'hui une usage coupable. Et la tolérance passe à la répression, jusqu'à l'exclusion. Les mots viennent à la langue, mais ils finissent par être rejetés du corps social. Les pratiques changent, les politiques évoluent »⁴³.

Les faits sociaux de consommation de drogues, que nous venons d'aborder d'un point de vue historique, connaissent dans la réalité une traduction en droit.

* *
*

⁴² L'absinthe est un ensemble de spiritueux à base de plantes d'absinthe, également appelé « fée verte » ou encore « bleue ». Son interdiction a été levée en 2011.

⁴³ (D.) Nourrisson, *Crus et cuites. Histoire du buveur*, Paris, Ed. Perrin, 2013, 394 p.

CHAPITRE II. LA GENÈSE DE LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970 : DES MESURES ADOPTÉES SANS DÉBATS PARLEMENTAIRES ET À LA DEMANDE DE L'EXÉCUTIF

Jusqu'à la veille de la Seconde Guerre mondiale, la consommation de drogue est l'apanage de catégories de population bien identifiées et ne constitue nullement un phénomène de masse à la différence de l'alcoolisme. Par ailleurs, jusqu'à la fin des années 60, le problème de la drogue n'est pas perçu en France comme un problème de toxicomanie ou de santé publique, mais uniquement, sous l'angle du trafic international. Or à cette époque apparaissent de nouvelles tendances relatives à l'usage de drogue. Elles seront à l'origine d'une ferme volonté de l'exécutif de faire la « guerre à la drogue », ce qui se transforme très vite en guerre aux « drogués ». Les politiques publiques successives vont, sans conteste, dans le sens de l'aggravation du traitement des usagers de drogues.

Comment le législateur de 1970 a-t-il réussi à condamner l'usage de drogue et à considérer l'usager comme un délinquant ? Tout ceci au mépris des notions classiques de droit pénal, mais aussi et surtout, des droits fondamentaux et des libertés publiques. Il convient d'évoquer la genèse des textes qui l'ont précédé et qui ont préparé les esprits. Nous allons ainsi évoquer les différents textes antérieurs à la loi du 31 décembre 1970 et qui, présentant les mêmes particularités, ont permis l'adoption de cette loi considérant l'usager de drogue comme un délinquant et accessoirement un malade. Il s'agit de la loi du 19-25 juillet 1845 (**Section I**), celle du 12 juillet 1916 (**section II**), celle du 13 juillet 1922 (**section III**), le décret-loi du 29 juillet 1939 (**section IV**), la loi du 24 décembre 1953 (**section V**) et enfin celle du 31 décembre 1970 (**section VI**).

Section I. Loi du 19-25 juillet 1845 sur la vente des substances vénéneuses

Il s'agit d'une législation comportant deux articles adoptés sous la monarchie de juillet. Elle fait écho à l'édit du 31 août 1682⁴⁴ ayant pour objet à l'époque de prévenir contre les empoisonnements à l'arsenic. En tant que poisons, les substances vénéneuses ont très tôt suscité l'élaboration de règles juridiques⁴⁵. Dans l'Antiquité, les lois grecques tentent de les contrôler et le monde arabe au IX^{ème} siècle s'y intéresse à de multiples occasions. À Rome, la *lex Cornelia de scirariis et veneficis*⁴⁶, ainsi que le Code de Justinien⁴⁷, manifestent une réprobation certaine pour l'empoisonnement, souvent alors confondu avec des sortilèges ou de la magie. Le Digeste⁴⁸ le réprime également sévèrement en son temps.

Sous l'Ancien Régime, l'usage des poisons marque l'histoire du royaume de France par de spectaculaires drames, tel que celui de Jeanne de Navarre en 1572, qui, après trois jours d'agonie, meurt après avoir enfilé une paire de gants imprégnés d'hellébore⁴⁹ offerte par la Reine-mère Catherine de Médicis.

C'est après la célèbre « affaire des poisons », dans laquelle est condamnée une certaine la Voisin⁵⁰, qu'un édit de juillet 1682 punit désormais de mort « toutes personnes convaincues

⁴⁴ Dès juillet 1682, Louis XIV prend des mesures énergiques pour punir les empoisonneurs suite à « l'affaire des poisons » qui implique plusieurs membres de la haute noblesse et de son entourage. Cette répression draconienne, renforcée par les dispositions d'un édit pour la punition des empoisonneurs, devins et autres, rendant l'accès aux toxiques plus difficile, porte rapidement ses fruits. Il servira de base à la législation actuelle.

⁴⁵ (P.) Gioanni, « Substances vénéneuses », in *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, Paris, Ed. Dalloz, 2008, 8 vol.

⁴⁶ Sous le dictateur Sylla en l'an 81 avant J.-C., cette loi concerne la condamnation des meurtriers par empoisonnement.

⁴⁷ Le *Corpus juris civilis* (terme latin toujours en italique) est la plus grande compilation du droit romain antique. Le premier volet du *corpus* date de 528, la seconde version de 533. À l'époque, l'empereur byzantin Justinien souhaite disposer d'un *corpus* de droit utile à son Empire et fidèle à la tradition romaine. L'œuvre est à mi-chemin entre la codification et la compilation. Bien qu'ils aient repris l'ensemble des textes classiques, les auteurs ont su adapter des textes d'époques très différentes (de la loi des Douze Tables aux constitutions impériales du Bas-Empire) afin de constituer un ensemble cohérent, assez différent du droit romain classique et en accord avec le christianisme devenu religion d'empire.

⁴⁸ Le *Digeste* ou les *Pandectes* sont des œuvres juridiques ordonnées par l'empereur byzantin Justinien I^{er} en 530 et publiées le 16 décembre 533. Il s'agit de recueils de citations de jurisconsultes romains. Le *Digeste* forme la deuxième partie du *Corpus iuris civilis*.

⁴⁹ Les hellébore sont des plantes très vénéneuses. Leur toxicité provient de la présence de diglycosides cardiaques qui agissent directement sur le muscle cardiaque en provoquant des convulsions, des délires et parfois la mort.

⁵⁰ Catherine Deshayes, dite « la Voisin » (1640-1680), est une tueuse en série prétendue sorcière, mêlée à cette « affaire des poisons ».

de s'être servies de vénéfices et de poisons, que la mort s'ensuivît ou non, ainsi que celles convaincues d'avoir composé ou distribué du poison pour empoisonner »⁵¹.

La répression de l'empoisonnement est donc toujours au centre des préoccupations du pouvoir, ce qui conduira à l'adoption de la loi du 25 septembre 1791⁵² et, plus tard, à celle de l'article 301 du Code pénal de 1810⁵³. Cette loi de 1845 abroge la loi du 21 germinal an XI qui est un texte spécifique aux substances vénéneuses. Il restreint la détention de ces substances. Seuls les pharmaciens et les épiciers sont autorisés à les détenir dans des lieux séparés et sous clé :

« Il s'agissait d'une ébauche de réglementation, qui, si elle obligeait les pharmaciens et épiciers à tenir un registre spécial où les clients inscrivaient leur identité et les caractéristiques des drogues (qualité, nature, quantité et usage projeté), n'en présentait pas moins la lacune d'ignorer toute nomenclature officielle »⁵⁴.

Compte tenu des insuffisances de la législation de l'an XI, le législateur s'est retrouvé dans l'obligation d'intervenir en adoptant une nouvelle loi : celle du 19 juillet 1845⁵⁵. L'esprit de ce texte et les circonstances de son vote sont exprimés dans le rapport de Monsieur Vivien⁵⁶. Il met en évidence trois caractéristiques récurrentes dans toutes les lois concernant les drogues:

1. Il s'agit d'une réponse juridique à des affaires ayant choqué l'opinion publique ;
2. Une aggravation de la répression ;
3. Une absence de débat public et de transparence.

⁵¹ (V.-A.) Laingui, (A.) Lebigre, *Histoire du droit pénal*, Paris, Ed. Cujas, 1979, p. 157.

⁵² Cette loi permet l'adoption du premier Code pénal français, adopté sous la Révolution par l'Assemblée nationale législative, entre le 25 septembre et le 6 octobre 1791. Inspiré des principes de Beccaria, il est remplacé en 1810 par le Code pénal impérial.

⁵³ Article 301 du Code pénal de 1810 : « Est qualifié d'empoisonnement tout attentat à la vie d'une personne, par l'effet de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées, et quelles qu'en aient été les suites ».

⁵⁴ (J.) Bosviel, (E.) Dufau, (P.) Razet, (L.-G.) Toraude, *Législation française des substances vénéneuses, suivie des documents officiels et des conventions internationales*, Paris, Ed. Vigot Frères, 1936, 452 p.

⁵⁵ (P.) Gioanni, « Substances vénéneuses », in *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, Paris, Ed. Dalloz, 2008, 8 vol.

⁵⁶ (A.) Vivien est un homme politique français, membre du parti socialiste. Il sera député sous la V^{ème} République.

Ce dernier caractère est moins marqué dans cette loi. Il est vrai que son objet est plus limité que les futures lois sur les stupéfiants. Elle régleme la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses (72 produits parmi lesquels l'opium, la morphine, la cocaïne). Il s'agit seulement d'empêcher le détournement de ces substances pharmaceutiques à des fins criminelles. La victime n'est pas l'usager. Il s'agit d'un tiers comme cela est la règle en droit pénal. Ainsi, dans son article 1, « les contraventions aux ordonnances royales portant règlement d'administration publique, sur la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses, seront punies d'une amende de cent francs à trois mille francs, et d'un emprisonnement de six jours à deux mois, sauf application, s'il y a lieu, de l'article 463 du Code pénal. Dans tous les cas, les tribunaux pourront prononcer la confiscation des substances saisies en contravention ».

En 1908, à l'initiative du ministre de la marine un décret sur l'opium est pris en complément de cette loi. Il vise à réglementer le commerce de l'opium à fumer ou médicamenteux et à interdire sa cession à autrui et la facilitation de son usage⁵⁷. Cette loi vise essentiellement les fumeries publiques et ne permet pas de poursuivre les usagers. Les peines sont modérées au goût de certains : l'amende va de 100 à 3 000 francs et l'emprisonnement de six jours à deux mois. La police et les parquets réclament alors de nouvelles mesures pour atteindre plus efficacement les tenanciers, les trafiquants et les usagers. Tout ceci s'inscrit dans un contexte international de guerre contre l'opium⁵⁸. Par la suite, cette loi s'avère être complétée par d'autres textes.

⁵⁷ (J.-B.) Duvergier, *Recueil*, Paris, Ed. Sirey, T.45, 1845, pp. 409-410.

⁵⁸ Depuis 1773, le Royaume-Uni a obtenu le monopole de la vente d'opium en Chine. Ce trafic de drogue à grande échelle se révèle particulièrement lucratif pour les Britanniques qui en vendent plusieurs milliers de tonnes chaque année. Affaibli, le pouvoir chinois ne parvient pas à s'opposer au trafic, même s'il interdit la culture du pavot en 1800. Cela ne met pas fin au commerce de la drogue, celle-ci étant importée d'Inde par les Britanniques. En 1839, la Chine interdit l'importation et la consommation d'opium. C'est le début de la guerre dite « de l'opium ». Le 29 août 1842, le traité de Nankin officialise la victoire des Britanniques qui obtiennent le droit de vendre de l'opium en Chine et la gestion de la ville de Hong Kong. Une seconde guerre se déroule entre 1856 à 1860. Prolongement de la première, elle implique également les Russes, les Américains et les Français aux côtés des Britanniques.

Section II. La loi du 12 juillet 1916 concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses (l'opium, la morphine et la cocaïne)

Dans *Genèse et évolution de la législation relative aux stupéfiants sous la Troisième République*, Igor Charras⁵⁹ met en évidence le rôle décisif du pouvoir exécutif et d'un groupe restreint de parlementaires dans le vote de cette première loi relative aux stupéfiants. Il en est de même, par la suite, pour la loi du 13 juillet 1922, ainsi que de nombreuses autres. Cela démontre deux choses : cette législation d'exception accrédite la thèse de (J.-P.) Machelon⁶⁰ pour qui l'image d'une III^{ème} République « âge d'or du parlementarisme et des libertés » relève plus du mythe que de la réalité.

Cette loi de 1916 aggrave la législation existante puisqu'elle prohibe pour la première fois l'usage des stupéfiants en société. À cette époque, on estime que l'usage simple relève d'une liberté individuelle fondamentale⁶¹. Par la suite, c'est la loi du 31 décembre 1970 qui en prohibe l'usage solitaire. Il s'agit du simple usage et non pas de l'abus comme pour l'alcool. Cela est fondé implicitement sur l'idée que l'usager de stupéfiants est toujours, potentiellement, un fou ou un malade car sa consommation, même isolée ou ponctuelle, est perçue comme menaçante pour l'ordre social. Par ailleurs, il ne s'agit plus dans cette loi de « substances vénéneuses », mais de « stupéfiants ». Or cette notion ne connaît pas encore à l'époque de définition juridique.

Selon (I.) Charras, le terme de stupéfiants est apparu vers le début du XIX^{ème} siècle dans la langue française. L'usage s'est alors rapidement établi dans les milieux médicaux d'appeler « stupéfiants » ou « narcotiques » les remèdes présentant la propriété de « stupéfier »⁶². Dès la fin du XIX^{ème} siècle, l'emploi du mot dépasse le cercle fermé des milieux médicaux. La littérature ou la presse populaire l'utilisent le plus souvent avec des guillemets pour désigner les substances enivrantes, à l'exception toutefois de l'alcool. L'usage

⁵⁹ (I.) Charras, « Genèse et évolution de la législation relative aux stupéfiants sous la Troisième République », in *Déviance et société*, 1998 vol. 22, n°4, pp 367-387.

⁶⁰ (J.P.) Machelon, *La république contre les libertés ? Les restrictions aux libertés publiques (1789-1914)*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1976, 461 p.

⁶¹ C'est notamment l'opinion du député Arthur Mille lors des débats parlementaires à la Chambre des députés. Sur cette question, voir J.O., *Débats parlementaires*, Chambre des députés, 13 novembre 1913, p.77.

⁶² C'est-à-dire d'engourdir et de suspendre les capacités intellectuelles ou bien de provoquer une expression d'étonnement ou d'indifférence.

du vocable « stupéfiant » devient progressivement plus répandu que ceux de narcotiques ou de « paradis artificiels ». À partir de 1913, il fait partie intégrante du vocabulaire parlementaire et administratif. L'article deux de la loi du 12 juillet 1916 fait référence aux stupéfiants tels que l'opium, la cocaïne et la morphine. Dès lors, le mot est inscrit dans le droit positif français. Le décret du 14 septembre 1916 sur les substances vénéneuses précise que les toxiques stupéfiants ne sont qu'une catégorie plus dangereuse de l'ensemble des substances visées⁶³. Les produits qualifiés de stupéfiants sont énumérés dans la colonne B du tableau de classification annexé au décret : ce sont l'opium, la morphine, l'héroïne, la cocaïne, le haschich, ainsi que leurs sels et leurs dérivés.

Le décret du 14 septembre 1916 classe ces substances dans le tableau B, tandis que le tableau A regroupe des psychotropes moins nocifs tels que la codéine, le *laudanum*, le pavot en capsule et la teinture d'opium. Le tableau C est composé de diverses préparations pharmaceutiques. La vente, l'achat et l'utilisation des produits du tableau B sont strictement réglementés et entraînent des sanctions plus sévères.

Il faut cependant souligner que le terme est davantage une expression commode de langage usuel et administratif qu'un mot ayant une signification précise d'un point de vue scientifique. À défaut d'arriver à une définition satisfaisante, les spécialistes estiment que deux notions interviennent dans le concept de stupéfiants : d'une part, le phénomène d'accoutumance, d'autre part, les propriétés sédatives ou euphorisantes. Or l'alcool, le café ou le tabac répondent à ces critères sans pour autant être qualifiés de stupéfiants. Une notion d'impopularité semble donc aussi intervenir dans cette définition. L'opium, la morphine ou la cocaïne présentent la particularité de susciter des discours étonnamment virulents et consensuels⁶⁴. La cocaïne tient sa mauvaise image du fait que les Allemands étaient censés l'utiliser pendant la guerre en cours. Elle est, du reste, surnommée le « poison des boches »⁶⁵.

⁶³ B.O. du ministère de l'Intérieur, *Exposé des motifs et rapport au président de la République précédant la publication du décret du 14 septembre 1916*, 1916, p. 422 et s.

⁶⁴ En 1990, (J.-J.) Yvrel entend démontrer dans sa thèse (*Drogues et drogués en France de 1800 à 1920*, thèse d'histoire, Université Paris VII, 1990, 536 p) que l'usage hédoniste des poisons modernes a progressivement été associé à l'image d'un péril social.

⁶⁵ Après la 1^{ère} guerre mondiale, cette idée demeure encore très présente. Dans *Le matin* du 21 juin 1922 figure ainsi un article intitulé : « L'Allemagne inonde la France de cocaïne » et dans *La libre parole* du 13 décembre 1922, on retrouve également un éditorial consacré à la cocaïne et intitulé « Un poison qui vient d'Allemagne ». Entre le 28 février et le 4 mars 1925, les lecteurs peuvent aussi suivre une campagne menée contre la « coco » dans *le Petit journal*. De la même manière, *La Liberté du Sud-Ouest* produit plusieurs articles en juillet 1932 contre le marché de l'opium et de la cocaïne sur Bordeaux.

C'est donc essentiellement pour satisfaire une opinion publique agitée par la presse que cette législation voit finalement le jour :

« Par une revue spéciale, par des articles de journaux, nous susciterons un mouvement d'opinion, nous répéterons sans cesse que les toxiques euphoristiques sont un danger pour l'individu, la famille et la race »⁶⁶.

À ces préoccupations spécifiques à la situation en France, viennent s'ajouter également des enjeux internationaux. La législation internationale se renforce avec les conférences de La Haye, de décembre 1911 à janvier 1912. Elle constitue alors le texte de référence pour les législations européennes. Sur de tels fondements, la loi de 1916 met en place des mesures d'exception particulièrement sévères⁶⁷. Avant de les évoquer, il convient de préciser que cette loi n'est pas le seul texte relatif aux stupéfiants durant la III^{ème} République. Sous cette dernière, on compte également cinq autres lois, onze décrets ainsi qu'un décret-loi.

Le premier texte est le décret du 1^{er} octobre 1908 portant règlement d'administration publique pour la vente, l'achat et l'emploi de l'opium ou de ses extraits. Ce décret permet de poursuivre les individus détenant, favorisant l'usage ou préparant des opiacés. Mais ce décret ne connaît pas l'application judiciaire voulue par le gouvernement. Cela va motiver le Parlement à voter la loi de 1916 réprimant l'importation, le commerce, le port sans motif légitime et l'usage en société des stupéfiants. Cette législation est le premier texte à soumettre l'ensemble des stupéfiants à un régime pénal spécifique, particulièrement sévère et liberticide. En effet, concernant les peines, on note une aggravation. Le décret de 1908 est un décret pris par le gouvernement qui n'est pas compétent pour instituer des délits. Dès lors, le gouvernement doit se contenter des mêmes peines que celles relatives à la vente illégale des substances vénéneuses de la loi de 1845 précédemment évoquée. Il s'agit donc d'une amende de 100 à

⁶⁶ Article du docteur Piouffe intitulé « La marine française en danger » dans *Le temps* du 24 octobre 1907. Ce dernier entame une campagne « anti-cocaïne » suite à l'affaire « Ulmo ». Il s'agit d'un officier de marine s'étant emparé des codes secrets des signaux de la flotte pour les revendre à l'Allemagne. Poursuivi pour tentative de trahison, ce fumeur d'opium fait reposer sa défense sur l'altération de sa personnalité pour cause de drogue. Les experts médicaux vont rejeter l'argument d'irresponsabilité et le condamnent à la déportation à perpétuité.

⁶⁷ Et le plus souvent à la demande du pouvoir exécutif. C'est le cas par exemple de l'interdiction de séjour que certains comparent aux anciennes exclusions de la cité du Moyen-Âge. Elle est réclamée par le ministre de la Marine Landry qui souhaite chasser les trafiquants en dehors des ports militaires. La confiscation des substances, du mobilier et des ustensiles est suggérée par des fonctionnaires du Bureau de la législation civile et criminelle du ministère de la Justice.

3 000 francs, éventuellement assortie d'une peine d'emprisonnement dont la durée peut aller de six jours à deux mois.

La loi de 1916, quant à elle, punit à la fois les usagers et les trafiquants d'une peine d'amende de 1 000 à 10 000 francs et d'une peine d'emprisonnement de trois mois à deux ans. Ce seuil optimal a été choisi pour que la détention préventive puisse être ordonnée par le juge d'instruction. Ces mesures particulièrement sévères n'empêchèrent pas la presse et le mouvement « anti-stupéfiants » de réclamer un durcissement supplémentaire des peines. Ces peines rappellent par leur sévérité celles prévues pour les crimes. Cela est d'autant plus frappant en ce qui concerne les peines complémentaires qui sont insérées à la demande du pouvoir exécutif ⁶⁸.

Malgré cela, la presse et la police ont inlassablement critiqué l'insuffisance de la répression par les magistrats. Au-delà de sa sévérité, cette loi porte atteinte aux libertés individuelles comme le feront, plus tard, toutes les lois successives sur les stupéfiants. Cette législation fait d'abord passer l'usager de drogue du statut de malade à celui de délinquant. C'est en effet la première fois que dans le droit commun français, un comportement ayant son auteur pour seule victime directe est traité comme un acte attentatoire à l'ordre public, et en tant que tel, sanctionné comme un délit.

Le chroniqueur judiciaire, Marcel Montarron, résume cette situation dans la citation suivante :

« La loi de 1916 est une loi d'exception votée en pleine guerre. On pouvait comprendre à cette époque qu'elle ne fut pas parfaite. Il est singulier que l'on ne se soit pas aperçu depuis de son illogisme. Une loi qui pour punir un malfaiteur exige des poursuites contre sa victime est une loi boiteuse et inhumaine »⁶⁹.

Dans sa thèse de droit de 1934⁷⁰, Adrien Aubry rappelle que cette loi est avant tout liberticide. Il lance alors un appel à la Ligue française des droits de l'Homme, à la Société d'études législatives, à la Société Générale des prisons et de législation criminelle et à la société

⁶⁸ À titre d'exemple : interdiction de droit civique (pendant cinq ans au moins et de dix ans au plus), confiscation des substances, du mobilier et des ustensiles saisis dans les locaux où se réunissent les usagers, fermetures d'établissements, etc.

⁶⁹ (M.) Montarron, *Le poison blanc*, Paris, Ed. Denoël, 1938, 219 p.

⁷⁰ (A.) Aubry, *La question des stupéfiants et le droit positif, contribution à l'étude d'une mystique*, Besançon, impr. de Millot frères, 1932, 223 p.

de législation comparée, pour que celles-ci se saisissent de ce problème touchant de si près la liberté individuelle et les droits de la société.

En 1913, trois propositions de loi sont faites sur l'opium et la cocaïne. Dans une note en date du 11 novembre 1913⁷¹, le Garde des Sceaux répond à l'un des initiateurs de la proposition qu'il n'est pas possible de punir les individus fumant de l'opium : « les principes généraux de notre législation pénale paraissent s'opposer à la répression de ce fait personnel »⁷². L'un des trois projets de loi indique ainsi dans son article 3 : « les pouvoirs publics auront le droit d'enquêter, soit auprès du client, soit auprès de la famille du client, et ce pour le bien public, sur l'emploi véritable et justifié des toxiques. Les enquêtes devront être faites avec la plus grande discrétion de façon à ne froisser personne »⁷³. Les dispositions de la loi de 1916 sont loin de refléter le même humanisme.

Bien que seul l'usage en société soit réprimé, le délit de port sans motif légitime sert de levier pour la répression de l'usage privé. Le délit d'usage en société est caractérisé à partir du moment où au moins deux personnes consomment ensemble des stupéfiants. Il n'y a aucune distinction entre lieu privé et lieu public. La loi ne fait aucune distinction entre les usagers et les revendeurs qui encourent les mêmes peines. Ainsi, certaines décisions de justice vont assimiler facilement la détention à domicile au délit de port sans motif légitime⁷⁴. Ceci ne correspond pas à la réalité de la situation médicale. En effet, une personne consommant seule des stupéfiants est souvent plus en danger que celle qui consomme en société comme l'indique (E.) Retailaud-Bajac :

« Cette loi réclamée par de nombreux médecins repose sur l'idée implicite que l'usager de stupéfiants est toujours, potentiellement, un malade ou un fou en puissance, puisque sa pratique, même isolée, même ponctuelle, est perçue comme menaçante pour l'ordre social »⁷⁵.

⁷¹ A.N., archives du bureau de la législation civile et criminelle, BB18 2488.

⁷² *Ibidem*.

⁷³ J.O, *Documents parlementaires : Chambre des députés*, annexe à la séance du 6 mai 1913.

⁷⁴ Selon le juriste Jean Builly, dans sa thèse de doctorat sur *La lutte contre le trafic et l'abus de stupéfiants* (Marseille, Impr. Saint-Lazare, 1933, 138 p.), le fait de savoir si la détention au domicile a ou non un caractère délictueux est encore très discuté devant les tribunaux. De nos jours, on trouve des décisions dans les deux sens. La cour de Cassation s'est cependant prononcée pour la négative. Il est évident que si l'on considère le but de la réglementation en vigueur, qui est de faire obstacle à la contagion, il faut opter pour l'affirmative. Le ministère public semble avoir partagé ce point de vue et évite de faire un usage du recours en cassation dans l'intérêt de la loi.

⁷⁵ (E.) Retailaud-Bajac, *Les paradis perdus Drogues et usagers de drogues dans la France de l'entre-deux-guerres*, Rennes, Ed. PUF de Rennes, 2009, 472 p.

Avec la loi de 1916, les parlementaires ont adopté une législation qui, dans le but de faciliter la découverte des stupéfiants, donne des pouvoirs exorbitants aux autorités policières. Les raisons de telles atteintes aux libertés publiques peuvent aussi être recherchées du côté des conditions d'élaboration de ces textes. En effet, alors que la III^{ème} République est décrite dans les manuels de droit constitutionnel comme le régime parlementaire par excellence, les conditions d'élaboration des textes législatifs antistupéfiants sont loin d'avoir laissé « la part belle » au parlement. L'exécutif est en grande partie à l'origine de ces textes portés par quelques parlementaires moralistes dans l'indifférence générale de leurs collègues, à moins que ce ne soit une totale absence d'humanisme et de tolérance comme le sous-entend un sénateur radical-socialiste de l'époque (E.) Goy⁷⁶ :

« Je crois que tous ces cocaïnomanes, tous ces morphinomanes, tous ces candidats à la cocaïnomanie et à la morphinomanie sont peu intéressants. Ce sont presque des dégénérés par dégénérescence héréditaire ou acquise par la débauche. Ce sont des névrosés, des névropathes, des hystériques, des tarés physiquement et moralement. Ils ne méritent pas notre sollicitude »⁷⁷.

Pour les parlementaires, il s'agit seulement d'offrir « une juste satisfaction à l'opinion publique sans porter atteinte aux nécessités légitimes du commerce, de l'agriculture, de l'industrie et des produits coloniaux (opium d'Indochine et kif de Tunisie) »⁷⁸. L'initiative de cette loi appartient au groupe « antialcoolique » du Sénat. En 1908, celui-ci se charge d'étudier la question de l'opium en se servant de la jurisprudence relative aux tenanciers de fumeries d'opium de Toulon. En 1911, le groupe dépose une proposition de loi visant à réprimer l'usage et le commerce de l'opium. La commission, créée pour examiner le projet de loi, ne remet son rapport que deux ans plus tard, soit le 26 juin 1913. Cette même année, trois propositions de loi sont déposées. Mais leur examen n'est pas mis à l'ordre du jour en raison, tout d'abord, de la

⁷⁶ Le docteur Émile Goy (1853-1925) est un médecin et homme politique français. Maire et conseiller général du canton de Reigner, il se présente à la députation en 1898 pour succéder à César Duval (maire de Saint-Julien) qui est devenu sénateur et le soutient dans cette compétition. Il est battu par Fernand David. En 1910, il se présente aux sénatoriales et conservera son mandat jusqu'à sa mort en 1925.

⁷⁷ J.O., *Débats parlementaires : Sénat*, 28 janvier 1916.

⁷⁸ B.O. du ministère de l'Intérieur, *Exposé des motifs et rapport au président de la République précédant la publication du décret du 14 septembre 1916*, 1916, p. 422 et s.

préparation des élections législatives des 26 avril et 10 mai 1914, puis, de l'entrée dans la première guerre mondiale en août.

Ce n'est que le 17 juin 1915 qu'une proposition de loi contre l'usage et le trafic de la cocaïne est déposée au Sénat. Son examen est confié à une commission qui reprend également le texte déposé en avril 1911. Ces deux textes font l'objet d'un rapport non communiqué au Parlement, mais aux ministères et administrations chargés de son application. La procédure législative n'est donc pas respectée. C'est d'ailleurs une commission gouvernementale en lien avec l'industrie chimique et pharmaceutique qui s'avère être le véritable auteur du texte. La commission du Sénat se contente simplement de le reprendre. Ce texte renvoie à des règlements d'administration publique dont l'atteinte est assortie de peines considérables. Le débat n'a finalement pas eu lieu, car l'urgence est déclarée. Le Sénat et la Chambre des députés adoptent le texte sans débat public et à l'unanimité. Ils n'ont même pas eu connaissance des règlements d'administration publique auxquels il renvoyait. La question des stupéfiants n'a donc pas été réfléchie ou débattue. Quelques années plus tard, Adrien Aubry rappelle que cette législation :

« (...) n'est pas l'édifice au plan minutieusement préparé, à la construction méthodiquement élaborée. Elle a été, à sa conception comme à ses changements, conditionnée essentiellement par des événements ayant passionné l'opinion publique à leur heure. Elle est conditionnée par des faits sortant de la normale, dont la généralisation, par simple mécanisme psychique en vue de mesures préventives, arrive à créer une pure fiction de danger moral »⁷⁹.

Il convient également de préciser que parmi les parlementaires, caractérisés par leur indifférence à l'égard des stupéfiants, se trouvent quelques personnages qui se distinguent par leur ténacité et leur virulence à l'encontre de ceux-ci. Ceci va leur permettre de gagner en notoriété et d'accéder à certains fauteuils électifs⁸⁰. Le rôle primordial joué par le pouvoir exécutif dans l'élaboration des textes montre une dérive du régime politique de la III^{ème} République. Ce phénomène se retrouve dans l'élaboration des textes suivants relatifs aux stupéfiants dans le sens de l'aggravation de la répression et contenant des mesures d'exception attentatoires aux libertés publiques sous la pression de l'opinion publique et l'influence de la presse à scandales.

⁷⁹ (A.) Aubry, *La question des stupéfiants et le droit positif, contribution à l'étude d'une mystique*, Besançon, impr. de Millot frères, 1932, pp. 115-116.

⁸⁰ Par exemple, on peut citer le sénateur radical-socialiste des Basses-Pyrénées, Jacques Catalogne, qui obtient à plusieurs reprises le poste de secrétaire du Sénat.

Section III. La loi du 13 juillet 1922 concernant l'importation, la détention et l'usage de substances vénéneuses⁸¹.

Plusieurs faits divers, ayant ému l'opinion publique et relayés par la presse à scandale, sont à l'origine de l'accélération du vote de cette loi. On peut lire ainsi dans une lettre datée du 18 février 1922 du Procureur général de la Cour d'appel d'Aix en Provence à l'attention du Garde des Sceaux :

« (...) qu'il résulte des déclarations des domestiques que le commandant X fumait l'opium dans les mêmes conditions que sa maîtresse. La fille T, en service chez les prévenus au moment de la perquisition, a affirmé avoir eu souvent l'occasion, la nuit de leur préparer et de leur apporter dans leur chambre commune la drogue et les divers ustensiles nécessaires à son absorption. Il résulte aussi de ces premières investigations qu'en l'absence du commandant X, la dame Y recevait chez elle le commandant W et le lieutenant de vaisseau Z, en service sur le cuirassé Jean Bart, et que ces officiers faisaient eux aussi usage de stupéfiants »⁸².

Ces affaires alimentent aussi l'idée que la drogue fait courir aussi de graves dangers à la sécurité nationale. Ainsi, en 1907, l'officier de marine Benjamin Ullmo, est accusé d'avoir soustrait les signaux de la marine française dans le but d'essayer de les vendre à l'Allemagne. Pour sa défense, celui-ci plaide l'opiomanie et sa dépendance à cette drogue. Cette nouvelle loi est très courte et comporte seulement deux articles :

- Art.1 - « L'article 2 de la loi du 19 juillet 1845 sur les substances vénéneuses, modifié par la loi du 12 juillet 1916, est complétée comme suit : « les tribunaux devront prononcer l'interdiction de séjour, pendant cinq au moins et dix ans au plus, contre les individus reconnus coupable d'avoir facilité à autrui l'usage desdites substances soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen».

- Art. 2.- « L'article 4 de la loi du 19 juillet 1845 sur les substances vénéneuses, modifié par la loi du 12 juillet 1916, est complété comme suit : les locaux où l'on use en société des stupéfiants sont assimilés aux lieux livrés notoirement aux maisons de jeu ou à la débauche, en conformité de l'article 10 du décret des 19-22 juillet 1791 ».

⁸¹ JORF, 14 juillet 1922, p.7367.

⁸² (E.) Retailaud-Bajac, *Les paradis perdus Drogues et usagers de drogues dans la France de l'entre-deux-guerres*, Rennes, Ed. P.U. de Rennes, 2009, 472 p.

Ces mesures sont conçues pour résoudre les problèmes juridiques soulevés par les spécialistes quant à l'application des textes de 1916. Par exemple, l'interdiction de séjour vise à cibler les tenanciers qui, lorsqu'ils sont condamnés à de simples amendes, peuvent facilement reprendre leurs activités rapidement. Les perquisitions nocturnes sont jugées indispensables en raison de l'usage essentiellement nocturne de l'opium. Cependant, au fil des années, le profil du « péril toxique » a évolué : la cocaïne mobilise désormais principalement l'opinion publique. À cette époque, l'opiomane militaire, considérée autrefois comme un moteur essentiel du régime prohibitionniste, semble désormais quelque peu dépassée, comme le suggère (E.) Retillaud-Bajac :

« Doté d'une solide législation répressive, appliquée sans laxisme particulier, la société française de l'entre-deux guerres ne s'en considère pas moins victime d'une nouvelle offensive toxique, dont on doit maintenant dégager les modalités et les motifs ». ⁸³

Cette guerre contre la cocaïne s'accompagne d'une croisade « antialcoolique ». Les drogues se démocratisent. Cette idée doit être revue à l'aune de l'inquiétude généralisée qui agite la société française au lendemain de la guerre : celle d'un démantèlement des barrières de classe⁸⁴.

Une planche illustrée du dessinateur Henriot⁸⁵, parue en septembre 1922 dans l'hebdomadaire conservateur catholique « Le Pèlerin », illustre parfaitement cette idée. Elle diffuse auprès d'un vaste public catholique et conservateur le « spectre de la drogue » comme nouveau fléau social et démographique par crainte d'une dégénérescence de la race risquant de rendre les Français plus faibles face aux Allemands sur le champ de bataille. Ces dénonciations invitent à rechercher les chiffres de ces phénomènes que beaucoup comparent aux grands fléaux sanitaires de l'époque : alcoolisme, tuberculose ou voire cancer. Pourtant, les statistiques disponibles ne traduisent rien de semblable et révèlent des effectifs souvent dérisoires. Ainsi, les arrestations de la brigade mondaine sont de 53 en 1916, 59 en 1919, 212 en 1921. Les chiffres sont exagérés par les journaux. Ainsi, en 1924, circule dans la presse le chiffre sans fondement de 80 000 cocaïnomanes parisiens. (J.-J.) Yvrel critique le chiffre en prenant

⁸³ (E.) Retillaud-Bajac, *op.cit*, p.34.

⁸⁴ (J.-J.) Becker, (S.) Berstein, *Victoire et Frustration (1914-1929)*, Paris, Ed. Points, 1990, 480 p.

⁸⁵ Henri Maigrot (1857-1933) est un littérateur, dessinateur et caricaturiste français connu sous le pseudonyme de « Henriot » ou de « Pif ».

rigoureusement en compte divers paramètres démographiques et sociologiques qui démontrent son caractère invraisemblable. Ces 80 000 cocaïnomanes sont encore évoqués dans les années soixante ainsi que le chiffre tout aussi mythique de 1 200 fumeries d'opium. Ainsi, s'interroge en 1925 le journaliste (M.) Nadaud⁸⁶ :

« Doit-on en inférer un recul de l'offensive toxique ? Nous ne le pensons pas, si nous examinons parallèlement les statistiques médicales. Les trafiquants sont plus habiles, les consommateurs plus adroits, voilà tout »⁸⁷.

Le ministère de l'Intérieur véhicule aussi l'idée que les statistiques policières ne sont que la partie visible d'un « iceberg incontrôlable » par manque d'effectifs. La dénonciation des toxicomanes est clairement motivée par une stratégie éditoriale ou professionnelle, les drogues occupant un créneau plus spécialisé que l'alcoolisme. Un médecin indique ainsi qu'il rédige un livre dédié à la cocaïne, « car à la vue de la rareté des cas, le praticien est peu familiarisé avec les troubles mentaux d'origine cocaïnique »⁸⁸.

Les médecins seront d'abord mobilisés de manière importante puis ce sera au tour des juristes d'intervenir.⁸⁹ À ces inquiétudes spécifiques à la société française se mêlent également des enjeux internationaux. Ainsi, avec les conférences de La Haye de décembre 1911 à janvier 1912, la législation internationale se renforce et constitue le texte de référence pour les législations européennes. L'élaboration de celle-ci est marquée, comme pour la loi de 1916, par l'absence de débats parlementaires⁹⁰. Il s'agit encore là d'un projet de loi déposé par l'exécutif le 8 novembre 1920.

Il n'y aura finalement qu'une seule modification demandée par la commission sénatoriale en charge d'examiner le texte⁹¹. Ce dernier est ensuite transmis à la Chambre des

⁸⁶ Marcel Auguste Édouard Nadaud (1887-1943) est un journaliste et écrivain français. Il devient un spécialiste des erreurs judiciaires et des histoires de guerre aériennes. Chef du service économique du *Petit Journal*, on lui doit des romans (souvent d'espionnage) et des pièces de théâtre.

⁸⁷ In *Le Petit Journal*, n°26693, du 4 mars 1925.

⁸⁸ (H.) Piouffle, *Les psychoses cocaïniques*, Paris, Ed. A.Maloine et fils, 1919, 268 p.

⁸⁹ (M.E.) Courtois-Suffit, (R.) Giroux, (E.) Dupré, *La cocaïne, étude d'hygiène sociale et de médecine légale*, Paris, Ed. Masson et Cie, 1918, 230 p.

⁹⁰ (I.) Charras, « Genèses et évolution de la législation relative aux stupéfiants sous la Troisième République », in *Déviance et société*, 1998 vol. 22, n°4, pp 367-387.

⁹¹ Elle se limite à remplacer les termes « les tribunaux pourront prononcer la peine de l'interdiction de séjour » par ceux de « les tribunaux devront prononcer la peine de l'interdiction de séjour ».

députés qui ne juge pas opportun de le mettre à l'ordre du jour. Ce n'est qu'en février 1921 que l'exécutif reprend l'initiative⁹². L'urgence est déclarée et, conformément au souhait de la commission de la législation civile et criminelle en accord avec le gouvernement, elle est mise à l'ordre du jour de la séance du 5 juillet sous réserve qu'il n'y ait pas de débat⁹³. Le texte est donc mis aux voix, puis adopté à main levée, sans aucune discussion et dans la plus grande précipitation. Cette loi porte atteinte à un certain nombre de libertés publiques, et notamment, au principe d'inviolabilité du domicile.

L'article 2 de cette loi permet, en effet, aux agents antidrogues d'effectuer des visites domiciliaires, de jour comme de nuit, et sans mandat de perquisition dans les lieux où des individus se livrent à l'usage des stupéfiants. Une distinction existe toutefois entre les lieux ouverts au tout venant (pour lesquels les perquisitions ne nécessitent aucune formalité préalable) et les lieux privés (pour lesquels est nécessaire la dénonciation par deux citoyens habitant l'immeuble). Pour cela, la loi renvoie au décret des 19 et 22 juillet 1791 en son article 10, qui permet à la police de pénétrer à tout instant, même de nuit, dans les maisons de jeux et les lieux notoirement livrés à la débauche. Le rapporteur de la commission, nommé au Sénat pour examiner le projet, écrit donc à l'époque ceci :

« assimiler les fumeries d'opium où viennent sombrer tant d'intelligence et de cerveaux dans la plus basse dépravation, aux maisons de jeux et de débauche, antichambre de bien des désespérances et de sombres drames, ne saurait sérieusement élever de contestations »⁹⁴.

C'est la loi du 7 avril 1933 qui met fin à ce régime afin de se conformer à la loi du 7 avril 1933 qui retire tout droit de perquisition à la police. Ainsi, l'exécutif va adopter les dispositions liberticides de la loi de 1922 dans le décret-loi du 29 juillet 1939 sans rencontrer réellement de résistances :

« Pourtant, les protections occultes, l'échange de drogues contre des indications, l'utilisation du manque pour faire parler les toxicomanes appréhendés, le recours systématique aux

⁹² Le Président de la République décrète : le projet de loi (...) sera présenté à la Chambre des députés par le garde des Sceaux, ministre de la Justice, qui est chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion. En guise d'exposé des motifs, le Garde des Sceaux se contenta de compléter les propos du Président en écrivant : Nous n'avons rien à ajouter à l'exposé des motifs qui accompagnait le projet de loi n° 474 distribué [en novembre 1920] à la Chambre des députés en même temps qu'au Sénat, et nous venons vous prier de l'adopter à votre tour » (*in* J.O., *Documents parlementaires, Chambre des députés*, annexe à la séance du février 1921).

⁹³ Cette condition était prévue par les articles 97 à 99 du règlement de la Chambre des députés.

⁹⁴ J.O., *Documents parlementaires, Débats parlementaires du Sénat*, annexe à la séance du 30 novembre 1920.

indicateurs et aux provocateurs, les perquisitions sauvages, les pratiques discrétionnaires et arbitraires des agents antidrogues constituaient autant d'entorses quotidiennes à l'État de droit. Elles (la presse, les autorités compétentes) cherchèrent à justifier ces diverses anomalies par les difficultés particulières (méfiance des toxicomanes et des trafiquants, difficulté à administrer la preuve d'un délit qui était perpétré dans les milieux très fermés et dont la matérialité était aisément dissimulable) qui gênaient la découverte de ce type d'infractions. Pour les pouvoirs publics, il n'était pas question de renoncer à ces moyens, fussent-ils liberticides ou illégaux, sans lesquels il était impossible de répondre aux attentes de la grande presse, toujours prompte à dramatiser l'étendue du mal et à fustiger l'inaction des autorités. C'est sous le poids de cette même logique qu'au début du siècle, les gardes des Sceaux incitèrent les tribunaux à étendre les prescriptions de la loi de 1845 sur les substances vénéneuses à la cocaïne et à ses dérivés, dont l'usage et le commerce n'étaient visés par aucun règlement. Pendant la Grande Guerre et avant même l'adoption de la loi du 12 juillet 1939, le pouvoir politique n'hésita pas à évacuer des cocaïnomanes⁹⁵ (dont la plupart étaient en attente de jugement) de la capitale et de la zone des armées, puis à les interner au camp de concentration de la Ferté Macé en compagnie d'autres indésirables et suspects du point de vue national (ressortissants des pays ennemis, Alsaciens-Lorrain, filles soumises, danseurs de tango, *etc* »⁹⁶.

Dans sa thèse de 1932, Adrien Aubry se pose également les questions suivantes :

« la législation régnante est-elle basée sur des théories rationnelles et conformes aux nécessités particulières du pays ? L'usage anormal des stupéfiants doit-il être classé comme relevant du domaine médical ou du domaine pénal ? Quelle influence peut avoir l'emprisonnement sur la guérison des toxicomanes ? (...) Pourrait-on faire une différence dans l'application des peines au regard des substances incriminées (hiérarchie de nocivité) ? »⁹⁷.

Section IV. Le décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française.⁹⁸

Tout comme la loi du 13 juillet 1922, le décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité consolide les dispositifs législatifs et réglementaires qui font de la législation française « anti-drogue » l'une des plus draconiennes d'Europe. Dans son exposé des motifs figure l'extrait suivant :

« Par ailleurs, nous vous demandons d'approuver l'aggravation de la répression des vices et la lutte contre les fléaux sociaux qui constituent autant de dangers pour l'avenir de la race. Contre

⁹⁵ Par exemple, le 23 juillet 1915, dix-sept cocaïnomanes sont évacués vers la Ferté Macé. Le mois suivant, cette mesure décidée par le Préfet de police de Paris, en accord avec le ministre de l'Intérieur et par délégation du gouverneur militaire de la capitale, est appliquée à sept autres « intoxiqués » (voir A.N., F7 14835, « Dossier 19.398 cocaïne »).

⁹⁶ Pour plus de détails, voir (J.-C.) Farcy, *Les camps de concentration français de la première guerre mondiale (1914-1920)*, Paris, Ed. Anthro-pos-historiques, 1995, 373 p.

⁹⁷ (A.) Aubry, *La question des stupéfiants et le droit positif : contribution à l'étude d'une mystique*, Besançon, Impr. de Millot frères 1932, 223 p.

⁹⁸ JORF, 30 juillet 1939, p. 9607.

les publications pornographiques qui constituent des insultes à la dignité familiale, il n'est point assez de sanctions ; nous nous proposons de poursuivre avec sévérité la pratique de stupéfiants. Contre l'alcoolisme dont les méfaits sont principalement imputables à la production et à la consommation d'alcool de mauvaise qualité circulant en fraude, nous avons envisagé diverses mesures ».

Les dispositions concernant les stupéfiants se trouvent dans le Titre II. Protection de la famille. Chapitre III. Protection de la race. Section II du trafic des substances vénéneuses :

« Art. 130.- L'article 2 de la loi du 19 juillet 1843, modifié par les lois des 12 juillet 1916 et 13 juillet 1922 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 2- « Seront punis d'un emprisonnement de trois mois à cinq ans et d'une amende de 1 000 à 10 000 fr ou de l'une de ces peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions de ces règlements concernant les substances classées comme stupéfiants par voie réglementaire.

« La tentative d'une infraction réprimée par l'alinéa précédent sera punie comme le délit consommé. Il en sera de même de l'association ou de l'entente en vue de commettre ces infractions.

« Les peines prévues aux deux alinéas précédents pourront être prononcées alors même que les divers actes qui constituent les éléments de l'infraction auront été accomplis dans des pays différents.

« Les mêmes peines seront applicables à ceux qui auront usé en société desdites substances ou en auront facilité à autrui l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen.

« Les tribunaux pourront, en outre, dans tous les cas prévus aux alinéas précédents, prononcer la peine de l'interdiction des droits civiques pendant une durée d'un à cinq ans.

« les tribunaux devront prononcer l'interdiction de séjour pendant une durée de cinq ans au moins et dix ans au plus contre les individus reconnus coupables d'avoir facilité à autrui l'usage desdites substances, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen.

« Les locaux où l'on usera en société des stupéfiants seront assimilés aux lieux livrés notoirement aux jeux de hasard ou à la débauche, en conformité de l'article 10 du décret des 19-22 juillet 1791 ».

La section III est consacrée à la « lutte contre l'alcoolisme ». Le paragraphe 1 est consacré aux débits de boissons, le paragraphe 2 aux boissons alcooliques, le paragraphe 3 aux bouilleurs de cru. Mais l'alcool n'est pas interdit. Seules la fabrication et la commercialisation de l'absinthe seront interdites par une autre loi, celle du 16 mars 1915, relative à l'interdiction de la fabrication, de la vente en gros et au détail, ainsi que de la circulation de l'absinthe et des liqueurs similaires. Un décret fixera les caractères permettant de reconnaître qu'un spiritueux doit être considéré comme liqueur similaire au sens de cette loi.

Le Parlement ne va jouer aucun rôle dans l'élaboration de ce décret-loi⁹⁹. En effet, si ce projet d'initiative gouvernementale est bien déposé le 19 mars 1939 aux bureaux du Parlement, ce dernier vote ce jour-là une loi d'habilitation dont l'objet est sans limites¹⁰⁰. Cela permet alors au gouvernement de renforcer les pénalités prévues pour les infractions à la législation sur les stupéfiants et de réintroduire les dispositions liberticides de la loi de 1922 qui sont abrogées en 1933. Le texte lui-même est élaboré par la Commission interministérielle des stupéfiants. Créée en 1920, elle est composée de fonctionnaires spécialisés dans ces questions au sein des ministères concernés.

Cette absence de débat parlementaire apparaît très choquante au regard de la procédure qui a été suivie pour la ratification des conventions internationales sur les stupéfiants par les lois des 19 février 1925 et 6 avril 1933. Alors que la constitution ne l'y oblige pas, le Président de la République va demander au parlement l'autorisation de les ratifier. Il est vrai que celles-ci peuvent avoir des répercussions sur l'industrie pharmaceutique française.

⁹⁹ Sur cette question, voir (I.) Charras, « Genèse et évolution de la législation relative aux stupéfiants sous la Troisième République » in *Déviance et société*, 1998, vol. 22, n°4, pp 367-387.

¹⁰⁰ Les sénateurs Bouilly, Boncour, Breton et Steeg vont défendre un amendement pour que soient exclues des pleins pouvoirs toutes mesures pouvant porter atteinte aux libertés publiques, au fonctionnement normal des institutions parlementaires et aux lois relatives au mode électoral et à la durée du mandat législatif. Cet amendement, que le président du Conseil Daladier estime injurieux, est repoussé par 280 voix contre 33.

Section V. La loi n°53-1270 du 24 décembre 1953 modifiant et complétant les dispositions législatives sur la répression du trafic et de l'usage illicite des stupéfiants¹⁰¹.

Pour la première fois, la loi du 24 décembre 1953 introduit un volet sanitaire dans la lutte contre les stupéfiants en donnant la possibilité au juge répressif d'ordonner une cure de désintoxication aux usagers desdits stupéfiants. En effet, elle considère l'usager de stupéfiants comme une personne souffrant d'une maladie et celui qui se livre au trafic comme un délinquant professionnel devant être réprimé très sévèrement. En cela, elle est particulièrement intéressante et novatrice :

« Art. 3. - Il est inséré, dans le Code de la pharmacie, les articles 117 bis et 117 ter ci-après :
Art. 117 bis. - Les peines prévues à l'article 116, y compris l'interdiction de séjour, seront portées au double lorsque le délit aura consisté dans la fabrication illicite des substances vénéneuses visées audit article ou la culture illicite de plantes présentant des principes actifs de ces substances. Il en sera de même lorsque l'usage desdites substances aura été facilité à un mineur ou lorsque lesdites substances auront été délivrées à un mineur dans les conditions prévues par l'article 117 (...)

Art. 117 ter - Les personnes reconnues comme faisant usage de stupéfiants et inculpées d'un des délits prévus aux articles 116 et 117 pourront être astreintes, par ordonnance du juge d'instruction, à subir une cure de désintoxication dans un établissement spécialisé, dans les conditions qui seront fixées par règlement d'administration publique pris sur le rapport du garde des Sceaux, ministre de la Justice, et du ministre de la Santé publique et de la population, sur avis conforme d'une commission dont la composition sera fixée par arrêté conjoint des deux ministres précités... ».

Cette loi marque le passage d'un droit pénal qui interdit à un droit qui oblige. Ce principe va se retrouver dans la loi du 31 décembre 1970. Ce n'est plus une loi qui détermine ce qui est défendu (définition négative des comportements), mais une norme qui fixe ce qui doit être ou comment se conduire¹⁰². Nous verrons avec l'étude de la loi de 1970 les difficultés que cela engendre à la fois pour les magistrats de se voir déposséder d'une partie de la réponse pénale et pour les thérapeutes d'envisager une thérapie initiée par un autre que le patient. Il aurait pourtant fallu tirer toutes les conséquences logiques de la maladie de l'usager de drogue

¹⁰¹ JORF, 25 décembre 1953, p.11535.

¹⁰² C'est ce que met en évidence (M.) Foucault dans *Histoire de la folie à l'âge classique* (Paris, Ed. Gallimard, 1961, 700 p.) ou dans *Surveiller et punir* (Paris, Ed. Gallimard, 1975, 376 p.).

à savoir son traitement en tant que malade. Il ne peut être à la fois malade et traité comme un délinquant.

Cette loi ne sera jamais appliquée faute de parution des décrets d'application. Toutefois, elle constitue une première avancée dans la compréhension par la société et son législateur que l'usager de drogues est victime et non pas acteur volontaire de son comportement¹⁰³. L'alcool n'est pas considéré comme un stupéfiant. Ainsi, la loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux pour autrui¹⁰⁴ introduit aussi une obligation de soins, non pas en raison de l'acte délictueux consistant à avoir consommé le produit, mais en raison d'un état pouvant conduire à un acte dangereux :

« on est ici dans l'optique d'une prévention d'un acte délictueux qui respecte le caractère légal de la consommation du produit »¹⁰⁵.

(G.) Brousse, (M.) Sautereau, (L.) Lehugeur indiquent que la loi du 15 avril 1954 a pour objectif de « rééduquer l'alcoolique et non de le punir, de l'obliger à se soigner et d'agir *ante delictum* »¹⁰⁶. Elle est le seul dispositif ayant articulé de façon hiérarchisée une réponse sanitaire et judiciaire dans la dangerosité liée à l'alcoolodépendance ». Plus loin, ces auteurs soulignent que « les autorités judiciaires pouvaient condamner un état et non plus un fait (...). D'autre part, elle consacrait la possibilité de contraindre aux soins une personne en dehors des situations d'aliénation mentale »¹⁰⁷. Il y a là aussi le début d'une « dépsychiatriation » de l'alcoolisme, et sans doute, l'apparition de la future addictologie.

Cependant, la loi du 15 avril 1954 a encore une fois été peu appliquée. Elle est finalement abrogée par l'ordonnance du 20 juin 2000. Ce texte a été ratifié par le parlement le 5 mars 2002. Cependant, elle va permettre à de nombreux centres d'alcoolologie de voir le jour et de devenir des précurseurs pour les services d'addictologie à l'hôpital.

¹⁰³ (O.) Cottencin, (T.) Daniel, (L.) Karila. « Refus de soins en addictologie : choix ou contrainte ? », in *Alcool Addict*, 2009, vol. 31, pp 77-80.

¹⁰⁴ JORF. Loi n°54-439 du 15 avril 1954, *Sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui*.

¹⁰⁵ (T.) Daniel, « Aspects historiques de l'injonction de soins dans les addictions », in *La lettre du psychiatre*, vol 6, mai-juin 2010, pp. 72-76.

¹⁰⁶ (G.) Brousse, (L.) Lehugeur, (M.) Sautereau, « Alcool et soins sous contrainte », in *Revue EMC Psychiatrie*, 2010, pp. 1-12.

¹⁰⁷ *Ibidem*.

Section VI. La loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression de l'usage illicite des substances vénéneuses¹⁰⁸.

Aujourd'hui, la politique française de la drogue repose essentiellement sur un texte de plus de cinquante ans. La loi du 31 décembre 1970 a pour objectif de combattre la toxicomanie en mettant en place des dispositions sanitaires et en punissant le trafic illicite et l'usage de drogues. L'objectif de cette loi est double : d'une part, la lutte contre le trafic et l'usage de drogues et, d'autre part, la création d'un ensemble de soins. L'un des éléments clés de cette loi est son incorporation dans le Code de la santé publique, qui constitue la première incrimination en France de l'usage simple de substances classées comme stupéfiants, sans distinction entre les différentes catégories de drogues, ni entre usage privé et public, ni encore entre usage régulier et occasionnel. Cette loi, dont l'adoption est assez proche de celle des grandes lois précédentes, accentue encore la répression. Effectivement, la loi de 1916 ne punissait que l'utilisation en communauté et non l'utilisation individuelle¹⁰⁹.

Tout d'abord, il convient de dire quelques mots concernant les circonstances de son adoption¹¹⁰. Cette loi prend naissance juste après le mouvement de contestation et de libération sociales sans précédent qui est Mai 68. Après les accords de Grenelle conclus avec les représentants des syndicats de salariés et des organisations patronales, le Général de Gaulle met fin à cette « chianlit » par la dissolution du Parlement. Ce qui entraîne de nouvelles élections portant au pouvoir une chambre « bleu horizon » dont les sièges sont très largement attribués à la majorité présidentielle : la gauche parlementaire n'obtient que 91 sièges sur 485. Il s'agit de remettre de l'ordre au sein de cette jeunesse étudiante en mal d'idéologie libertaire et de paradis artificiels sur fond de musique psychédélique. Dès lors, il est nécessaire de trouver un coupable. Or ce n'est pas la jeunesse ou ses idées nouvelles, mais bel et bien la drogue. Le mouvement de mai 1968 se fait dépouiller de sa substance et de son aura.

L'autre évènement notable de cette période est la mise en lumière de la « French Connection » : l'opinion publique découvre que la France sert de « plaque tournante » pour la

¹⁰⁸ JORF, 3 janvier 1971, p 74.

¹⁰⁹ La loi de 1953 ne retient que l'incrimination de « l'usage en société » qui est introduite dans la première loi prohibitionniste française de 1916 pour lutter contre les fumeries d'opium.

¹¹⁰ (D.) Jayle, « Comment est née la loi de 1970 », in *Revue SWAPS*, n° 60, 2010, pp 11-15.

fourniture de l'héroïne aux États-Unis à partir d'un laboratoire basé à Marseille et travaillant sur l'opium venant d'Asie :

« La consommation de drogues illicites est un phénomène nouveau pour la France qui, depuis les années 1940, mis à part quelques opiomanes, ne connaît pas les drogues. L'alcool et le tabac règnent en maîtres absolus sur le champ des addictions. L'alcool n'est stigmatisé que dans le cadre de l'alcoolisme des classes populaires, le tabac totalement banalisé »¹¹¹.

Encore une fois, il faut compter sur la presse pour « échauffer » les esprits. C'est le temps de l'affaire dite « de Bandol » à la fin de l'été 1969¹¹². À l'époque, on n'hésite pas à parler d'une « dégradation générale des mœurs, d'un véritable fléau (...) d'un véritable emballement médiatique qui va contribuer à forger l'image de la drogue dévastatrice, responsable de la dégradation de l'individu et de la société »¹¹³.

Ainsi, selon Alain Peyrefitte, alors Garde des Sceaux, celui-ci fait le procès d'une « société permissive » :

« La dégradation des mœurs prend des formes multiples, communautés délinquantes, manifestations de violence, alcoolisme, extension de la prostitution et de l'homosexualité masculine et féminine, invasion de la pornographie... Tout est lié, et la drogue est un aspect aigu du déferlement auquel nous assistons »¹¹⁴.

Ce ministre établit un lien entre la société libérale, à laquelle il reste attaché, et le développement de la toxicomanie. Il rappelle au passage des slogans déjà entendus en mai 68 comme « il est interdit d'interdire » ou « il faut tout essayer ». La liberté est la cause de cette dégradation « qui ne semble pas exister à ce degré, du moins en ce qui concerne la drogue et la pornographie, dans les démocraties populaires, fortement encadrées par le surmoi collectif, les

¹¹¹ *Ibidem*.

¹¹² Le lundi 25 août 1969, une jeune fille de 17 ans, Martine, est retrouvée morte d'une overdose d'héroïne, dans les toilettes du casino de Bandol, où se donnait une séance de cinéma.

¹¹³ (C.) Bulard, (J.-J.) Yvrel, *Consommation de drogues, représentations sociales et attitudes du pouvoir en France 1800-1988*, Reims, Ed. CAST, mars 1993, 523 p.

¹¹⁴ (A.) Peyrefitte, *La drogue, ce qu'ont vu, ce que proposent médecins, juges, policiers, ministres*, Paris, Ed. Plon, 1970, 248 p.

dénonciations, la police »¹¹⁵. Pour lui, le dilemme est uniquement, « d'éviter que la liberté ne se dégrade en licence et que la lutte contre la licence ne restreigne pas la liberté »¹¹⁶.

Dans le même temps, Robert Boulin¹¹⁷, ministre de la Santé, ouvre en 1970 avec son fils une association pour la prévention et le soin des toxicomanes¹¹⁸, et le docteur Claude Olievenstein¹¹⁹, psychiatre, crée le centre « Marmottan » consacré aux soins aux toxicomanes, jusqu'alors pris en charge dans les services de psychiatrie.

Sur la sphère internationale, le nouveau président des États-Unis, Richard Nixon entend déclarer la « guerre à la drogue ». Pourtant, la réalité est encore une fois bien différente. Ainsi le célèbre commissaire Carrère¹²⁰, interrogé sur les raisons qui protègent la France de l'héroïne, n'hésite pas à répondre de la manière suivante :

« Je n'en sais rien, mais c'est un fait. Nous avons aujourd'hui 1 200 drogués fichés, dix fois moins qu'avant la guerre, quand les vieux coloniaux opiomanes vivaient encore. On raconte beaucoup d'histoires, mais les rafles périodiques que nous faisons l'hiver dans les cabarets, et l'été, sur les plages sont pratiquement sans résultats. Et quand on a fouillé la Sorbonne où, paraît-il, se faisaient des orgies de stupéfiants, on n'a rien trouvé du tout. (...) Que voulez-vous, chez nous il y a le vin, une certaine gaîté gauloise »¹²¹.

¹¹⁵ (A.) Marchant, *Drogues et drogués en France (1945-1990). Recherches sur les usages et les représentations de la drogue, les pratiques policières et judiciaires, les réponses politiques et sociales à la toxicomanie*, Thèse Université Paris I, 2008, 592 p.

¹¹⁶ *Ibidem*.

¹¹⁷ Tour à Tour, Robert Boulin (1920-1979) sera secrétaire d'État, puis, ministre sous les présidences de Charles de Gaulle, Georges Pompidou et Valéry Giscard d'Estaing.

¹¹⁸ (J.) Bernat de Celis, *Drogues : consommation interdite (la genèse de la loi de 1970 sur les stupéfiants)*, Paris, Ed. L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 1998, p 61.

¹¹⁹ (C.) Olievenstein (1933-2008) est un psychiatre français spécialisé dans le traitement de la toxicomanie. Il était surnommé le « psy des toxicos ».

¹²⁰ (M.) Carrère (1913-1979) est un commissaire divisionnaire qui dirigea l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) entre 1966 et 1971. En collaboration avec les services américains du Bureau des narcotiques et des drogues dangereuses (B.N.D.D.), il lutta contre les filières de la « French Connection ».

¹²¹ (G.) Menant, « le commissaire Carrère raconte sa victoire sur le gang de la drogue », *in Paris-Match*, 13 août 1968, pp. 72-75.

De même, lorsque ce commissaire annonce à la commission de l'Assemblée nationale qu'il existe 3 000 drogués fichés, le président Peyrefitte¹²² lui fait part de son étonnement :

« J'ai peine à croire que l'accroissement depuis 10 ans ne soit que de 50 %. N'avez-vous pas l'impression qu'il doit être de 1 000 % ou peut-être de 10 000 % ? »¹²³.

Le gouvernement oblige alors les parlementaires à faire une loi :

« Faire une loi est, après tout, pour des gouvernants, un des moyens les plus économiques d'affirmer que l'on s'occupe d'un problème »¹²⁴.

Dès lors, cette loi du 31 décembre 1970 présente trois caractéristiques principales :

- elle ne comporte pas de dispositions spécifiques en matière de prévention. Il en résulte une politique de prévention éparse, incohérente et sans homogénéité ;
- elle organise des soins anonymes et gratuits dans le cadre d'une prise en charge sanitaire et sociale conventionnée par l'État¹²⁵ ;
- elle assure la répression de toutes les infractions à la législation sur les stupéfiants, depuis la seule consommation jusqu'à la production, et ceci sans distinction entre les produits.

Les experts de ces sujets ont été entendus par les membres du gouvernement ou les parlementaires. Ils se montrent hésitants quant aux solutions à apporter. Mais ils s'opposent tous aux mesures pénales. À l'unanimité, ils reconnaissent le risque d'escalade du cannabis à l'héroïne, et tous parlent de leurs impressions et de leur expérience clinique. Pour autant, aucun ne cite d'étude scientifique et seul (C.) Olievenstein réclame la création de centres de recherches¹²⁶. Ce dernier met en avant l'échec total des mesures coercitives qui ont fait partout

¹²² Alain Peyrefitte (1925-1999) est un homme d'État, diplomate, écrivain français, et membre de l'Académie française. Après l'École normale supérieure, il intègre la première promotion de l'E.N.A et choisit à sa sortie la carrière diplomatique.

¹²³ (D.) Jayle, *op.cit*, p. 44.

¹²⁴ (P.) Robert, « L'utilisation du concept d'acteur social dans l'étude du crime », in *Collectif, Acteur social et délinquance*, Ed. Mardaga, 1990, p.116.

¹²⁵ La loi de 1953 prévoit l'injonction thérapeutique. Mais les décrets d'application n'ont jamais vu le jour. Elle est donc restée essentiellement une loi répressive à l'instar de la loi de 1916.

¹²⁶ Cette question reste d'actualité. Le cannabis apparaît aujourd'hui comme un facteur aggravant la schizophrénie et, pour certains, comme un facteur causal chez des sujets prédisposés.

la preuve de leur inefficacité. Aux États-Unis, celles-ci sont, selon lui, tournées en dérision par le phénomène de masse que représente désormais la drogue. En outre (C.) Olievenstein estime qu'il est inutile d'adopter une loi inapplicable et ajoute « que c'est la prévention qui doit être à l'ordre du jour plus que la répression (...) il serait dramatique de mettre en prison ceux et celles qui, par exemple, sont pris en train de fumer de la marijuana »¹²⁷.

En revanche, il faut réprimer sévèrement les trafiquants. Pour aider les « jeunes désaxés adonnés aux drogues », le professeur (J.) Delay de l'Académie française¹²⁸ fait de son côté l'apologie du modèle des kibboutz israéliens qui renforcent les valeurs suivantes : celle du travail, de l'autorité familiale, du sens de l'équipe et du sentiment patriotique. Pour le professeur (J.) Lebovici¹²⁹, les mesures coercitives, si elles sont prises, ne pourront être actives. Pour le docteur (J.) Delteil¹³⁰, il ne s'agit pas de prendre des mesures de répression à caractère punitif, mais plutôt dans certains cas, des mesures de contrainte indispensables pour les protéger contre eux-mêmes. Enfin, le commissaire Ottavioli¹³¹ juge les peines pour les intoxiqués suffisantes, mais celles pour les trafiquants beaucoup trop légères.

Le principal point de débat est la question de l'incrimination de l'usage personnel¹³². L'article L. 628 du Code de la santé publique dispose que « seront punis d'un emprisonnement

¹²⁷ (C.) Olievenstein, *La drogue ou la vie*, Paris, Ed Laffont, 1983, 260 p.

¹²⁸ (J.) Delay étudie la médecine à Paris. Reçu interne des hôpitaux à 20 ans et marqué par l'enseignement de Pierre Janet et de Georges Dumas, il s'oriente vers la psychiatrie. Il se spécialise également en neurologie à la Salpêtrière. En 1957, il élabore avec son assistant (P.) Deniker une classification des substances psychotropes qui sera validée par le congrès mondial de psychiatrie en 1961. Ce travail distingue les substances psychotropes, des médicaments et aussi des drogues, en fonction de leur activité sur le système nerveux central.

¹²⁹ (S.) Lebovici (1915-2000) est professeur de psychiatrie et psychanalyste. Membre de la « Société psychanalytique de Paris », il en devient le directeur entre 1962 et 1967. Par la suite, il préside « l'Association Psychanalytique Internationale » de 1973 à 1977.

¹³⁰ Neuropsychiatre et médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Maison Blanche de Neuilly-sur-Marne.

¹³¹ (P.) Ottavioli (1922-2017) est un commissaire de police français des années 60 et 70. Il a notamment enquêté sur les Brigades internationales, les affaires « Empain » et « Marković », la disparition de Mehdi Ben Barka ou l'attentat du « Petit-Clamart ».

¹³² (I.) Charras souligne néanmoins que « le délit de port sans motif légitime », présent dans la loi de 1916, laisse la porte ouverte à l'incrimination de l'usage personnel. Certains tribunaux allant jusqu'à étendre le délit de port à la détention à domicile ! Quant à la loi du 13 juillet 1922, elle permet aux agents « anti-drogues » d'effectuer des visites domiciliaires, de jour comme de nuit, sans mandat de perquisition, ce qui est une mesure dérogatoire au droit commun. Sur cette question, voir (I.) Charras, « Genèse et évolution relative aux stupéfiants sous la Troisième République » in *Déviance et société*, 1998, vol. 22, n°4, pp 367-387.

de deux à un an et d'une amende de 500 francs à 5 000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiant ».

(J.) Bernat de Celis¹³³ a fait une étude approfondie des conditions dans lesquelles l'incrimination de l'usage a été décidée. Selon elle, il apparaît clairement que les parlementaires, comme Pierre Mazeaud ou Alain Peyrefitte, ont initialement rejeté l'incrimination pour usage personnel et solitaire, jugée attentatoire aux droits et libertés fondamentaux¹³⁴. Dans la même idée, le conseiller à la Cour d'appel de Paris, Paul-Julien Doll, écrit dans la « Presse Médicale » de 1971 :

« D'aucuns s'étonnent de cette rigueur et soulignent qu'il est permis à un obsédé sexuel de sacrifier à Vénus jusqu'à en perdre l'entendement, et à un adepte de la dive bouteille de céder à son vice, au mépris de sa santé, pourvu qu'il ne se montre pas dangereux pour les autres ». Il ajoute : « On se rapproche singulièrement de la conception de certains pays de l'Europe de l'Est »¹³⁵.

Le gouvernement va faire pression sur les députés appartenant à la majorité présidentielle pour que ces derniers endossent ce projet de loi préparé depuis un an par la chancellerie. (P.) Mazeau en sera le rapporteur devant l'Assemblée nationale au nom de la commission des lois. L'incrimination de l'usage, qui n'est pas prévue dans les conventions internationales sur les stupéfiants, est justifiée par le texte émanant du gouvernement de la manière suivante :

« À une époque où le droit à la santé et aux soins est progressivement reconnu à l'individu, en particulier par la généralisation de la sécurité sociale et l'action sociale, il paraît normal, en contrepartie, que la Société puisse lui imposer certaines limites à l'utilisation que chacun peut faire de son propre corps, surtout lorsqu'il s'agit d'interdire l'usage de substances dont les spécialistes dénoncent unanimement la nocivité »¹³⁶.

¹³³ À noter que (J.) Bernat de Celis, docteur en droit et ancienne chargée de recherches au CNRS, a réalisé cette recherche (*Drogues : consommation interdite. La genèse de 1970 sur les stupéfiants*) au sein même du Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales (C.E.S.D.I.P.).

¹³⁴ La loi de 1953 ne retient que l'incrimination de « l'usage en société » créée en 1916 par la première loi française de prohibition destinée aux fumeries d'opium.

¹³⁵ (P.-J.) Doll, « Les médecins et la loi du 31.12.1970 sur la lutte contre la toxicomanie », in *la Presse Médicale*, vol. 29, 1971, pp 877-879.

¹³⁶ (P.-J.) Doll, « la lutte contre la toxicomanie », in *Gazette du Palais*, 9 mars 1971, pp 117-128.

Cet argument est à retenir. Il sera toujours mis en avant lorsqu'il s'agira de prendre en charge les malades atteints d'une maladie chronique pour lesquels le coût important du traitement est pris en charge par la sécurité sociale. C'est le cas par exemple des malades traités contre l'hépatite C avec de nouveaux médicaments dont le coût dépasse aujourd'hui les 30 000 €: Maviret, Eplusa, Vosevi.

Cette loi de 1970 est adoptée dans des circonstances et dans des conditions en tous points semblables à celle de 1916: une procédure parlementaire bâclée pour cause d'urgence, l'absence de débats et l'indifférence de nombreux parlementaires à l'exception de quelques activistes « anti-drogue » :

« Elle fut adoptée en séance de nuit, à partir d'un texte distribué la veille, sur lequel les quelques députés encore présents dans l'hémicycle sont invités à se prononcer. Beaucoup réclament un renvoi, mais le gouvernement presse. Malgré les protestations de plusieurs parlementaires sur la forme, et leur scepticisme quant à l'efficacité de certaines de ses dispositions, la loi est adoptée en première lecture à l'unanimité sans discussion. L'Assemblée nationale est transformée (dans la bonne tradition de la V^{ème} République !) en chambre d'enregistrement d'un texte entièrement conçu par le gouvernement et principalement par le ministère de la Justice »¹³⁷.

À l'époque, seul le ministère de la santé s'est opposé à l'incrimination pour usage personnel de stupéfiants. À travers le « Comité interministériel des stupéfiants », composé de représentants des différents ministères, du corps médical, et présidé par le ministre de la Santé, un projet fondé sur une approche thérapeutique est élaboré et présenté à Matignon en novembre 1969. Dans celui-ci, le toxicomane est considéré comme un « malade », alors que dans celui de la Chancellerie, il est perçu comme un délinquant. Le ministre Robert Boulin¹³⁸ connaissait de près la toxicomanie et considérait que le drogué relevait avant tout du soin et qu'il fallait absolument le soustraire à toute intervention policière¹³⁹. Cet homme politique s'est fortement impliqué dans ce dossier. Le texte du ministère de la Santé est intitulé « Avant-projet de loi sur la prévention et le traitement de la toxicomanie », tandis que celui de la Justice est intitulé «

¹³⁷ Revue SWAPS, « Santé, réduction des risques et usages de drogues », n°60/ 3^{ème} trimestre 2010 Spéciale « loi de 1970 », p14.

¹³⁸ Robert Boulin (1920-1979) est un homme politique français. Gaulliste, il est secrétaire d'État, puis, ministre sous les présidences de Charles de Gaulle, Georges Pompidou et Valéry Giscard d'Estaing. Sa mort controversée (découverte de son corps dans l'étang Rompu de la forêt de Rambouillet) et les questions en découlant ont été le point de départ de l'affaire dite « Robert Boulin ».

¹³⁹ (J.) Bernat de Celis, *op.cit*, p 61.

Avant-projet de loi sur la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses ». Le ministère de la Santé propose que les toxicomanes soient pris en charge par les dispensaires d'hygiène mentale, similaires à ceux pour les alcoolodépendants, où chaque toxicomane pourra être soigné gratuitement, de manière anonyme et sans risque de poursuites. Aucun individu ne devrait être puni simplement pour avoir consommé des stupéfiants.

Le ministère de la Santé et celui de la justice vont engager un débat de deux mois sur la criminalisation de l'usage de stupéfiants, transformant ainsi le consommateur en délinquant, ainsi que sur la situation des jeunes consommateurs occasionnels qui ne nécessitent pas une cure de désintoxication, une alternative proposée par la chancellerie aux poursuites pénales. À l'issue de cette période, le gouvernement décidera de fusionner les deux projets en un texte unique, avec la responsabilité de cette fusion confiée au ministère de la Justice. Pour concilier les positions, l'article 1 du projet de loi dispose que « toute personne faisant un usage illicite de substances ou de plantes classées comme stupéfiants sera placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire ». Cependant, le texte précise plus tard que le contrôle pénal prime pour le consommateur illicite : « le procureur peut poursuivre tout consommateur de drogue illégale, sauf celui qui, n'ayant pas récidivé, s'est spontanément soumis à une cure de désintoxication ».

Par conséquent, le magistrat a la possibilité de décider de ne pas engager de poursuites. C'est donc lui qui détermine le sort de l'usager. De plus, s'il opte pour une cure de désintoxication ou une simple surveillance médicale comme alternative aux poursuites, le médecin est tenu d'informer l'autorité sanitaire en cas d'interruption du traitement ou de la surveillance, le parquet devant être informé « à toutes fins utiles », ce qui peut impliquer une violation du secret médical. Si un toxicomane non repéré par la police ne dépend pas d'un service public, la loi ne contraint pas le médecin à « dénoncer » son client.¹⁴⁰

Néanmoins, le ministère de la Santé a obtenu la possibilité de rendre les centres de traitement accessibles tout en garantissant l'anonymat, protégeant ainsi les usagers qui se présentent spontanément et préservant l'indépendance des médecins libéraux vis-à-vis de la justice. Avec cette nouvelle responsabilité, il peut également espérer une augmentation de ses crédits afin de développer de nouveaux centres de soins et de recherche. Dans l'esprit de la loi, seuls les toxicomanes refusant de suivre un traitement ou les récidivistes méritent d'être

¹⁴⁰ (P.-J.) Doll, « Les médecins et la loi du 31/12/1970 sur la lutte contre la toxicomanie », in *la Presse Médicale*, vol.29, 1971, pp 877-879.

condamnés : « l'objectif premier des législateurs n'était pas de punir le drogué, mais de rassurer une majorité qui avait besoin de croire que l'ordre public concordait avec ses valeurs ». ¹⁴¹

En plus des concessions déjà mentionnées, plusieurs « innovations » procédurales dérogent au droit commun. Les visites domiciliaires, perquisitions et saisies peuvent être effectuées à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Elles ciblent les lieux de fabrication, de transformation ou de stockage illicite, ainsi que les lieux où se pratique potentiellement l'usage de stupéfiants en société. La durée de la garde à vue est étendue à quatre jours, contre 48 heures précédemment.

De nouvelles mesures répressives sont introduites : quiconque facilite l'usage de stupéfiants, à titre gratuit ou onéreux, encourt une peine de 2 à 10 ans de prison et une amende de 5 000 à 50 000 francs.

L'article L. 628 du Code de la santé publique définit l'usage illicite de stupéfiants comme un délit réprimé de deux mois à un an d'emprisonnement et/ou d'une amende de 500 à 5 000 fr (aujourd'hui 3 700 €). Selon l'article 131-1 du Code pénal, lorsque la loi prévoit une peine d'emprisonnement pour un délit, le tribunal peut décider à la place de prononcer une ou plusieurs peines privatives ou restrictives de liberté. Cela peut inclure la suspension ou l'annulation du permis de conduire, la confiscation ou l'immobilisation d'un véhicule appartenant au condamné, ainsi que l'interdiction, pour une durée maximale de cinq ans, d'exercer une activité professionnelle ou sociale lorsque cette activité a été délibérément utilisée pour préparer ou commettre l'infraction. De plus, les plantes ou substances saisies sont confisquées par la justice.

Afin de marquer le côté sanitaire de la loi, celle-ci prévoit dans certaines de ces dispositions que l'action publique ne sera pas exercée si l'usager a suivi le traitement médical qui lui aura été prescrit jusqu'à son terme. Ces dispositions ne sont applicables que lors de la première infraction constatée. En cas de réitération de l'infraction, le procureur doit « apprécier » s'il convient ou non d'exercer l'action publique.

L'usager peut ainsi faire l'objet d'une injonction thérapeutique. Le terme « injonction thérapeutique » n'est pas mentionné dans la loi de 1970, qui dispose que le procureur de la

¹⁴¹ (J.) Bernat de Celis, op.cit, p 61.

République peut « enjoindre » aux personnes ayant consommé illicitement des stupéfiants de suivre une cure de désintoxication ou de se soumettre à une surveillance médicale. Le terme « injonction thérapeutique » fait son apparition dans la circulaire du Garde des Sceaux. Cette appellation est devenue habituelle pour désigner la cure ou la surveillance médicale de l'article L. 628.1 du Code de la santé publique.

Ce texte autorise le procureur de la République, en cas d'accomplissement du traitement, à déclarer l'action publique éteinte. Mesure contraignante et non préventive, il s'agit bien d'une alternative sanitaire aux poursuites pénales sous les formes d'une procédure mixte judiciaire et sanitaire. Cette mesure s'applique uniquement aux cas d'usage individuel de stupéfiants et est généralement réservée aux premières infractions. Bien qu'elle favorise un consensus et anticipe l'évolution de notre droit pénal, elle a été accueillie avec réserve et suspicion par la plupart des professionnels judiciaires et médicaux. En effet, la justice voit d'un très mauvais œil le transfert de compétence vers l'autorité sanitaire¹⁴², qui décide après évaluation médicale si le patient nécessite une cure de désintoxication ou une simple surveillance médicale sous la supervision d'un médecin ou d'un dispensaire d'hygiène sociale. C'est également à elle qu'incombe la responsabilité d'informer le parquet sur le suivi du traitement.

Par ailleurs, les professionnels de santé, convaincus qu'un traitement réussit mieux lorsqu'il est accepté par le patient, refusent de devenir des instruments de la justice ou d'être perçus comme des collaborateurs de la répression. Certains critiquent le fait que les toxicomanes pourraient utiliser le traitement sous contrôle judiciaire pour éviter les conséquences légales, ce qui pourrait indirectement impliquer le médecin dans cette stratégie en qualité de complice.

Deux autres obligations de soins sont prévues par la loi et permettent d'éviter l'action publique :

- Il y a tout d'abord l'injonction sanitaire (article L 355-18 et 19 du Code de la santé publique) :

¹⁴² En l'espèce, la DDASS du département du lieu de domiciliation de l'usager.

Les toxicomanes peuvent être signalés aux autorités sanitaires par un certificat médical ou un rapport d'une assistante sociale. L'autorité sanitaire procède alors à un examen médical et à une enquête sur la situation familiale et professionnelle de la personne signalée. En fonction des conclusions de cet examen, l'autorité sanitaire ordonne soit une cure de désintoxication dans un centre agréé choisi par le patient, soit une surveillance médicale. Cette mesure est strictement sanitaire. Seules les personnes devant suivre une cure de désintoxication doivent fournir à l'autorité sanitaire la preuve de leur participation à cette cure. Les personnes signalées ne font pas l'objet de sanctions pénales si la cure de désintoxication ou la surveillance médicale est interrompue.

- Il y a également l'astreinte judiciaire (articles L 628-2 et 628-3 du Code de la santé publique) :

À n'importe quel stade du processus pénal, les juges peuvent imposer à un utilisateur de stupéfiants une obligation de traitement. Ainsi, pendant l'enquête judiciaire, le juge d'instruction ou le juge des enfants peut soumettre l'utilisateur de drogue à une surveillance médicale dans le cadre d'un contrôle judiciaire. Dans cette situation, des poursuites pénales sont engagées, et le fait que l'utilisateur se soit conformé à cette obligation peut influencer la peine infligée, par exemple en la réduisant voire en l'annulant. De même, lors du prononcé du jugement, le tribunal peut imposer une mesure de traitement, soit parce que l'utilisateur l'a rejetée auparavant, soit au contraire, pour la prolonger si elle a été initiée pendant l'enquête. Enfin, lors de l'exécution de la peine, le juge chargé de l'application des peines peut ordonner des mesures spécifiques comme une obligation de traitement lors de l'accord d'une libération conditionnelle (article 729 du Code de procédure pénale).

L'autre nouvel acte notable incriminé par cette loi, longtemps restée un obstacle à la prévention, est la présentation sous un jour favorable de l'effet des drogues ou l'incitation à son usage de l'article L 630 du Code de la santé publique. Même si cette provocation n'est pas suivie d'effet, elle est punie d'emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 5 000 francs à 50 000 francs. Les poursuites contre le président du Collectif d'Information et de Recherche Cannabique (C.I.R.C.), qui avait envoyé des « joints » aux députés¹⁴³, puis celles

¹⁴³ Le CIRC est le « Collectif d'information et de recherche cannabique », qui milite pour la décriminalisation du cannabis. Aux 577 députés de l'Assemblée nationale, les « petites mains » du CRIC ont roulé et envoyé un « pétard », assorti d'un livret « fait maison » au titre suivant : « Lettre ouverte aux députés ». Par la suite, 11 députés de droite (dont Christine Boutin) ont déposé plainte.

contre l'association « Technoplus » en 2005 (suite de la découverte par des gendarmes d'un « flyer » décrivant le « sniff ») sont liées à cette disposition.

Cette loi, comme ses celles qui l'ont précédé, porte atteinte aux libertés individuelles. Son objectif déclaré par le législateur est de lutter contre le trafic sous toutes ses formes en adoptant des procédures et des peines exceptionnellement sévères par rapport au droit commun.

En ce qui concerne les procédures, la loi dispose qu'un délai de garde à vue pouvant atteindre 48 heures peut être doublé pour toute personne soupçonnée de trafic (article L. 627 du Code de procédure pénale). Les visites domiciliaires, les perquisitions et les saisies peuvent être effectuées de jour comme de nuit dans tous les locaux susceptibles d'être utilisés comme entrepôts de stupéfiants (article L. 628.8 du Code de procédure pénale). Les peines prévues dépassent généralement les maximums légaux habituellement prévus (5 ans) pour la répression des délits. Les modifications législatives ultérieures, qui viennent compléter la loi de 1970, vont toutes dans le sens d'une aggravation de la répression, que ce soit en facilitant les poursuites pour certaines infractions, en élargissant les incriminations existantes ou en renforçant les peines applicables.

De nombreuses peines complémentaires sont également prévues : interdiction des droits civiques, suspension du permis de conduire, interdiction d'exercer une profession¹⁴⁴, et interdiction temporaire ou définitive du territoire. La déchéance de la nationalité n'est pas mentionnée, probablement parce qu'elle ne faisait pas partie à l'époque des mesures répressives disponibles.

Face aux inquiétudes et aux hésitations des professionnels de la santé, le gouvernement et les parlementaires élus après 1968 ont exprimé leur volonté de montrer leur détermination face à ce qu'ils percevaient comme une « dégradation des mœurs ». Ils ont cherché à conforter une opinion majoritaire en faisant passer le message qu'une épidémie pouvait être stoppée par une loi restrictive mais juste, combinant répression et encouragement aux traitements. Ainsi, le toxicomane est considéré à la fois comme un malade nécessitant aide, mais aussi comme un individu potentiellement criminel menaçant l'ordre social.

¹⁴⁴ Par exemple pour un médecin, dans le cadre d'ordonnance de complaisance.

La loi de santé publique, à caractère répressif, est adoptée en première lecture presque sans débat. Ses mesures répressives sont renforcées par le Sénat avant d'être votées lors de la seconde lecture le 10 décembre 1970.

Cette nouvelle loi inscrit la toxicomanie dans le cadre de la « lutte contre les fléaux sociaux », aux côtés de la tuberculose, des maladies vénériennes, du cancer, des maladies mentales, de l'homosexualité et de l'alcoolisme.

Sa dimension de salut public lui donne alors le privilège (assez rare) d'être votée à l'unanimité comme les lois du 19-25 juillet 1845 ou du 12 juillet 1916.

PARTIE I. LE RENFORCEMENT PROGRESSIF DE LA RÉPRESSION

La loi du 31 décembre 1970 est encore aujourd'hui le texte de base en matière d'usage de stupéfiants. Celle-ci a été plusieurs fois modifiée, mais jamais complètement réécrite. Elle se focalise toujours sur les stupéfiants alors même que la recherche médicale a fait des découvertes importantes dans l'appréhension de l'usager de drogues et de son environnement. Ses modifications vont toujours dans le sens de l'aggravation de la situation de l'usager, perçu comme un délinquant malade et jamais véritablement comme une victime (**Chapitre I**).

En 2016, la docteur Sylvie Geismar-Wieviorka¹⁴⁵ n'hésite pas à considérer dans l'un de ses livres que la loi de 1970 est désormais devenue obsolète :

« Il faut se garder d'apprécier la pertinence d'une loi votée il y a quarante-six ans (...) La fermeté n'empêche pas les consommations de masse, pas plus que la tolérance ne semble les encourager. La loi de 1970 a pu sembler pertinente au moment où elle a été votée, ce qui ne veut pas dire pour autant qu'elle l'est toujours aujourd'hui, la situation ayant, on l'a vu, considérablement évoluée»¹⁴⁶.

De plus, les politiques publiques ont l'obligation d'être évaluées et un projet de loi doit toujours faire l'objet d'une étude d'impact. Ces obligations proviennent de la LOLF¹⁴⁷, aujourd'hui très largement assimilée dans la fonction publique, afin justement de mettre en exergue les politiques publiques efficaces¹⁴⁸. Par ailleurs, les exemples étrangers réussis sont toujours une source d'inspiration quel que soit le sujet et à partir du moment où ceux-ci touchent aux sciences humaines dans un monde largement globalisé. Malgré un tel constat, les différentes

¹⁴⁵ (S.) Wieviorka est une psychiatre, universitaire et élue locale parisienne. Spécialisée dans le soin aux toxicomanes, elle est actuellement directrice médicale d'un centre parisien de soins pour toxicomanes. Elle est l'auteure de plusieurs ouvrages et de nombreux articles sur la toxicomanie et enseigne à l'université Paris 8.

¹⁴⁶ (S.) Geismar-Wieviorka, *Soigner les drogués du sevrage aux salles de shoot*, Paris, Ed. Odile Jacob, 2016, 240 p.

¹⁴⁷ La loi organique relative aux lois de finances (abrégée en L.O.L.F.) est un texte juridique qui fixe le cadre des lois de finances en France. En tant que loi organique, elle a une valeur supérieure à la loi ordinaire. Dans une certaine mesure, elle a aussi une valeur supérieure aux autres lois organiques. Parfois qualifiée de « Constitution financière », elle remplace le précédent cadre juridique (datant de 1959) et vise à moderniser la gestion de l'État. Promulguée le 1^{er} août 2001 et entrée en vigueur par étapes, elle s'applique à toute l'administration depuis 2006.

¹⁴⁸ Article 39 C de la Constitution résultant de la réforme du 13 juillet 2008 renvoyant à la loi organique du 15 avril 2009.

politiques, mises en place au lendemain de l'adoption de la loi de 1970, vont s'avérer encore et toujours des échecs patents (**Chapitre II**).

* *

*

CHAPITRE I. LES MODIFICATIONS SUCCESSIVES DEPUIS LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970

Par la suite, la loi du 31 décembre 1970 instaurant la répression de l'usage de stupéfiants a connu de nombreuses modifications dans ses articles avant d'être complétée par d'autres textes. Ces derniers ont tous tendu vers le même objectif : aggraver la répression dans le cadre d'une politique publique uniquement pénale et qui peut se résumer par le slogan de Nixon resté célèbre : « faire la guerre à la drogue ». Ainsi, au fur et à mesure du développement et de la connaissance des actions se situant dans l'environnement de l'usage de drogues, vont progressivement apparaître de nouvelles incriminations. Il convient d'évoquer ces textes dans leur ordre chronologique : la loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social (**section I**), la loi n°87-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du Code pénal (**section II**), la loi n°96-382 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment, le trafic des stupéfiants et la coopération internationale (**section III**), la loi n°2004-204 du 9 mai 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité dite loi « Perben II » (**section IV**), la circulaire Perben du 8 avril 2005 (**section V**), la loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (**section VI**) et pour finir la loi n°2019-222 du 23 mars 2019 de programmation (2018-2022) concernant la réforme de la justice (**section VII**).

Section I. La loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social

Cette nouvelle loi cible les individus impliqués dans le petit trafic ou les utilisateurs qui deviennent des revendeurs pour financer leur propre consommation. Elle introduit ainsi une incrimination spécifique pour les petits revendeurs communément appelés les « usagers revendeurs ». L'idée est de lutter plus efficacement contre le « deal de rue ». Cette nouvelle disposition n'est pas univoque. Pour les uns, elle vient aggraver la situation des usagers qui « dealent » pour se procurer leur drogue. Pour les autres, les peines encourues pour « usage-revente » sont moins importantes que pour le trafic, la loi constituant donc une protection de l'usager.

Au terme de l'article L. 627.2 du Code de la santé publique : « seront punis d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 5 000 à 500 000 francs ou de l'une ou l'autre

de ces deux peines seulement, ceux qui auront cédé ou offert des stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle ».

En outre, cette nouvelle incrimination permet de pouvoir juger en comparution immédiate les fournisseurs interpellés en flagrant délit. Des peines complémentaires sont prévues à l'article L. 629 du Code de la santé publique. Il s'agit de la possibilité pour les tribunaux d'ordonner la confiscation des substances ou plantes saisies. Cependant, cette mesure ne peut être appliquée dans le cas où le délit a été commis dans une pharmacie et que seul le gérant responsable est impliqué, à moins que le propriétaire de la pharmacie n'ait été complice ou que la détention de ces substances ou plantes soit illicite.

Par ailleurs, cette mesure peut également inclure une interdiction pour le condamné d'exercer la profession lors de laquelle le délit a été commis, pour une durée maximale de cinq ans. En cas de non-respect de cette interdiction, le condamné encourt une peine d'emprisonnement d'au moins six mois et au plus deux ans, ainsi qu'une amende d'au moins 3 600 francs et au plus 60 000 francs, ou l'une de ces deux peines seulement.

Les installations, matériels et tous biens mobiliers ayant servi, directement ou indirectement, à la commission de l'infraction ainsi que tout produit provenant de celle-ci, à quelque personne qu'ils appartiennent pourront être saisis, à moins que les propriétaires n'établissent leur bonne foi. Les frais d'enlèvement et de transport de ces installations, matériels et biens seront à la charge du condamné. S'ils ont été avancés par l'administration, ils seront recouverts comme frais de justice criminelle. Les tribunaux auront aussi le pouvoir d'ordonner la confiscation des ustensiles, matériels et meubles trouvés et utilisés sur les lieux, ainsi que d'interdire au délinquant d'exercer la profession pendant une période maximale de cinq ans, si celle-ci a été utilisée pour commettre le délit.

Section II. La loi n°87-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du Code pénal.

Les dispositions de la loi du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants couvrent plusieurs aspects. Elle introduit plusieurs nouveaux outils à disposition des enquêteurs et des tribunaux :

Elle autorise les douaniers, avec le consentement explicite de la personne concernée ou, à défaut, avec l'autorisation du président du tribunal de grande instance (aujourd'hui tribunal judiciaire), à recourir à des examens médicaux pour détecter le transport de drogues dissimulées dans l'organisme.

Elle permet la saisie conservatoire des biens du trafiquant inculpé avant son jugement pour éviter leur dissipation.

De plus, la loi du 31 décembre 1987 prévoit des mesures d'exemption ou de réduction de peine pour ceux qui dénoncent un trafic avant sa réalisation ou qui facilitent l'identification de leurs complices avant ou après l'engagement des poursuites. Cette disposition s'inspire largement du concept des « repentis » utilisé dans la lutte contre le terrorisme.

Par ailleurs, cette loi criminalise le blanchiment d'argent provenant du trafic de drogues, créant des infractions liées à la fausse justification de l'origine des ressources et des biens, ainsi qu'à la participation à des opérations de placement, de dissimulation ou de conversion du produit du trafic.

En outre, la loi prévoit des aggravations de peine pour la vente à des mineurs, la vente dans des établissements d'enseignement, dans des centres éducatifs ou dans des locaux administratifs, avec une peine d'emprisonnement de 2 à 10 ans. Cette mesure vise à protéger une clientèle particulièrement vulnérable.

Enfin, il convient de mentionner la loi n° 91-1264 du 19 décembre 1991 renforçant la lutte contre le trafic de stupéfiants, qui permet notamment l'organisation d'opérations de livraisons surveillées. Cette loi est intégrée dans la loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 relative à l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal et aux modifications nécessaires des dispositions de droit pénal et de procédure pénale (art 706-32 du Code de procédure pénale).

À partir du 1er mars 1994, date d'entrée en vigueur du nouveau Code pénal, l'ensemble des nouvelles dispositions, à l'exception de celles relatives à l'usage des stupéfiants, ont été intégrées dans ce code. Les sanctions associées à ces délits ont été considérablement renforcées. De plus, les infractions relatives aux grands trafics organisés ont également été criminalisées. Par exemple, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition, l'emploi, ainsi que l'importation et l'exportation de stupéfiants sont désormais punis de 10 ans d'emprisonnement et de 50 000 000 francs d'amende. Il est important de noter que la procédure relative au trafic

de stupéfiants en bande organisée a été alignée sur celle concernant le terrorisme. De plus, diriger ou organiser un groupement ayant pour objet le trafic de stupéfiants est passible de la réclusion criminelle à perpétuité et d'une amende de 50 000 000 francs.

Section III. La loi n°96-382 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants, ainsi qu'à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime.

Cette loi introduit deux nouvelles infractions dans le domaine du trafic de stupéfiants, qui viennent s'ajouter à celles mentionnées précédemment. Ainsi, inciter un mineur vers le trafic de stupéfiants est désormais sanctionné de 7 à 10 ans d'emprisonnement, selon l'âge du mineur concerné. De même, le fait de ne pas pouvoir rendre compte de l'origine de ses ressources tout en entretenant des relations habituelles avec un trafiquant ou un usager de stupéfiants est passible de 5 à 10 ans d'emprisonnement, selon que l'usager ou le trafiquant soit mineur (connu sous le nom de « proxénétisme stups »). Ces deux dispositions visent à renforcer la répression contre l'économie clandestine. Cependant, jusqu'à présent, elles ne semblent pas avoir produit les résultats escomptés.

En outre, les associations engagées dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie, régulièrement déclarées depuis cinq ans, ont désormais la possibilité de se constituer partie civile dans les affaires traitant du trafic de stupéfiants.

La loi n°2003-87 du 3 février 2003 crée également un délit spécifique de conduite sous l'emprise de stupéfiants : deux ans d'emprisonnement et 4 500 € d'amende. Il est notable que ce délit soit puni comme le délit de conduite en état d'ivresse. Si de plus la personne se trouvait sous l'effet d'un état alcoolique manifeste (avec une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré, égale ou supérieure aux taux fixés par les dispositions législatives ou réglementaires), les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et 9 000 € d'amende. Des peines complémentaires sont également prévues.

Section IV. La loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité dite « loi Perben II ».

Cette loi vise principalement à combattre la délinquance et la criminalité organisée, incluant les crimes et délits liés au trafic de stupéfiants, définis par les articles 222-34 à 222-40 du Code pénal. Les peines encourues vont de cinq ans d'emprisonnement à la réclusion

criminelle à perpétuité. Elle est nommée d'après le Garde des Sceaux du gouvernement de Jean-Pierre Raffarin, Dominique Perben (U.M.P.)¹⁴⁹.

Cette législation introduit plusieurs concepts nouveaux, comme le « plaider coupable »¹⁵⁰, le « stage de citoyenneté », ainsi que la création d'un mandat de recherche. Elle modifie également diverses dispositions du Code de procédure pénale, notamment en ce qui concerne le régime de la garde à vue et la prolongation possible de l'enquête de flagrance. De plus, elle instaure un nouveau livre dans le Code de procédure pénale intitulé « des procédures d'exécution », qui concerne le droit à l'exécution des peines.

Cette loi a fait l'objet d'un recours devant le Conseil constitutionnel, car les simplifications procédurales qu'elle introduit laissent, parfois, peu de place aux droits de la défense, comme nous le verrons plus précisément avec l'étude de sa circulaire d'application. Le Conseil constitutionnel a été saisi, dans les conditions prévues à l'article 61, deuxième alinéa, de la Constitution, de la loi portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, le 11 février 2004. Certaines de ses dispositions ont été déclarées contraires à la Constitution. Il convient maintenant d'évoquer la circulaire d'application de cette loi.

Section V. La circulaire « Perben » du 8 avril 2005

De très nombreuses circulaires de politique pénale sont venues régulièrement préciser les conditions d'application des textes législatifs. Elles introduisent ce que la loi de 1970 ne prévoit pas : des distinctions entre les drogues, les modes de consommation et le profil des usagers.

Trois étapes peuvent être décrites. Entre 1970 et 1984, c'est la logique sanitaire qui prime avec entre autres circulaires celle de « Pelletier » (17 mai 1978) recommandant un traitement différencié du cannabis ou celle de « Badinter » (19 septembre 1984) privilégiant la qualité d'usager sur celle de trafiquant dans les situations « d'usagers-revendeurs ». À partir de

¹⁴⁹ Dominique Perben est un homme politique français. Né à Lyon en 1945, député et plusieurs fois ministres, il est également entre Garde des sceaux mai 2002 et mai 2005.

¹⁵⁰ La comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité (C.R.P.C.) ou « plaider coupable » est une procédure qui permet de juger rapidement l'auteur d'une infraction qui reconnaît sa culpabilité. Elle est appliquée pour certains délits à la demande du procureur de la République ou de l'auteur des faits, l'affaire est transmise au juge pour homologation. La victime est informée de cette procédure. Le « plaider-coupable » a été introduit en 2004 pour les petits délits, mais concerne, depuis 2011, tous les délits (sous réserve que la durée d'emprisonnement ne dépasse pas cinq ans), hors délits politiques, de presse et certaines atteintes graves aux personnes.

1986, on note une inversion de cette tendance avec un versant répressif beaucoup plus accentué : c'est le cas de la circulaire « Chalandon » (12 mai 1987) qui annule les précédentes mesures, mais distingue cependant les usagers occasionnels des usagers d'habitude. Quelques années plus tard, la circulaire « Méhaignerie » (22 avril 1995) invite désormais les forces de l'ordre à dresser un procès-verbal, ainsi qu'à saisir la justice lors de chaque interpellation d'utilisateur. À la fin des années 90, les préoccupations sanitaires reprennent le dessus : la circulaire « Guigou » (17 juin 1999) recommande d'utiliser systématiquement les mesures alternatives aux poursuites en cas de simple usage.

Avec la circulaire « Perben » du 8 avril 2005, le ton se durcit. En effet, elle préconise une réponse pénale graduée en cas de simple usage. Pour les usagers majeurs, il est préconisé une réponse pénale systématique, mais graduée en fonction du comportement de consommation. Elle recommande un classement sans suite avec rappel à la loi pour les usagers majeurs arrêtés en possession de très faibles quantités de stupéfiants et un classement avec orientation sanitaire ou sociale pour ceux « qui ont dépassé le stade de la simple expérimentation »¹⁵¹. L'injonction thérapeutique est destinée aux individus utilisant des drogues dures ou présentant une polytoxicomanie, tandis que les poursuites pénales visent les usagers récidivistes ou ceux qui refusent de se conformer aux alternatives thérapeutiques. Dans le même esprit, la circulaire du 16 février 2012 relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de produits stupéfiants souligne que « le maintien de la pénalisation de l'usage de produits stupéfiants est un volet essentiel de la politique de prévention aux conduites addictives »¹⁵². Ce texte recommande d'adapter la réponse pénale aux différents profils :

- privilégier, pour l'utilisateur non toxicodépendant, la mesure de stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants et, à défaut, l'ordonnance pénale délictuelle, tout en excluant les classements sans suite en opportunité et en limitant le classement avec rappel à la loi ;
- envisager systématiquement l'injonction thérapeutique pour l'utilisateur toxicodépendant s'il nécessite des soins et privilégier les poursuites devant le tribunal correctionnel à l'encontre des usagers réitérants ou récidivistes.

¹⁵¹ Circulaire CRIM 2005-08-G4 du 8 avril 2005 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances.

¹⁵² *Ibidem*.

Dans la pratique, ces orientations se traduisent, selon l'OFDT¹⁵³, par le fait que 70 % des affaires d'usage de stupéfiants traitées par les parquets font l'objet d'une mesure alternative aux poursuites. Cette loi Perben et ses circulaires d'application ont fait l'objet de vifs débats qu'il est intéressant de rappeler ici. Dominique Simonnot¹⁵⁴ considère que le Garde des Sceaux a subi :

« une troisième claque pour son « plaider-coupable ». Les deux premières lui furent administrées par le Conseil constitutionnel, puis par la Cour de cassation. Cette fois, c'est le Conseil d'État qui a retoqué, hier, ses circulaires fleurons de sa réforme contenue dans la loi « Perben 2 ». La dernière circulaire, datée du 19 avril, consistait d'ailleurs à contourner habilement, pensait-il, les vives critiques de la Cour de cassation »¹⁵⁵.

La comparution sur reconnaissance de culpabilité, également connue sous le nom de « plaider-coupable », est introduite par la loi. Inspirée du système juridique anglo-saxon, cette procédure simplifiée vise à accélérer les procès pour décharger les tribunaux correctionnels et économiser du temps pour les procureurs. Lorsqu'une personne suspectée est appréhendée, elle a la possibilité de reconnaître les faits. Elle est assistée d'un avocat dont la présence à l'origine avait été exclue. Si l'auteur du délit accepte sa peine, cet accord peut être validé par un juge « homologateur ». Initialement prévue pour se dérouler dans le secret des cabinets des juges, la loi dispose que cette homologation doit en réalité se dérouler lors d'une audience publique, comme l'a rappelé le Conseil constitutionnel.

Le 2 septembre 2004, une circulaire interprétative de la loi permet aux magistrats du parquet de ne pas assister aux audiences. Leur présence est nécessaire lors de la lecture de l'accord, mais non lors des interrogatoires du prévenu et de son avocat. Le 18 avril 2005, suite à la saisine de magistrats de Nanterre, la Cour de cassation a rendu un avis critiquant ce point de la circulaire. Elle a jugé que la présence du procureur est indispensable tout au long de l'audience : « Le ministère public est représenté auprès de chaque juridiction répressive ; il

¹⁵³ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

¹⁵⁴ Dominique Simonnot est une journaliste française, spécialiste des affaires judiciaires. Le 5 octobre 2020, le Président de la République, Emmanuel Macron, lui propose de devenir contrôleuse générale des lieux de privation de liberté.

¹⁵⁵ (D.) Simonnot « Perben, à nouveau condamné sur son plaider-coupable », in *Journal Libération*, le 12 mai 2005.

assiste aux débats des juridictions de jugement ; toutes les décisions sont prononcées en sa présence »¹⁵⁶.

Dès le 19 avril 2005, considérant qu'il ne s'agit là que d'un « avis » de la Cour de cassation, une nouvelle circulaire du ministère de la Justice enjoint aux parquets de passer outre. La décision d'homologation n'a pas à être lue « sur-le-champ » et pourra l'être quelques jours plus tard, lors d'une prochaine audience où le procureur est forcément là. Lors de cette lecture, la présence du condamné et de son juge homologateur n'est pas requise. Un greffier pourra même se charger de la lecture publique de la décision.

Le Conseil d'État a censuré ce dispositif. Il avait été saisi, dès la première circulaire du 2 septembre 2004, par le Syndicat des avocats de France (SAF) et à nouveau, en urgence, pour la seconde : « Nous ne pouvions accepter que la chancellerie s'asseye sur les principes fondamentaux du droit, du moment que cela fait gagner du temps au parquet. C'est une violation délibérée de l'État de droit », explique Maître Didier Liger¹⁵⁷. Selon lui, « Le procès équitable suppose le contradictoire, et donc la présence du procureur, sans qui un procès n'est pas un procès »¹⁵⁸.

Le juge des référés du Conseil d'État a fermement « ordonné » que « soit sursis à l'exécution les deux circulaires du 2 septembre 2004 et du 19 avril 2005, en tant que ces deux textes déclarent facultative la présence du ministère public lors de l'audience susceptible d'aboutir à la décision d'homologation »¹⁵⁹. Les circulaires ont ainsi été suspendues en urgence. En effet, elles risquaient fort d'être jugées illégales sur le fond, et donc, d'entacher la régularité de nombreux jugements d'homologation. C'est-à-dire de les rendre nuls. Pour Didier Liger, il s'agit d'une grande victoire pour le SAF : « nous invitons nos adhérents à intervenir auprès de leurs Bâtonniers pour qu'aucune de ces audiences ne se déroule sans procureur »¹⁶⁰.

¹⁵⁶ Extrait de l'avis de la Cour de Cassation du 19 avril 2005.

¹⁵⁷ Avocat au barreau de Versailles.

¹⁵⁸ (D.) Liger, « Fonction de la justice : mieux juger ou traiter les flux policiers ? », in *Gaz. Pal. tri-hebdomadaire*, n°133-134, 12-13 mai 2004, p.5.

¹⁵⁹ *Ibidem*.

¹⁶⁰ *Ibidem*.

Après avoir combattu le projet de loi pendant tous les travaux préparatoires, le Syndicat de la Magistrature publie à destination des magistrats une contre-circulaire d'application en faveur des libertés individuelles. Son analyse est très intéressante, car elle met en lumière les très graves atteintes qui peuvent être faites aux droits fondamentaux et aux libertés publiques dans les lois relatives aux stupéfiants. Il convient de relever dans cette contre-circulaire les remarques du Conseil constitutionnel qui sont une excellente illustration des atteintes aux droits fondamentaux et aux libertés individuelles qui peuvent être initiées par l'exécutif contre les usagers de drogues. Cette circulaire en direction des magistrats du siège et du parquet affiche ainsi dans son titre les préoccupations du syndicat de la magistrature¹⁶¹.

Selon cette circulaire, la loi « Perben II » met en cause des libertés et des garanties procédurales essentielles en modifiant en profondeur la procédure pénale française. La décision du 2 mars 2004 du Conseil constitutionnel contient des éléments qui permettent aux magistrats de tenir leur rôle constitutionnel dans le respect de la convention européenne des droits de l'Homme. Par cette analyse, le Syndicat de la Magistrature entend fournir une grille de lecture de la réforme, permettant à chaque magistrat, fonction par fonction, de se réapproprier sa mission constitutionnelle de sauvegarde des libertés fondamentales.

Dans sa décision, le Conseil constitutionnel sanctionne l'inconstitutionnalité partielle de ce texte en invalidant deux dispositions et en faisant sept réserves d'interprétation quant à son application. Il rappelle les prérogatives de l'autorité judiciaire, qui assure la protection de la liberté individuelle conformément à l'article 66 de la Constitution. Il met également en évidence le fait que les limitations aux droits constitutionnellement garantis que le législateur peut prévoir doivent être indispensables à la manifestation de la vérité, en proportion de la gravité et de la complexité des infractions commises et ne doivent pas introduire de discriminations injustifiées. C'est aux magistrats, aux différents stades de la procédure pénale, d'exercer ce contrôle qui leur revient en vertu de la constitution. Ils vérifient les conditions relatives à la légalité, à la réalité et à la pertinence des raisons ayant motivé les mesures d'atteinte aux libertés constitutionnellement garanties, au nombre desquelles figurent la liberté d'aller et venir, l'inviolabilité du domicile privé, le secret des correspondances et le respect de

¹⁶¹ Contre-circulaire les libertés individuelles après « Perben II » un défi pour la magistrature. Titre détaillé : Application de la loi du 9 mars 2004 Protection proactive des libertés individuelles.

la vie privée, protégés par les articles 2 et 4 de la déclaration de 1789. Le système français de protection des libertés ne doit plus se contenter d'une sanction a posteriori, mais se transformer en contrôle effectif a priori.

Le Conseil constitutionnel impose un contrôle de la qualification qui doit s'exercer à tous les stades de la procédure (titre I). En outre, il rappelle la nécessité d'un contrôle renforcé du magistrat gardien des libertés individuelles pour chacune des mesures dérogatoires prévues par la loi du 9 mars 2004 (titre II), ainsi que sur la procédure de comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité (titre III). S'agissant de l'exécution des peines, l'absence de réserves d'interprétation ne dispense pas les magistrats d'appliquer le principe de l'individualisation de la peine (titre IV). Enfin, la mise en conformité de l'organisation matérielle des juridictions et l'accès à une défense réelle constituent des impératifs complémentaires et incontournables de la mise en œuvre de la réforme.

Section VI. La loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance

« Les dernières constatations effectuées par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) ont montré que la France figurait parmi les pays les plus consommateurs de produits stupéfiants en Europe et qu'il était indispensable que ces comportements, qui ont de graves conséquences tant sur la santé de chacun que sur la délinquance, trouvent une réponse adaptée »¹⁶².

La circulaire d'application de cette loi fait également le commentaire suivant : sa dominante sanitaire est incontestable. Par ailleurs, elle indique aussi que le dispositif de l'injonction thérapeutique souffre d'un manque de visibilité et d'efficacité. Le rapport de politique pénale de 2006 indique que cette mesure est rarement utilisée, principalement en raison de l'insuffisance des moyens sanitaires et sociaux disponibles.

L'article 47 de la loi du 5 mars 2007 (article L341-1 du Code de la santé publique) vise à renforcer l'utilisation de l'injonction thérapeutique, qui peut consister en des mesures de soins ou un suivi médical, en instaurant un dispositif reposant sur le médecin relais.

¹⁶² Sur cette question, voir B.O. du ministère de la Justice, *Circulaire de la Direction des Affaires criminelles et des Grâces du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances*.

Pourtant, cette loi aggrave considérablement la répression à l'égard des usagers de drogues. On peut lire ainsi dans cette même circulaire que « la loi confirme le refus du gouvernement de banaliser la consommation de produits stupéfiants. Elle aggrave la sanction dans certains cas. Elle vise à accroître l'efficacité du traitement judiciaire de la toxicomanie en accélérant et améliorant la prise en charge des consommateurs de drogues ».

Cette loi contient parmi les nouveautés le dépistage de l'usage de produits stupéfiants au sein des entreprises ou des établissements de transport public lorsqu'il y a des « raisons plausibles d'usage de stupéfiants ». Cette notion est floue. Le refus est d'ailleurs réprimé. Les frais sont à la charge de l'utilisateur¹⁶³ sauf dans certaines circonstances exceptionnelles au regard notamment de la situation sociale de l'utilisateur et des circonstances de l'usage. Elle consacre et renforce le rôle des procureurs généraux et des procureurs de la République en matière de prévention de la délinquance. Ainsi, « le conseil départemental de prévention de la délinquance, qui est présidé par le président du conseil général, doit prendre en compte les priorités résultant des décisions judiciaires en réponse à la toxicomanie. Le procureur de la République, en sa qualité de vice-président de cette instance partenariale privilégiée, veillera à exposer sa politique d'action publique en matière de lutte contre l'usage de drogue ». Enfin, elle élargit l'application de l'ordonnance pénale aux cas de délit lié à l'usage de stupéfiants.

La loi du 5 mars 2007 a suscité de nombreux commentaires en raison de son approche particulièrement répressive¹⁶⁴. Cette loi, axée sur la prévention de la délinquance, marque un changement radical par rapport à un modèle qui intégrait à la fois des aspects sociaux et répressifs¹⁶⁵. Malgré la diversité des dispositions abordant la question des usagers de drogues, l'ensemble reste cohérent et traduit une volonté de réprimer systématiquement les simples utilisateurs, un domaine que le système judiciaire gérait jusqu'alors principalement sur le plan de la prévention et de la santé publique¹⁶⁶. Toutes les conséquences de cette nouvelle loi n'ont

¹⁶³ Ils ne doivent pas excéder le montant de l'amende prévue pour les contraventions de la 3ème classe, soit 450 euros.

¹⁶⁴ (J.-P.) Jean, « La répression aggravée des usagers de stupéfiants depuis la loi du 5 mars 2007 », in *Archives de politique criminelle*, n°31, 2009, pp. 145-154.

¹⁶⁵ Sur cette question, voir (V.) Gautron, « La loi du 5 mars 2007, la fin de la singularité du modèle français de prévention de la délinquance », in *AJ Pénal*, mai 2007, pp. 205-209, (D.) Viriot-Barrial, « La lutte contre la toxicomanie dans la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance : un enjeu de santé publique », in *Gaz. Pal.*, 6 avril 2007, pp. 22-24.

¹⁶⁶ Sur cette question, voir (J.-P.) Jean, « La toxicomanie entre santé publique et ordre public », in *Drogues, église et société*, Commission sociale de l'épiscopat, Paris, Ed. Cerf, septembre 1997, pp. 209-234.

pas été mesurées. En effet, il n'y a pas eu d'étude d'impact alors même que celles-ci sont devenues systématiques aujourd'hui. Cela traduit à nouveau les lacunes du travail parlementaire concernant une loi sur les stupéfiants.

La loi du 5 mars 2007 met en évidence deux approches distinctes concernant les usagers de drogues. Une politique répressive cible les infractions commises sous l'influence de substances illicites. Une autre politique vise principalement les consommateurs simples, ce qui pourrait transformer le régime préventif et sanitaire prédominant en une politique de dissuasion par la répression.

La circulaire d'application du ministère de la Justice, datée du 9 mai 2008 et parue après les décrets d'application de la loi¹⁶⁷, cherche à adopter une approche plus pragmatique, alignée sur les pratiques des procureurs antérieures. Cette circulaire propose une politique plus équilibrée qui prend en considération la personnalité de l'utilisateur.

Dans le projet de loi initial présenté le 28 juin 2006 par le Premier ministre Dominique de Villepin, l'accent était clairement mis sur la prévention des addictions et le renforcement des sanctions pour les infractions commises sous l'influence de drogues. Des mesures sévères ont été prévues, notamment pour les individus exerçant des fonctions publiques ou occupant des postes à risque dans le secteur des transports¹⁶⁸.

La législation prévoit un contrôle spécifique des employés de ces entreprises de transport afin de détecter la consommation de stupéfiants, ce qui est justifié par le risque potentiel pour autrui lié à leurs activités¹⁶⁹. En revanche, les usagers occasionnels ou réguliers de drogues, dont la consommation ne présente pas de risque pour autrui, sont traités différemment. La circulaire du 9 mai 2008 suggère aux procureurs d'adopter une approche graduée en fonction des informations recueillies lors d'une enquête rapide sur la personnalité de l'individu.

¹⁶⁷ Décrets n° 2007-935 du 15 mai 2007, n°2007-1388 du 26 septembre 2007 et n° 2008-364 du 16 avril 2008.

¹⁶⁸ Cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende (art. L. 3421-1 al.3 du Code de la santé publique).

¹⁶⁹ Art. L. 3421-5 du Code de la santé publique, le refus de se soumettre au dépistage étant puni de 2 ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende (art. L. 3421-6 C.S.P.).

La nouvelle loi met en évidence deux mesures significatives dans l'arsenal judiciaire, applicables à toutes les étapes de la procédure : l'injonction thérapeutique et un nouveau dispositif, le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage des stupéfiants.

L'article 41-1 du Code de procédure pénale offre au procureur de la République la possibilité de proposer une alternative aux poursuites avant classement sans suite. Pour les consommateurs occasionnels en possession d'une quantité minimale de stupéfiants, le classement avec rappel à la loi est préconisé. Au-delà de cette limite, la loi introduit également, dans le même cadre juridique, un stage de sensibilisation aux dangers des produits stupéfiants (art. 41-1, 2° CPP).

Le procureur de la République peut proposer ce stage de sensibilisation à tout adulte auteur d'une infraction, ainsi qu'aux mineurs âgés d'au moins treize ans, dans le cadre des alternatives aux poursuites (art. 41-1, 2° CPP) et de la composition pénale (art. 41-2, 15° CPP). Ce stage peut également être ordonné comme peine complémentaire dans le cadre de l'ordonnance pénale¹⁷⁰.

En ce qui concerne les usagers dépendants aux drogues, la loi du 5 mars 2007 permet de généraliser l'injonction thérapeutique à toutes les étapes de la procédure. Cette mesure consiste en des soins ou une surveillance médicale dispensés par l'autorité sanitaire, après avis du « médecin-relais », désigné comme correspondant de l'autorité judiciaire dans chaque département, qui assure le suivi des signalements des parquets (art. L. 3413-1 à L. 3413-4 CSP). L'injonction thérapeutique peut désormais être décidée dans le cadre des alternatives aux poursuites, ainsi que dans le cadre de la composition pénale, qu'il s'agisse d'un usager adulte ou d'un mineur de moins de treize ans.

Enfin, en tant que modalité d'exécution d'une peine, notamment dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, y compris pour les infractions liées à l'abus d'alcool, l'injonction thérapeutique peut également être ordonnée par le juge d'instruction, le juge des enfants, le juge des libertés et de la détention, ainsi que par la juridiction de jugement (art. 3425-1 CSP, 132-45 CP).

¹⁷⁰ Art. 7-1 et 7-2 de l'ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

Les pratiques des parquets ont eu peu d'impact sur ces mesures alternatives, qui concernent près de 100 000 personnes interpellées chaque année et pour lesquelles une réponse pénale est apportée. Celle-ci varie souvent du simple classement à un rappel à la loi, voire à une autre forme alternative de poursuites impliquant un stage ou une intervention dans une structure sociosanitaire. Néanmoins, l'analyse des statistiques provenant des casiers judiciaires montre déjà une nette augmentation des condamnations pour usage simple.: 1 494 en 2002, 3 198 en 2003, 4 097 en 2004, 7 864 en 2005, 12 510 en 2006, 15 968 en 2007¹⁷¹. Le simple usage de stupéfiants se traduit souvent par une sanction pénale inscrite au casier judiciaire.

En effet, l'inscription au bulletin n°1 du casier judiciaire national ne découle pas systématiquement d'une condamnation. De manière paradoxale, elle peut résulter également de l'exécution d'une composition pénale exécutée (art. 41-2 CPP), alternative aux poursuites qui pourtant aboutit légalement à l'extinction de l'action publique. Malgré sa nature simple et efficace, cette mesure est de plus en plus utilisée par les parquets, ce qui contribue en partie à la forte augmentation depuis 2006¹⁷². Le recours intensif à la répression des usagers par le biais de la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale (art. 495, 3° CPP, art. 20 et 51 de la loi du 5 mars 2007) est désormais permis, répondant ainsi à la volonté des sénateurs de mettre un terme à ce qu'ils percevaient à l'époque comme une forme d'impunité¹⁷³.

Cette innovation introduite par la loi du 5 mars 2007 s'inscrit dans une extension continue de l'utilisation de l'ordonnance pénale comme un mode simplifié de jugement, orientant ainsi vers une forme de justice à tarif fixe¹⁷⁴. Initialement créée en 1972 pour traiter certaines contraventions, l'ordonnance pénale a été progressivement étendue par la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 aux délits et aux contraventions connexes du Code de la route, puis

¹⁷¹ « Le nombre de condamnations à l'emprisonnement ferme prononcées (pas forcément exécutées) pour usage simple de stupéfiants est faible (1 316 en 2006) et correspond à des situations particulières (récidive, non respect d'une orientation sanitaire, étranger en situation irrégulière, problème de qualification, etc). » (J.-P.) Jean, (A.) Kensey, « Usage licite de chiffres stupéfiants », in *Revue Pénombre*, n° 2, décembre 1993, pp. 5-11.

¹⁷² La loi d'orientation et de programmation de la justice du 9 septembre 2002 a prévu l'inscription des compositions pénales exécutées au bulletin n°1 du casier judiciaire national (art. 768-9° et R. 66 CPP.), mesure rendue applicable par le décret n° 2005-267 du 30 mai 2005 relatif au fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles et au casier judiciaire.

¹⁷³ Rapport n° 476, déposé le 6 septembre 2006 par (J.-R.) Lecerf, au nom de la Commission des lois du Sénat.

¹⁷⁴ (J.-P.) Jean, *Le système pénal*, Paris, Ed. La Découverte, coll. Repères, 2008, 128p. Certains parquets généraux ont établi des tables de concordance entre type de drogues, quantité et montant de la transaction douanière que les parquets peuvent valider. De même pour les modes de poursuites et les sanctions proposées au juge.

par la loi n° 2004-04 du 9 mars 2004 aux délits réglementaires relatifs aux transports terrestres, et enfin par la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 aux délits du titre IV du livre IV du Code de commerce n'entraînant pas de peine d'emprisonnement.

L'ordonnance pénale, procédure écrite, non contradictoire et sans audience de jugement, ne concerne pas les mineurs. Les faits reprochés doivent être suffisamment établis et les informations sur la personne poursuivie, notamment ses charges et ses ressources, doivent être disponibles pour permettre la détermination de la peine. Le juge décide sans débat préalable par une ordonnance pénale de relaxe ou de condamnation à une amende, éventuellement assortie de peines complémentaires qui peuvent être prononcées à titre principal, à l'exception des peines d'emprisonnement (art. 495-1 CPP). L'ordonnance doit être notifiée, et un délai de 45 jours est accordé pour former opposition, ce qui renvoie l'affaire devant le tribunal correctionnel selon la procédure ordinaire.

Le taux d'opposition étant très bas, la procédure de composition pénale s'étend progressivement en raison de son rapport « coût/efficacité » pour le parquet. Ce mode de poursuite représente le moyen privilégié et économique pour traiter les contentieux de masse, principalement dans le domaine de la délinquance routière. En 2004, il représentait 12,6 % des affaires correctionnelles poursuivies, puis 20,5 % en 2005, 23,5 % en 2006 et 24,3 % en 2007.

Entendus par les parlementaires, les syndicats de police ont argumenté que cette mesure vise à mettre fin aux classements sans suite¹⁷⁵. En 2003, une commission d'enquête sénatoriale¹⁷⁶ recommande l'utilisation de l'ordonnance pénale pour réprimer l'usage de stupéfiants, considérant cette mesure comme une réponse adaptée à un volume important de contentieux. La justice pénale semble en effet débordée et la durée moyenne de traitement des affaires pénales ne cesse d'augmenter. La commission estime que les usagers bénéficient d'une forme d'impunité de facto en ce qui concerne l'usage de stupéfiants. Cependant, elle préconise que cette mesure soit appliquée de manière individualisée en tenant compte de la personnalité et des ressources du prévenu. Les parlementaires ont ainsi introduit un amendement limitant

¹⁷⁵ Rapport n° 476, déposé le 6 septembre 2006 par (J.-R.) Lecerf, au nom de la Commission des lois du Sénat.

¹⁷⁶ Rapport n° 321 du 28 mai 2003 de la Commission d'enquête du Sénat sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites (Présidente Mme Nelly Olin, Rapporteur M. Bernard Plasait).

l'application de l'ordonnance pénale à l'usage simple de stupéfiants, excluant l'usage aggravé lié à certaines fonctions.

Pour analyser la réponse pénale réservée aux usagers de stupéfiants, il est nécessaire de consulter les statistiques pertinentes. Trois sources différentes existent pour les infractions à la législation sur les stupéfiants, chacune suivant sa propre logique administrative¹⁷⁷. Il n'est donc pas possible de suivre les mêmes affaires tout au long de la chaîne pénale, mais seulement de comparer des données spécifiques qui permettent néanmoins de dégager les tendances principales.

Dans les statistiques policières concernant les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS), l'usage (consommation) constitue la majorité des interpellations, représentant 84 % du total en 2007. Les services de police, de gendarmerie et des douanes ont interpellé 112 923 personnes pour usage simple, ce qui marque une augmentation de 22 % en un an. En parallèle, 11 548 personnes ont été interpellées pour usage-revente, 8 198 pour trafic local et 1 651 pour trafic international¹⁷⁸. Le cannabis est impliqué dans 86,3 % des interpellations pour usage et dans 61,5 % des cas d'usage-revente et de trafic.

Il n'existe pas de statistique nationale spécifique permettant d'isoler le délit d'usage de stupéfiants parmi les réponses pénales données par les parquets. La répartition des affaires traitées ne peut être suivie qu'à partir des données de la nouvelle chaîne pénale concernant les sept plus grands parquets de la région Île-de-France (Bobigny, Évry, Créteil, Nanterre, Paris, Pontoise, Versailles), où l'expression « usage de stupéfiants » est incluse dans les procédures¹⁷⁹.

En analysant uniquement les affaires susceptibles de poursuites traitées par les parquets entre 2005 et 2008, il ressort clairement que les rappels à la loi et les avertissements, similaires à ceux des autres infractions mineures, représentent près de trois quarts des alternatives aux poursuites. Pendant cette période, les injonctions thérapeutiques restent stables en nombre

¹⁷⁷ Sur cette question, voir (M.-D.) Barré, (T.) Godefroy et al., « Le consommateur de produits illicites saisi par la police », in *Questions Pénales*, 2000, 4 p., (M.)-(D.) Barré, « La répression de l'usage de produits illicites, état des lieux », in *Questions Pénales*, 2008, 4 p.

¹⁷⁸ Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) (rapport 2008).

¹⁷⁹ Remerciements à Mme Françoise Baissus, chef du bureau du droit social de la santé publique et de l'environnement, ainsi qu'aux responsables du pôle évaluation de la DACG (Direction des affaires criminelles et des grâces), Messieurs Cyril Lacombe et Fabrice Leturcq, qui ont permis l'accès aux données.

absolu mais diminuent en proportion relative. Les orientations vers des structures sanitaires et sociales, moins contraignantes et moins coûteuses, sont également fréquemment utilisées. En revanche, les compositions pénales connaissent une légère progression.

Si des poursuites sont engagées par les parquets, la comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité (C.R.P.C.) joue un rôle marginal. La véritable évolution se situe au niveau de l'ordonnance pénale délictuelle, qui connaît une forte augmentation en 2008 après une première utilisation dès l'entrée en vigueur du décret de 2007. Cette politique des parquets explique que les affaires d'usage simple devant le tribunal correctionnel représentent 21,9 % des affaires pouvant faire l'objet de poursuites en 2008, alors qu'elles ne représentaient que 14,7 % en 2005.

Une étude des réponses pénales des grands parquets de la Cour d'appel de Paris en 2008¹⁸⁰ indique que la mise en œuvre de la réponse graduée est généralisée, bien que les critères puissent varier considérablement en fonction notamment du type de produit saisi, de sa quantité et de la récidive éventuelle du prévenu. Les procureurs expliquent que les alternatives aux poursuites restent privilégiées, notamment à travers les rappels à la loi pour un usage occasionnel de cannabis, les injonctions thérapeutiques pour les drogues dures (comme la cocaïne, l'héroïne, l'ecstasy) et les dépendances les plus sévères au cannabis. Dans le cadre des alternatives aux poursuites, des stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants sont proposés aux usagers qui ont déjà bénéficié d'un rappel à la loi. Dans la région Île-de-France, un seul parquet utilise principalement la composition pénale comme alternative aux poursuites.

Depuis la loi du 5 mars 2007, l'utilisation de l'ordonnance pénale est privilégiée dans certains parquets pour plusieurs cas de figure :

- Consommation régulière mais de faible quantité et sans véritable dépendance ;
- Usagers interpellés au moins deux fois dans l'année ;
- Non-respect de l'injonction thérapeutique ou du stage de sensibilisation ;
- Non-respect des mesures de composition pénale ;

¹⁸⁰ Ce qui « exclut ceux situés dans le ressort de la Cour d'Appel de Versailles. Données anonymisées issues des rapports de politique pénale (mars 2009) des procureurs de la République de la Cour d'Appel de Paris portant sur l'année 2008 ». (J.-P.) Jean, « La répression aggravée des usagers de stupéfiants depuis la loi du 5 mars 2007 », in Archives de politique criminelle, n°31, 2009, pp. 145-154.

- Usagers concernés par des quantités plus importantes ou ayant fait l'objet de rappels à la loi ou d'injonctions thérapeutiques.

De manière générale, les usagers ne sont que rarement renvoyés devant le tribunal correctionnel. Certains procureurs indiquent ne pas poursuivre les usagers ayant fait l'objet d'une transaction douanière. Les premières données statistiques sur l'application de l'ordonnance pénale pour usage simple de stupéfiants montrent une nette tendance à son utilisation massive, parallèlement à la composition pénale. Cette tendance concerne aussi bien les infractions d'usage illicite simple que celles commises lors de la conduite d'un véhicule.

En ce qui concerne les condamnations, l'analyse des données du casier judiciaire selon les classifications NATINF¹⁸¹ révèle un impact significatif de la composition pénale, mesure alternative aux poursuites inscrite au bulletin n°1. Pour l'usage simple de stupéfiants en tant qu'infraction unique, les diverses mesures et peines prononcées montrent une augmentation notable des sanctions autres que l'emprisonnement, principalement des amendes. En 2007, plus de 10 500 personnes ont été condamnées à une amende, contre moins de 1 500 en 2003, représentant 66,3 % des sanctions contre 46,3 % en 2003. Le montant moyen des amendes fermes reste stable à 269 euros en 2007. Les peines d'emprisonnement ferme sont en moyenne de 1,8 mois mais rarement exécutées, souvent converties en mesures de milieu ouvert par le juge de l'application des peines¹⁸².

La systématisation de la réponse pénale et les modifications apportées par la loi du 5 mars 2007 ont déjà un impact visible, répondant aux objectifs du ministère de l'Intérieur de sanctionner efficacement les interpellations pour usage simple de stupéfiants, y compris de cannabis. L'utilisation répandue de la composition pénale conduit à l'inscription au casier judiciaire, similaire à une condamnation, et s'applique également aux mineurs de plus de treize ans. Cependant, cette pratique conduit des dizaines de milliers de jeunes, notamment les plus

¹⁸¹ Pour les NATures d'INFractions, il existe toujours des décalages dans ces données du fait du mode d'enregistrement, car les condamnations inscrites concernent soit :

- « l'infraction principale » qui apparaît au premier rang dans l'extrait de jugement envoyé au casier judiciaire. Elle ne prend pas en compte les condamnations pour lesquelles l'infraction concernée est connexe ou apparaît à un rang inférieur ;

- « l'infraction unique ». Elle ne concerne que l'infraction considérée. C'est à partir de ces condamnations dites « infractions uniques » que sont déclinées les peines prononcées.

¹⁸² Sur cette question, voir (J.-P.) Jean, (A.) Kensey, « Usage licite de chiffres stupéfiants », in *Revue Pénombre*, n° 2, décembre 1993, pp. 5-11.

souvent contrôlés par la police¹⁸³, à être sanctionnés avec une trace sur leur casier judiciaire, ce qui peut compliquer leur insertion sociale. Malgré les alternatives comme l'orientation vers des structures spécialisées permettant un contact préventif avec des spécialistes, le recours généralisé à des amendes risque de transformer la gestion des affaires judiciaires en une procédure quasi-administrative, impersonnelle, améliorant les statistiques des parquets et des tribunaux mais au détriment de réponses individualisées et de qualité de la justice. C'est hélas la solution envisagée avec la nouvelle amende forfaitaire délictuelle prévue à l'article 58 de loi n°2019-222 du 23 mars 2019.

Section VII. La loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice (article 58).

Le titre de cette loi ne permet pas de savoir qu'elle contient des dispositions entraînant une aggravation des dispositions relatives à l'usage de stupéfiants. Elle va néanmoins permettre à deux jeunes députés d'être médiatisés. Ils sont à l'origine d'un rapport d'information au nom de la commission des lois de l'Assemblée nationale. Ce dernier renseigne sur le contexte auquel l'amende délictuelle est supposée apporter la meilleure réponse. Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 31 décembre 1970 interdisant l'usage de stupéfiants, le nombre d'interpellations d'usagers de stupéfiants n'a cessé d'augmenter, atteignant près de 140 000 en 2016, ce qui représente 67,5 % des personnes interpellées pour des infractions à la législation sur les stupéfiants. Cette hausse des interpellations a été accompagnée par une standardisation et une diversification des réponses pénales apportées à ces cas. En 2015, 37 160 décisions ont été rendues pour le seul chef d'usage de stupéfiants, contre 3 481 en 2000, soit une multiplication par 10,6 en 15 ans. Face à cette problématique de masse, le législateur a développé diverses alternatives aux poursuites en matière de stupéfiants (rappel à la loi, composition pénale, etc.).

Conformément à la circulaire de la direction des affaires criminelles et des grâces du 16 février 2012, les interpellations d'usagers de stupéfiants font l'objet d'une réponse pénale systématique (seulement 1,8 % de classements sans suite). Cependant, cette approche semble peu efficace, car près de 65 % des 68 681 mesures alternatives aux poursuites prononcées en

¹⁸³ Selon l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de la journée d'Appel et de Préparation à la Défense) de l'OFDT, il y a en 2005 en France 1,2 million de consommateurs réguliers de cannabis (pour une consommation d'au moins 10 fois dans le mois). Un adolescent sur trois déclare avoir fumé du cannabis au cours du dernier mois. Ces chiffres de consommation sont parmi les plus élevés d'Europe.

2016 se sont limitées à de simples rappels à la loi, jugés peu dissuasifs par les acteurs consultés. Cette prévalence des rappels à la loi contribue à une « dépenalisation de fait », car l'usage de stupéfiants n'est plus réellement sanctionné pour les premiers délits. Ainsi, il existe actuellement un décalage entre un cadre législatif théoriquement strict et une réponse pénale peu dissuasive qui n'a pas réussi à freiner l'augmentation de la consommation de stupéfiants en France, ni la banalisation de ces substances, particulièrement parmi les jeunes.

Cette politique pénale est également appliquée de manière inégale sur le territoire, selon les orientations locales des parquets, visant particulièrement certains groupes de population (étudiants, personnes marginalisées, récidivistes, etc.). Malgré son inefficacité apparente, cette réponse pénale reste très chronophage pour les forces de l'ordre et les magistrats. En 2016, le ministère de l'Intérieur estimait que plus d'un million d'heures de travail étaient consacrées au traitement de ces infractions par la police et la gendarmerie, équivalent à 600 postes à temps plein. Parmi les solutions envisagées, l'adoption de l'amende contraventionnelle marque une orientation vers un durcissement de la répression.

Les titres de ce rapport évoquent cette aggravation¹⁸⁴. Mais il indique également « qu'il est toutefois difficile aujourd'hui d'évaluer les économies susceptibles d'être réalisées »¹⁸⁵. Il s'agit là d'un aveu très clair de ce qui peut se traduire, encore une fois en l'absence d'étude d'impact et de fondements sérieux, en tous cas avouables, de mesures conduisant à une aggravation de la répression des usagers de drogues. De même on retrouve plus loin, une autre remarque inquiétante :

« Cette procédure présenterait enfin certaines limites (...) le risque paradoxal d'une sanction plus sévère pour le primo-usager que pour le réitérant ou le récidiviste. D'où le constat suivant : c'est une réponse pénale jugée unanimement insatisfaisante »¹⁸⁶.

Concernant les détails spécifiques de la forfaitisation, plusieurs propositions divergentes sont avancées :

¹⁸⁴ Comme cela semble être le cas dans son point A intitulé « Une amende forfaitaire pour une sanction plus efficace ». En revanche, deux titres sont au contraire porteurs d'espoir. Le point E : « Réorienter les stratégies policières vers les trafiquants » et le point F : « Affecter le produit des amendes à la prévention ».

¹⁸⁵ Le rapport d'information rédigé par Messieurs Eric Poulliat et Robin Reda, soumis conformément à l'article 145 du règlement, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, conclut les travaux d'une mission d'information sur l'application d'une procédure d'amende forfaitaire pour le délit d'usage illicite de stupéfiants.

¹⁸⁶ *Ibidem*.

- Éric Poulliat, rapporteur de La République En Marche (LREM), préconise l'instauration d'une amende forfaitaire délictuelle.

- Robin Reda, rapporteur Les Républicains (LR), propose quant à lui la création d'une contravention forfaitaire de quatrième ou cinquième classe, avec un montant estimé entre 150 et 200 euros.

Le paiement se faisant via l'Agence nationale de traitement automatisé des infractions (ANTAI).

C'est la proposition du député de LREM qui finalement va être retenue dans la loi du 23 mars 2019 : « dispositions clarifiant et étendant la procédure de l'amende forfaitaire ». Or cette amende forfaitaire délictuelle impose toujours l'étiquette de délinquant à l'usager, ce qui n'est pas le cas de l'amende contraventionnelle. La solution la plus sévère et la plus stigmatisante a donc été choisie. Les motivations de ce choix ont été données dans le rapport de synthèse :

« La procédure offre l'assurance d'une sanction certaine et rapide, de nature à décharger les forces de l'ordre et les magistrats d'une partie de leurs tâches tout en soulignant symboliquement la gravité du comportement incriminé. Le maintien du caractère délictuel de l'infraction permet d'une part de conserver le recours à des outils juridiques de contrainte tels que le placement en garde à vue, utile pour permettre le démantèlement de trafics locaux, et d'autre part, de conserver la démarche sanitaire et sociale de prise en charge existante pour les usagers dont la consommation est problématique (toxicomanie grave...). En revanche, afin de garantir une réelle simplification de la procédure, l'amende forfaitaire réprimant l'usage de stupéfiants se verrait appliquer un régime particulier en matière de récidive »¹⁸⁷.

On retrouve donc l'idée que la poursuite de l'usager permet de combattre le trafic grâce à la procédure de garde à vue que seule la commission d'un crime ou d'un délit permet de mettre en œuvre. Cet argument ne tient pas à lire l'argumentation du député (R.) Reda¹⁸⁸ :

« Si la mise en place d'une contraventionnalisation supprime la possibilité de mise en garde à vue de l'usager, les forces de l'ordre pourraient utiliser des procédures alternatives et entendre l'usager de stupéfiants comme témoin volontaire ou placer la personne en garde à vue au titre de la détention de stupéfiants »¹⁸⁹.

¹⁸⁷ *Ibidem*.

¹⁸⁸ Robin Reda est un homme politique français. Membre de l'U.M.P., puis des « Républicains », il quitte ce parti en 2019 pour rejoindre « Soyons libres » de Valérie Pécresse. En vue des élections législatives de 2022, il rejoint le mouvement « Ensemble », coalition de partis politique au sein de la majorité présidentielle d'Emmanuel Macron. Il est réélu le 19 juin 2022 au second tour avec 50,34 % des voix.

¹⁸⁹ *Ibidem*.

Concernant le volet sanitaire, les forces de l'ordre ont la possibilité de contourner la procédure d'amende forfaitaire contraventionnelle lorsqu'elles font face aux usagers les plus problématiques. Au lieu de cela, la personne interpellée est présentée devant le tribunal de police, qui peut alors envisager des peines complémentaires telles que des stages de sensibilisation ou des injonctions thérapeutiques, notamment pour les contraventions de cinquième classe. Un dispositif similaire à celui mis en place au Portugal inclut une commission d'orientation, laquelle donne un avis non contraignant pour éclairer le tribunal de police sur la situation sanitaire et sociale de la personne concernée.

La contraventionnalisation apparaît ainsi comme une réponse mieux adaptée au simple usage de stupéfiant. En effet, elle est plus respectueuse des droits fondamentaux et des libertés publiques. Pourtant, priver de sa liberté un usager de drogue, c'est-à-dire une des victimes du trafic de drogue, en le mettant en garde à vue afin d'aider les forces de police dans leur enquête est un argument choquant. La procédure contraventionnelle permettrait aussi de lutter contre le trafic et d'apporter la meilleure réponse sanitaire. La mise en place de cette mesure n'a pas été immédiate et a fait l'objet d'une expérimentation reportée à la mi-juin 2020 pour raisons sanitaires dans les villes de Reims, Rennes, Créteil et Boissy-Saint-Léger (Val-de-Marne). Un bilan de l'expérimentation devrait être effectué mi-août afin d'en tirer les enseignements et d'envisager une généralisation en septembre 2020.

Ce report peut s'expliquer. En effet, plusieurs conditions doivent être remplies pour assurer le succès de sa mise en œuvre pratique. Il est nécessaire, par exemple, d'équiper toutes les patrouilles de police et de gendarmerie de tablettes « NEO »¹⁹⁰, qui permettent notamment la consultation du fichier T.A.J.¹⁹¹ sur place, ainsi que de kits de détection et de balances pour

¹⁹⁰ « NEO » est un projet visant à fournir aux policiers et aux gendarmes français des terminaux mobiles dotés d'une connexion sécurisée haut débit. Il s'appuie sur une version d'Android développée par l'agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI) avec l'appui du service des technologies et des systèmes d'information de la sécurité intérieure. Le terme NEO signifie nouvel équipement opérationnel. La gendarmerie utilise l'acronyme « NeoGend » pour désigner ce terminal.

¹⁹¹ Le T.A.J. (Traitement d'Antécédents Judiciaires) est un fichier de police judiciaire utilisé lors des enquêtes judiciaires, administratives (recrutement à un emploi sensible) et certaines enquêtes de renseignement. Il contient des informations sur les personnes mises en cause et sur les victimes. Seuls certains professionnels habilités ont le droit de le consulter.

assurer la fiabilité et l'efficacité de la procédure. Un éditorial de Maître Guillaume Jeanson¹⁹² souligne les points suivants :

« Bien que son décret d'application ait été publié le 24 mai 2019, ce dispositif n'est pas encore opérationnel. En effet, cette mesure a d'abord fait l'objet d'une expérimentation sur le ressort de certains tribunaux de grande instance, puis d'un déploiement national de cette mesure au début de l'année 2020. Au plan opérationnel, le ministère de l'Intérieur en coordination avec l'agence nationale de traitement automatisé des infractions développe les outils nécessaires (procès-verbal électronique « PVe ») pour permettre aux forces de l'ordre de relever cette infraction d'usage de stupéfiants conformément à la procédure de l'amende forfaitaire »¹⁹³.

Cette amende forfaitaire délictuelle n'est pas une contraventionnalisation de cette infraction. Elle n'est qu'une modalité alternative de traitement de ce délit. Celui-ci demeure passible d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende, mais pour lequel désormais :

« y compris en cas de récidive, l'action publique peut être éteinte (...) par le versement d'une amende forfaitaire d'un montant de 200 € Le montant de l'amende forfaitaire minorée est de 150 € et le montant de l'amende forfaitaire majorée est de 450 € Le taux de réponse pénale de 98 % semble satisfaire les autorités « puisqu'il se situe au-dessus de la moyenne nationale pour les autres infractions »¹⁹⁴.

Comme première réponse à l'usage de drogue, l'amende forfaitaire de 200 € apparaît donc plus sévère que le circuit actuel qui ne donne lieu, le plus souvent, qu'à un simple rappel à la loi. C'est d'ailleurs ce qui a conduit certains organismes, comme la CNCDH¹⁹⁵, à s'opposer catégoriquement à ce dispositif. Ces derniers déplorent le caractère automatique et déshumanisé de la répression envisagée.

L'exclusion des mineurs du dispositif de l'amende forfaitaire délictuelle pose également question¹⁹⁶. Les mineurs sont pourtant les premiers concernés par cet enjeu majeur de santé publique. D'après l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le cerveau de l'adolescent, encore en phase de maturation, est plus vulnérable aux substances

¹⁹² Maître Guillaume Jeanson est avocat au Barreau de Paris depuis 2010.

¹⁹³ (G.) Jeanson, *La Lettre du Centre National de Prévention, d'Etudes et de Recherches sur les Toxicomanies* (CNPERT), n°CXII, septembre 2019, 1 p.

¹⁹⁴ *Ibidem*.

¹⁹⁵ Avis n° 273 en date du 25 novembre 2018.

¹⁹⁶ (A.) Gerbeaux, (M.) Poulhes, « Les mineurs sont moins interpellés pour usage de stupéfiant : l'effet de l'amende forfaitaire délictuelle », *in Revue Psychotropes*, 2022, vol. 28, pp. 105-133.

psychoactives que le cerveau de l'adulte. Or selon l'enquête réalisée en 2014 sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD), 47,8 % des jeunes âgés de 17 ans ont déjà expérimenté le cannabis en France.

Cette loi a fait l'objet d'un recours de constitutionnalité. Le Conseil constitutionnel a été saisi par des parlementaires le 21 février et a rendu sa décision le 21 mars 2019 en déclarant le dispositif de l'amende délictuelle conforme à la constitution avec la réserve suivante : le dispositif de l'amende forfaitaire délictuelle ne peut concerner que les délits les moins graves et ne mettre en œuvre que des amendes de faible montant. De plus, en mars 2019, dix-neuf organisations ont demandé au Conseil constitutionnel de censurer l'article 58 de la loi de programmation 2018-2022 concernant la réforme de la justice qu'elles jugent contraire à la Constitution. Dans un argumentaire détaillé de dix pages, les organisations exposent au Conseil constitutionnel que l'extension de l'amende forfaitaire au délit d'usage de stupéfiants porte une violation disproportionnée des principes constitutionnels :

- de séparation des pouvoirs ;
- de séparation des autorités chargées de l'action publique et des autorités de jugement ;
- d'égalité devant la loi ;
- du droit à un procès équitable et à l'individualisation des peines ;
- de l'accessibilité et l'intelligibilité de la loi.

En novembre dernier, les organisations ont déjà dénoncé cette mesure à travers la parution d'un livre blanc « inter-associatif ». Selon le gouvernement, cette mesure vise à renforcer une répression déjà exemplaire en Europe et à réaliser des économies. Elle ne modifie pas le cadre légal existant et ne représente donc en aucun cas une forme de « dépenalisation ».

De leur côté les syndicats de police sont opposés à une amende payable sur le champ. Ils indiquent que le rôle d'un policier est d'interpeller, verbaliser pas de recouvrer les amendes. Ce rôle appartient au Trésor public¹⁹⁷.

Alors que 84 % des Français ainsi que de nombreux experts considèrent que la législation actuelle, notamment en ce qui concerne le cannabis, est inefficace, cette mesure

¹⁹⁷ « Drogues : les amendes payées sur le champs, « fausse bonne idée » selon les syndicats de policiers », *in L'Express*, 26 juin 2023 (en ligne).

passé à côté des véritables défis auxquels nous sommes collectivement confrontés en matière de drogues, particulièrement en ce qui concerne l'accès aux droits et à la santé des personnes concernées. Les 19 organisations signataires représentent la diversité de la société civile française, incluant des policiers, des avocats, des magistrats, des usagers, des consommateurs, des citoyens, des médecins, des professionnels du secteur médico-social et des acteurs communautaires.¹⁹⁸. Cet aperçu de l'évolution de la législation sur les stupéfiants démontre que cette dernière a été complétée à de nombreuses reprises, mais toujours dans le sens d'une amélioration de la lutte contre le trafic et d'une aggravation de la répression. En revanche, concernant les usagers, le texte de la loi de 1970 n'a jamais été remanié de manière globale, ce qui le rend déséquilibré et inadapté au regard de l'évolution du phénomène de la toxicomanie. Il en résulte une mise en œuvre chaotique, hétérogène, finalement abandonnée à la libre appréciation des acteurs répressifs, compte tenu des multiples hésitations des gouvernements.

* *
 *

¹⁹⁸ Voici les acteurs concernés : Le syndicat de la magistrature, « NORML France », « AIDES », « Autosupport des usagers de drogues » (ASUD), « Cannabis sans frontières » « Collectif d'information et de recherche cannabique » (CIRC), «FAAT » (For Alternative Approaches to Addiction, Think & do tank), « Fédération addiction », « Fonds pour la légalisation du cannabis », « Groupe de recherche et d'études cliniques sur les cannabinoïdes », « Ligue des droits de l'Homme », « Médecins du Monde », « Observatoire international des prisons. Section française », « Police contre la prohibition », « Principes actifs », « psychoactif », « SOS Addictions », « Syndicat Sud. Intérieur-Union syndicale solidaires », « Techno + ».

CHAPITRE II. L'ÉCHEC PATENT DE CES POLITIQUES PUBLIQUES

Afin d'appréhender de manière objective cette question, il est indispensable de recourir aux chiffres et aux statistiques qui nous permettent d'appréhender la question sans a priori ni préjugés. En effet, l'usage de drogues connaît de nombreux stéréotypes qui nuisent à l'élaboration de solutions efficaces pour préserver à la fois les droits et libertés fondamentaux, ainsi que l'ordre public. Il s'agit donc d'avoir une représentation la plus scientifique possible du phénomène et de ne pas nous fonder sur notre propre subjectivité : notre éducation, nos peurs, nos tabous, voire nos croyances. Quelle est la réalité de cet usage des drogues ? Quels sont les chiffres clés ? Qui consomme ? Que consomment-ils ? Comment consomment-ils ? Quelles sont les tendances ou les évolutions ? Comment ce phénomène est-il appréhendé au niveau répressif, financier, ou médical ? Quel est enfin l'impact réel de cette consommation sur les droits et libertés publiques en France ? Ce sont l'ensemble de ces aspects qui seront ici traités. Dans un premier temps, il conviendra de faire un état des lieux de cet usage des drogues (**section I**) avant d'étudier ses conséquences au niveau répressif (**section II**), financier (**section III**), médical (**section IV**), mais également, sur le respect des droits et libertés publiques (**section V**).

Section I. L'usage des drogues : un état des lieux

Cet état des lieux doit nous permettre d'appréhender la réalité de l'usage de drogues de la manière la plus objective possible. En effet, les préjugés sont nombreux. Il existe de nombreuses représentations fantasmées, souvent instrumentalisées politiquement, à propos des drogues et de ses usagers. C'est pourquoi il convient de présenter en amont les chiffres et les tendances concernant chaque drogue (**I**) avant de se concentrer sur la plus connue et répandue : le cannabis (**II**).

I. Chiffres et tendances concernant les drogues en France

Il est tout d'abord important de donner les chiffres de ce phénomène (**I**) avant de connaître les dernières tendances concernant la consommation (**II**).

A. Le phénomène en chiffre

En juin 2019, l'OFDT publie la huitième édition de *Drogues, chiffres clés*¹⁹⁹ à l'occasion de la journée internationale contre l'abus et le trafic de drogues. En huit pages, ce document regroupe les indicateurs chiffrés les plus récents et les plus pertinents pour quantifier et décrire le phénomène des substances psychoactives en France : consommations, contextes, trafics, conséquences sanitaires et pénales. Cette étude repose sur les travaux en partie de l'OFDT, mais également grâce aux apports d'autres organismes impliqués dans le champ.

En ce qui concerne les ventes d'alcool, on observe une moyenne d'environ 2,5 unités standards par habitant et par jour en 2018. En France, depuis les années 1960, les ventes d'alcool ont connu une forte baisse, principalement due au recul de la consommation de vin, qui se poursuit depuis 2005 à un rythme plus lent (- 0,1 litre par personne et par an). D'après les chiffres concernant la consommation d'alcool pur par pays, la France occupe une position intermédiaire en Europe.

En termes de consommation, environ 10 % des adultes de 18 à 75 ans en France déclarent une consommation quotidienne de boissons alcoolisées en 2017, avec une prévalence plus élevée chez les hommes (15 %) que chez les femmes (5 %). Environ 60 % des collégiens français ont déjà expérimenté l'alcool, tandis qu'à 17 ans, moins d'un adolescent sur dix (8,4 %) déclare une consommation régulière, avec des différences marquées entre les garçons (12 %) et les filles (5 %). Des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (API) sont également fréquents, avec 16 % des 18-75 ans ayant déclaré avoir bu au moins six verres en une seule occasion au cours du mois écoulé.

Environ 24 % des adultes de 18-75 ans en France, soit environ 10,6 millions de personnes, consomment de l'alcool au-delà des seuils de consommation à moindre risque recommandés par les experts et les autorités publiques. Cette surconsommation concerne davantage les hommes que les femmes (33 % contre 14 %) et consiste à dépasser l'avis de ne pas consommer plus de dix verres standards par semaine et pas plus de deux verres standards par jour, tout en respectant des jours sans consommation dans la semaine.

¹⁹⁹ OFDT *Drogues Chiffres clés*, Paris, Ed. OFDT, 2019, 8 p.

En ce qui concerne les soins, environ 142 000 personnes ayant des problèmes liés à l'alcool consultent en ambulatoire dans les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), tandis que d'autres sont prises en charge dans les hôpitaux ou par des médecins de ville. Quant à la mortalité liée à l'alcool pour les années 2011, 2015 et 2017, elle est en baisse par rapport à l'estimation de 2009, avec environ 30 000 décès chez les hommes et 11 000 chez les femmes pour ces années-là.

En ce qui concerne le coût social de l'alcool et du tabac pour l'année 2010, l'évaluation de ce coût mesure les impacts économiques des conséquences liées à la consommation et au trafic de ces substances, qu'elles soient licites ou illicites. Ce calcul inclut à la fois les coûts externes qui affectent la société dans son ensemble et les coûts internes supportés par les finances publiques. Le coût externe comprend la valeur des vies humaines perdues, la perte de qualité de vie ainsi que les pertes de production des entreprises et des administrations. À cela s'ajoute le coût interne, qui correspond à la différence entre les dépenses engagées pour la prévention, la répression et les soins d'une part, et les recettes fiscales d'autre part, incluant les économies réalisées sur les retraites non versées. Pour l'alcool, le coût externe représente 95 % du total, tandis que pour le tabac, il atteint 85 %. Il est important de noter que ces coûts ne peuvent être simplement additionnés, car de nombreuses maladies et décès associés à la consommation d'alcool et de tabac sont interdépendants.

En ce qui concerne le tabac, les ventes dans le réseau des buralistes ont diminué de 9 % en 2018 par rapport à 2017, en considérant un nombre constant de jours de livraison. La vente de tabac a généré 19 milliards d'euros de chiffre d'affaires cette même année, alors que 281 tonnes de tabac ont été saisies par les services douaniers, soit une baisse par rapport au record de 630 tonnes atteint en 2015.

En 2018, on note une augmentation de 25 % du nombre estimé de personnes ayant suivi un traitement pour l'arrêt du tabac par rapport à l'année précédente, qui avait déjà enregistré une progression record de 28 %. Concernant la mortalité attribuée au tabac en 2015, incluant principalement les cancers du poumon et d'autres maladies respiratoires et cardiovasculaires, environ 75 000 décès sont estimés, dont 55 400 concernent des hommes et 19 900 des femmes.

Il convient maintenant d'aborder les chiffres de la première drogue illégale en France : le cannabis. En 2017, environ 45 % des adultes âgés de 18 à 64 ans en France ont déclaré avoir expérimenté le cannabis. Quant à la consommation au cours de l'année, elle concerne 11 % de

cette population (15 % des hommes et 7 % des femmes), un chiffre stable par rapport à 2014. Environ 3,6 % de la population rapporte une consommation régulière de cannabis. La France présente ainsi la prévalence la plus élevée de consommation de cannabis parmi les jeunes et les adultes en Europe.

Concernant l'usage problématique et la dépendance au cannabis en 2017, selon le « Cannabis Abuse Screening Test » (CAST), un outil de repérage des usages problématiques, 25 % des usagers actuels âgés de 18 à 64 ans présentaient un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance, une augmentation par rapport aux 21 % en 2014. Au total, 3 % des 18-64 ans (4 % des hommes et 1 % des femmes) sont concernés, soit un peu plus d'un million de personnes.

En matière de soins, « le nombre de personnes signalant le cannabis comme produit posant le plus de problèmes dans les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) a augmenté de 55 % entre 2010 et 2016, passant de 38 000 à 59 000 patients »²⁰⁰. Ce nombre représente un cinquième des individus observés dans les CSAPA. Ainsi, plus de 59 000 personnes ont été consultées pour un problème lié au cannabis, y compris celles reçues par d'autres professionnels de santé (hôpitaux, médecins de ville, etc.).

Parmi les individus reçus pour un problème de consommation de cannabis dans les CSAPA, environ 40 % ont été orientées par la justice suite à une interpellation. Le nombre d'hospitalisations avec un diagnostic principal lié à des troubles mentaux ou du comportement associés à l'usage de cannabis a augmenté, passant de 23 000 en 2013 à 37 000 en 2017. Le cannabis est la première substance illicite à l'origine des admissions aux urgences, représentant 27 % de ces admissions, bien que ce chiffre soit probablement sous-estimé.

« Le risque d'être impliqué dans un accident mortel est multiplié par 29 en cas de consommation simultanée d'alcool et de cannabis »²⁰¹. « En 2017, vingt-huit décès liés à une toxicité aiguë cardiovasculaire du cannabis ont été rapportés »²⁰².

Les saisies de cannabis ont considérablement augmenté entre 2017 et 2018. La résine, qui représentait plus de 90 % des saisies totales au cours des années 2000, a vu sa part diminuer

²⁰⁰ Bilan d'activité des CSAPA 2016. In « *Drogues, Chiffres clés* », 8^e édition, juin 2019.

²⁰¹ ONISR, Bilan de l'accidentalité 2016. *Ibidem*.

²⁰² Bilan d'activité des CSAPA 2016. *Ibidem*.

au profit d'une augmentation significative des saisies d'herbe (25 %). La quasi-totalité de la résine saisie provient du Maroc, où la culture de variétés hybrides se développe. Cette augmentation des pratiques de cannabiculture contribue à l'élévation des teneurs en THC. Outre la production locale, l'herbe de cannabis provient de plus en plus d'Espagne et de moins en moins des Pays-Bas. Depuis 2010, l'augmentation des saisies de plants témoigne de l'implantation croissante de ces pratiques, qui peuvent inclure des plantations contrôlées par des structures relevant du crime organisé.

Depuis 2011, le prix médian du gramme d'herbe de cannabis payé par l'utilisateur a augmenté, une évolution liée à la forte hausse des taux de THC. En ce qui concerne le prix de la résine, la tendance est plus modérée selon les sources. La teneur moyenne en THC de la résine de cannabis a presque triplé en quinze ans, atteignant 26,5 % en 2018, tandis que celle de l'herbe a augmenté de 40 %, dépassant les 11 % en 2018.

En ce qui concerne la consommation de cocaïne, on observe qu'en 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, 5,6 % l'ont expérimentée. Cette consommation est en progression. Elle concerne 1,6 % des personnes âgées de 18 à 64 ans et nettement plus les hommes que les femmes (2,3 % contre 0,9 %). En 2017, 2,8 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir pris de la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie. Cette expérimentation concerne 3,1 % des garçons contre 2,4 % des filles.

Après avoir atteint 17,5 tonnes en 2017 (niveau sans précédent), les saisies de cocaïne se sont stabilisées, mais restent à niveau élevé : 16,4 tonnes en 2018. L'apport des Antilles françaises au marché métropolitain par voie maritime est de plus en plus important. En plus de ce principal moyen, le trafic aérien par les passeurs en provenance de Guyane a connu une progression constante au cours de ces dernières années. Les quantités de « crack » (cocaïne circulant sous sa forme chimique basique) sont les plus élevées depuis 2000. Le marché du « crack », concentré dans certains quartiers de Paris, gagne en visibilité. Il semble progresser en Île-de-France, mais également dans le nord du pays.

L'augmentation du prix médian du gramme de cocaïne se confirme, son niveau se situant désormais entre 70 et 80 euros selon les sources, alors qu'il était resté stable entre 60 et 65 euros pendant quelques années. Par ailleurs, le taux moyen de pureté des échantillons de cocaïne saisis dans la rue (moins de 10 g) a atteint près de 59 %, contre 35 % en 2009.

La consommation de cocaïne concerne 1 % des 18-64 ans, après une forte hausse entre 2010 et 2014 (de 0,3 % à 0,9 %). L'expérimentation de MDMA ou d'ecstasy à 17 ans est de 3,4 %, en recul par rapport à 2014, avec 3,9 % des garçons et 2,8 % des filles concernés.

Les quantités saisies de comprimés d'ecstasy restent élevées, et la France sert également de pays de transit, avec une part importante des saisies destinée aux pays européens voisins, notamment le Royaume-Uni et l'Espagne. Le prix médian du comprimé d'ecstasy est autour de 10 euros, de même que le « parachute » (dose de poudre enveloppée dans du papier à cigarette pour être gobée). Sous sa forme « cristal/poudre », la MDMA se vend entre 40 et 60 euros le gramme.

Entre 2007 et 2017, les concentrations moyennes en MDMA dans les comprimés saisis ont augmenté et semblent se stabiliser autour de 128 mg par comprimé depuis 2017. La concentration moyenne mesurée sur les échantillons de MDMA « poudre/cristal » saisis est, quant à elle, en constante augmentation. De 21 % en 2010, elle passe à près de 72 % en 2017.

En 2017, 1,3 % des 18-64 ans avaient expérimenté l'héroïne, avec une consommation annuelle stable à 0,2 %. Parmi les 15-64 ans, environ 100 000 personnes ont consommé de l'héroïne au cours du mois, représentant une prévalence de 2,5 pour 1 000. L'expérimentation de l'héroïne chez les jeunes de 17 ans a diminué par rapport à 2014, atteignant 0,7 %, touchant autant les garçons que les filles.

Les saisies d'héroïne ont fortement augmenté dans plusieurs régions, particulièrement dans le nord-est et en Auvergne-Rhône-Alpes, où des réseaux criminels albanais se sont implantés. Le prix médian de l'héroïne brune, la plus courante en France, est stable depuis deux ans. La pureté moyenne des échantillons d'héroïne a augmenté, atteignant 17 % (14 % pour le marché de rue).

Le nombre de personnes recevant des soins pour l'héroïne a diminué de 13 % depuis 2010, avec une grande partie de ces personnes étant polyconsommatrices. Les consommateurs d'opioïdes sont également pris en charge à l'hôpital ou en médecine de ville. En 2017, 24 400 personnes ont été hospitalisées (y compris dans les hôpitaux psychiatriques et en soins de suite et de réadaptation) pour des troubles liés à l'usage d'opioïdes, en hausse par rapport à 2013 (21 900).

Concernant la vente de médicaments psychotropes, les ventes d'anxiolytiques, d'hypnotiques et d'antidépresseurs ont légèrement diminué entre 2012 et 2017. En termes de consommation, « 21 % de la population de plus de 15 ans ont obtenu au moins un remboursement de médicament psychotrope en 2017 : 15 % pour des anxiolytiques, 6 % pour des hypnotiques et 9 % pour des antidépresseurs. Les remboursements sont plus fréquents chez les femmes (26 %) que chez les hommes (16 %) »²⁰³.

La consommation de médicaments psychotropes concerne aussi les adolescents. En 2017, 22 % des jeunes de 17 ans ont déclaré avoir pris ce type de médicament (principalement des anxiolytiques et des somnifères), contre 25 % en 2014. Parmi eux, 30 % des filles et 14 % des garçons sont concernés. Ces consommations sont intégrées dans un polyusage. Les usagers de drogues consomment fréquemment des médicaments psychotropes non opioïdes, et en premier lieu, des benzodiazépines (ou apparentés). Ces substances sont financièrement plus accessibles.

On observe l'apparition de nouveaux produits de synthèse (dits « Research Chemicals »). Cette appellation désigne un vaste ensemble de molécules, souvent vendues sur internet, qui imitent la structure chimique et les effets de drogues illicites traditionnelles telles que le cannabis, la MDMA ou la cocaïne. La France utilise des classements par familles chimiques pour les interdire rapidement. Entre 2008 et 2018, 286 nouvelles substances ayant circulé au moins une fois en France ont été recensées. À la fin de 2018, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies surveillait 735 nouvelles substances psychoactives, dont 56 détectées pour la première fois cette année-là en Europe. En France, ces identifications sont en diminution depuis 2014-2015. Les substances les plus couramment observées sont principalement des cathinones, des cannabinoïdes de synthèse, ou des psychédéliques. Depuis 2013, certains opioïdes de synthèse, souvent des analogues du fentanyl, sont également apparus. En 2018, 1 882 échantillons ont été contrôlés et analysés par les douanes, la police et la gendarmerie (1 070 en 2016), portant sur un total de 120 molécules (262 en 2016).

En raison de la diversité des produits, de leurs noms et de leurs formes, il est difficile d'estimer la prévalence des NPS (nouvelles substances psychoactives). « En 2017, 1,3 % des 18-64 ans ont déclaré avoir déjà consommé un cannabinoïde de synthèse au cours de leur

²⁰³ Données EGBS 2017, CNAM / OFDT. *Ibidem*.

vie »²⁰⁴, essentiellement des hommes de moins de 35 ans. Cette même année, 3,8 % des jeunes de 17 ans ont indiqué avoir expérimenté « un produit imitant les effets d'une drogue », mais seuls 12 % d'entre eux ont pu citer le produit consommé. Plusieurs cas d'intoxications ou de décès liés à la consommation de NPS²⁰⁵ (toutes familles de produits confondues) ont été signalés en France et dans plusieurs pays européens.

Cependant, toute consommation de drogues n'est pas nécessairement problématique. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies définit les cas à risque comme constitués d'usagers de drogues par voie intraveineuse ou de consommateurs réguliers d'opioïdes, de cocaïne ou d'amphétamines au cours de l'année écoulée parmi les 15-64 ans. Parmi les 350 000 « usagers problématiques de drogue », 110 000 ont pratiqué l'injection intraveineuse, ce qui représente une prévalence de 2,9 pour mille. En 2016, la population active des CAARUD²⁰⁶ (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues), comprenant les usagers suivis en accueils fixes, unités mobiles et interventions extérieures, était estimée à près de 80 000 personnes. Le profil de ces usagers est souvent caractérisé par la précarité, une morbidité psychiatrique élevée et la polyconsommation de plusieurs substances. Parmi les usagers des CAARUD, 21,5 % vivent sans aucun revenu, dépendant de la mendicité, de la prostitution ou de petits deals, tandis que 59,5 % disposent uniquement d'un revenu social. « En 2015, les substances les plus consommées au cours d'un mois par ces usagers étaient les médicaments psychotropes (76 %), le cannabis (75 %) et l'alcool (71 %). Environ un tiers d'entre eux rapportent une alcoolisation ponctuelle importante quotidienne ou presque »²⁰⁷. Les trois quarts ont consommé des opioïdes et la moitié de la cocaïne sous forme de poudre ou de crack.

En 2017, la salle de consommation à moindre risque de Paris a accueilli 903 personnes différentes, tandis que celle de Strasbourg en a accueilli 254. En termes de morbidité, il est notable qu'en 2011, la prévalence biologique du VHC²⁰⁸ (virus de l'hépatite C) était de 64 %,

²⁰⁴ Baromètres santé (Santé publique France). *Ibidem*.

²⁰⁵ Nouveaux produits de synthèse.

²⁰⁶ Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue.

²⁰⁷ Enquête ENa-CAARUD 2015. *Ibidem*.

²⁰⁸ Virus Hépatite C.

en baisse par rapport à 2004 (74 %). La prévalence du VIH²⁰⁹ (virus de l'immunodéficience humaine) était estimée à 13 % et restait stable par rapport à 2004 (11 %) parmi les usagers de drogues injecteurs (UDI) (au moins une fois dans leur vie). Les proportions déclarées de prévalence du VHC et du VIH²¹⁰ parmi les usagers de drogues injectables (UDI) sont demeurées constantes entre 2012 et 2015. Dans les CSAPA²¹¹, la prévalence du VHC atteint environ 45 %, tandis qu'elle est de 35 % dans les CAARUD. Pour le VIH, ces taux sont respectivement de 7 % dans les CSAPA et de 5 % dans les CAARUD. En 2017, 127 personnes qui consommaient des drogues illicites ont découvert qu'elles étaient séropositives pour le VIH.

En 2017, les experts toxicologues ont enregistré 537 décès liés à des surdoses. Parmi ceux-ci, 432 étaient attribués à l'abus de médicaments et de substances, principalement chez les usagers de drogues, et 105 étaient dus à une intoxication par des antalgiques. Les opioïdes étaient impliqués dans 78 % des décès liés à l'abus de médicaments et de substances, principalement les MSO²¹² (45 %) et l'héroïne (25 %). Les décès liés à la cocaïne représentaient 26 %, tandis que ceux impliquant le cannabis, les amphétamines, et la MDMA étaient de 6 %, et ceux liés aux N.P.S. de 3 %. Dans 31 % des cas, plusieurs substances étaient en cause simultanément.

Dans le registre général des décès, les surdoses mortelles ont augmenté entre 2003 et 2009 (respectivement 212 et 335 décès), avant de se stabiliser en 2014 et 2015. Le nombre de décès est probablement sous-estimé, certains pouvant être classés comme de « cause inconnue ». En 2015, parmi les 15-64 ans, il y a eu 301 décès par surdose, soit environ un tiers de moins que ceux rapportés par les experts toxicologues. « Les hommes suivis en CSAPA ou en CAARUD pour usage de substances illicites (hors cannabis) ou de médicaments opioïdes présentent un risque de décès global 5,6 fois plus élevé que les autres hommes du même âge. Pour les femmes, ce risque est multiplié par 18,5. L'âge moyen des décès est de 43,6 ans »²¹³.

²⁰⁹ Virus de l'immunodéficience humaine.

²¹⁰ Susceptibles de sous-estimation, car une part des usagers méconnaissent leur statut.

²¹¹ Centre de Soins Psychotérapeutiques Pour Adolescents.

²¹² Médicament de substitution aux opiacés.

²¹³ Cohorte de mortalité des usagers de stupéfiants 2009-2015 (OFDT).

En 2017, « le nombre de décès consécutifs à un accident de la route impliquant au moins un conducteur ayant fait usage de stupéfiants s'élevait à 494 en France métropolitaine »²¹⁴.

L'estimation du coût social associé aux drogues illicites est évaluée à 8,8 milliards d'euros. Les pertes de vie humaine représentent près d'un tiers de ce montant, tandis que le coût des soins est estimé à 17 %. En 2018, il y a eu plus de 198 000 interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS). L'usage illicite de stupéfiants est impliqué dans 8 interpellations sur 10, totalisant 161 000 cas. En 2010, année pour laquelle des données détaillées sur le produit en cause sont disponibles, 90 % des interpellations pour usage concernaient le cannabis. Le nombre d'arrestations pour trafic de stupéfiants a augmenté ces dernières années, atteignant 14 500 en 2017. Cette même année, les services de police et de gendarmerie ont compté environ 17 700 mises en cause pour « usage-revente » et 2 600 pour d'autres infractions liées aux stupéfiants.

En 2017, il y a eu 67 500 condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) en infraction principale (unique ou multiple), marquant une augmentation de 16 % par rapport à 2013 (56 300 condamnations). Ces infractions se divisent comme suit : usage illicite (33 564 cas, soit 50 %), détention-acquisition (31 520 cas, soit 47 %), offre et cession (1 626 cas, soit 2,4 %), commerce-transport (423 cas, soit 0,6 %), import-export (61 cas), aide à l'usage par autrui (55 cas) et autres ILS (199 cas). Les peines d'emprisonnement sont principalement utilisées pour répondre aux infractions de détention-acquisition (26 760 cas, soit 85 %), tandis que les infractions d'usage sont principalement sanctionnées par des amendes (26 566 cas, soit 70 %). En dehors des peines prononcées par les tribunaux, le casier judiciaire enregistre les procédures allégées telles que les compositions pénales, avec 8 075 compositions pénales prononcées par les parquets en 2017, souvent assorties d'une amende ou d'un stage de sensibilisation.

En France, « la conduite après avoir fait usage de stupéfiants constitue un délit depuis 2003. Le dépistage est obligatoire en cas d'accident mortel ou corporel. En 2017, sur 26 715 dépistages réalisés à la suite d'un accident corporel (mortel ou non), 4,2 % se sont avérés positifs »²¹⁵. Les dépistages préventifs sont également autorisés par le Code de la route. Depuis décembre 2016,

²¹⁴ ONISR, Bilan de l'accidentalité 2017.

²¹⁵ ONISR, Bilan 2017 des infractions et du permis à points.

il est également possible d'effectuer un test salivaire pour vérifier la consommation de stupéfiants. Bien que ce type de délit ne représente que 8 % des infractions liées à la sécurité routière, leur nombre a augmenté de moitié entre 2013 (32 244 cas) et 2017 (49 135 cas).

B. Les tendances récentes en matière d'usage de drogues.

Nous avons relevé les éléments suivants afin d'alimenter notre analyse²¹⁶. Depuis 1999, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a mis en place le dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) qui une veille sur les tendances et les phénomènes émergents dans le domaine des drogues. Il se concentre sur des populations singulièrement consommatrices de produits psychoactifs et se base sur des données qualitatives collectées par le réseau des sites TREND implantés dans huit agglomérations métropolitaines.

Les phénomènes, décrits ici de façon nécessairement synthétique, peuvent être considérés comme fiable si les informations recueillies auprès de différentes sources sont systématiquement mises en perspective, au niveau local et national. Cette synthèse aborde les évolutions liées aux contextes de consommation et aux populations d'usagers. Elle transcrit la détérioration des conditions de précarité des usagers, les changements dans l'espace festif « techno » et les pratiques de « chemsex »²¹⁷ dans une frange de la communauté gay.

Les modifications de l'offre qui s'ajuste à la demande sont abordées dans la deuxième partie, et la dernière concerne sur les usages des produits psychoactifs (la cocaïne, la kétamine, le GHB-GBL, le cannabis, le protoxyde d'azote et les opioïdes) qui ont marqué l'année 2018. Depuis 1999, le programme TREND enregistre les conditions de vie des consommateurs de drogues dans espace urbain. Une nette aggravation des difficultés dans ce milieu est observable.

Les données relatives aux pratiques de « chemsex » disponibles en 2018 portent sur les observations des sites et les résultats de l'étude APACHES²¹⁸. Les observations sont particulièrement similaires et révèlent une présence du « chemsex » parmi des populations

²¹⁶ OFDT, « Usagers, marchés et substances : évolutions récentes (2018-2019). Le point sur la recherche en cours » in *Tendances*, n° 136, décembre 2019, 8 p.

²¹⁷ Le « chemsex » est un « mot-valise » combinant « chemical » (produits chimiques en anglais) et sexe. Il s'agit d'une pratique minoritaire combinant le sexe entre hommes (mais aussi entre personnes de genres différents) et la prise de drogues. Cette pratique est considérée comme une conduite à risques. On le dénomme « Party'n' Play » (PnP) aux États-Unis ou « Wired play » en Australie.

²¹⁸ (M.) Milhet, APACHES : *Attentes et PARcours liés au CHEmSex*, Paris, Ed. OFDT, 2019, 98 p.

d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (H.S.H.) avec des profils variés selon les âges, le statut socioprofessionnel et les trajectoires d'usage. Les cathinones²¹⁹ (3MMC, 4MEC essentiellement) et le GHB/GBL demeurent les substances majoritairement consommées. La présence de méthamphétamine, de cocaïne et de MDMA semble également moins typique des sessions de « chemsex ». Sur les applications de rencontre, le « chemsex » est plus présent sur les sites de Bordeaux, Lille, Lyon et Paris. Les échanges concernant les produits, déjà décomplexés les années antérieures, semblent aujourd'hui omniprésents au point que les termes « no chems », « no tox », « pas de toxico », utilisées par une partie des H.S.H. sur ces applications mettent en évidence l'importance pour les non « chemsexers » de stipuler clairement leur refus d'associer rencontre sexuelle et usage de drogues. La présence croissante du « slam » (injection de produits en contextes sexuels) dans des films pornographiques amateurs diffusés en ligne a été constatée par les observateurs bordelais et marseillais, qui mettent en avant des pratiques d'injection qui ne respectent pas la « RdRD ». En ce qui concerne les dégâts liés à ces pratiques, les constatations sont divergentes. La persistance d'un refus d'identification au stéréotype du « toxicomane » est signalée par les sites de Lille, Rennes et Toulouse, éloignant ainsi une partie des « chemsexers » du dispositif d'aide en addictologie, alors que les besoins de connaissances en matière de « RdRD » restent élevés. Le recours à ces services, restreint à ces trois sites, s'accroît cependant et se manifeste plus nettement que les années précédentes à Bordeaux, Lyon, Marseille et Paris. En ce qui concerne les pratiques sexuelles à risque, les observateurs soulignent que le recours à la PrEP (prophylaxie préexposition) est largement visible. On signale une vulnérabilité particulière de jeunes H.S.H. qui se livrent à des activités de prostitution occasionnelle (escorting) à Lille, Lyon, Marseille et Paris. D'autre part, les « chemsexers » et les intervenants décrivent des pratiques sexuelles à risque non consenties qu'ils lient à la diminution des capacités de jugement et de dialogue entre les participants à une « sex party » en raison des effets des produits consommés. Les acteurs se mobilisent afin de sensibiliser à ces situations potentielles de non-accord et de favoriser une culture de bienveillance mutuelle basée sur des règles établies par les participants avant la session. Les efforts pour répondre aux besoins des « chemsexers » en difficulté ne cessent de croître²²⁰.

²¹⁹ Les cathinones sont une famille de substances de synthèse dérivées de la cathinone naturelle (un des principes actifs du khat, un arbuste florifère au feuillage persistant cultivé en Afrique de l'Est et dans le sud ouest de la péninsule arabique). Elles imitent plus ou moins les effets de la cocaïne, de la MDMA/ecstasy et des amphétamines. Il existe plus d'une cinquantaine de cathinones différentes.

²²⁰ (M.) Milhet, (T.) Néfau, *Chemsex, slam. Renouveau des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH*. Saint-Denis, Ed. OFDT, 2017, 32 p. Nous pouvons également citer trois autres ouvrages relatifs à cette

L'offre de drogues est aujourd'hui pléthorique. En 2018, la France a enregistré un record pour les saisies d'herbe de cannabis (29,4 tonnes), celles de résine (85,4 tonnes), d'héroïne (1,1 tonne) et de cocaïne (16,3 tonnes) se situant au deuxième niveau le plus haut jamais enregistré (chiffres de 2019 communiqués par l'OCRTIS²²¹). Les saisies de MDMA/ecstasy, avec 1 783 480 de comprimés ou équivalents, sont, quant à elles, les plus élevées depuis quatorze ans, époque où les comprimés contenaient en moyenne deux fois et demie moins de MDMA. Ces phénomènes s'inscrivent dans un contexte international caractérisé par des niveaux de production de cocaïne sans précédent, notamment en Colombie, et de production très élevée d'opium en Afghanistan, à partir duquel est produite l'héroïne. Les niveaux très élevés des teneurs des substances circulant sont dus à l'augmentation des teneurs, à l'abondance de l'offre internationale, à la concurrence de plus en plus féroce des réseaux sur le marché national, ainsi qu'à une forme de désintermédiation liée à l'accès de plus en plus direct à certaines substances (limitant les possibilités de couper le produit).

La multitude de produits entraîne également une pression considérable de l'offre sur les utilisateurs, peu importe leur milieu social. Les livraisons de drogue à domicile, accompagnées de promotions commerciales offertes par SMS, ne cessent de croître dans les grandes métropoles, tout comme la multiplication des recours aux services commerciaux à domicile par les classes moyennes supérieures urbaines.

Le développement de la vente à domicile n'entraîne pas la disparition du modèle traditionnel de revente directe qui a été établi dans certaines villes. Tous les sites évoluent vers une offre multiproduits axée sur deux substances principales, la résine de cannabis et la cocaïne, qui sont les plus fréquemment associées. En outre, les réseaux, afin de contrer la répression et/ou augmenter leurs bénéfices, ont tendance à s'ajuster en adoptant de nouvelles méthodes d'organisation :

question : (J.) Keller, *Sex macht frei*, Paris, Ed. Tête de Gondole, 2020, 265 p, (J.-L.) Romero-Michel, *Comment survivre à l'innacceptable ?*, Paris, Ed. Michalon-Massot, 2020, 277 p, (J.) Zarca, *Chems*, Paris, Ed. Grasset, 2021, 213 p.

²²¹ Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (O.C.R.T.I.S).

- l'externalisation de certaines tâches telles que le transport de produits, qui est principalement confié à des équipes spécialisées ;
- des flux tendus visant à éliminer les problèmes de stockage (« zéro stock ») et à contrecarrer les effets des saisies importantes;
- la flexibilité grâce au travail à la journée, avec le phénomène des vendeurs « kleenex » (jetables), ou encore au travail posté lorsque le lieu de vente est ouvert 24h/24 et que les vendeurs se relaient. Les réseaux n'ont alors qu'à puiser dans le vivier important des jeunes précaires, issus parfois de l'immigration la plus récente, qui vivent à la périphérie des métropoles. Les sites de Lille, Paris et Rennes insistent sur le recrutement de mineurs en situation de déscolarisation.

L'approvisionnement en substances illicites via le « darknet » s'inscrit progressivement dans les pratiques des usagers comme des revendeurs. Les motivations des premiers tiennent à la « qualité » des produits qui serait meilleure. Le plus souvent, ces petits trafics tournent essentiellement autour de l'ecstasy et de la MDMA revendus autour des lieux festifs. Le caractère attractif d'internet tient à la modicité des prix pratiqués, un paquet de 100 comprimés d'ecstasy se négociant entre 80 et 250 euros selon les sites d'achat, soit de 0,8 à 2,5 euros l'unité. Leur vente à 10 euros engendre donc des profits substantiels²²².

Une nouvelle drogue est devenue très populaire auprès des jeunes : le protoxyde d'azote. Il est utilisé dans le champ médical pour ses propriétés anesthésiques et analgésiques. Il est également employé comme gaz de pressurisation d'aérosol, et en particulier dans le domaine alimentaire. Le dispositif TREND a décrit des usages croissants de protoxyde d'azote dès les années 2000, lors d'événements festifs alternatifs, puis, à partir du milieu des années 2010 dans des espaces festifs plus généralistes : soirées étudiantes organisées en boîte de nuit ou festivals diffusant une programmation musicale éclectique. Le gaz y est vendu sous forme de ballon à un prix modique (1 à 2 euros). Les usagers sont assez jeunes (18 à 25 ans), socialement insérés, et les consommations associées sont principalement l'alcool et le cannabis.

Depuis 2017, des usages par des groupes de lycéens, dans l'espace public ou à domicile, font l'objet de signalements récurrents, d'abord par le site de Lille, puis par ceux de Bordeaux

²²² Prix médians en euros relevés par le dispositif TREND pour 1 gramme des principales substances pour 2019 : héroïne 40 € cocaïne 71,5 € ecstasy (comprimé) 10 € MDMA poudre 49 € résine de cannabis 6 € herbe de cannabis 9,5 € amphétamines 12 € LSD (buvard) 10 € sulfate de morphine (gélule) NR et BHB (comprimé) : 4 €

et de Paris. Plusieurs éléments expliquent l'intérêt croissant de ces jeunes pour le protoxyde d'azote : la facilité d'accès au produit (vente en supermarchés et sur internet), son faible coût (50 centimes d'euros en magasin, 20 à 30 centimes sur internet), la fugacité de ses effets contribuant avec son statut légal à son image de produit non dangereux. Les réseaux sociaux, qui relaient des vidéos de sessions de consommation suivies de fous rires collectifs, ont également pu jouer un rôle dans la diffusion du produit auprès des jeunes, particulièrement sensibles aux effets de mode concernant les produits psychoactifs. L'importance de ces usages est confirmée par une enquête quantitative menée par le CEIP-A²²³ de Paris : sur les 30 000 étudiants interrogés (âge médian de 21 ans), 6,2 % des garçons et 3,0 % des filles indiquent un usage de protoxyde d'azote en 2018. Une proportion importante consomme également d'autres produits psychoactifs (principalement du cannabis et de la MDMA). L'image inoffensive attribuée au produit découle du manque d'information, notamment des plus jeunes usagers, d'autant plus préoccupant que des consommations massives et répétées (plus de cent cartouches au cours d'une soirée) ont été rapportées. Or celles-ci peuvent entraîner, outre des maux de tête ou des vertiges, des troubles du rythme cardiaque (surtout si le gaz est associé à des stimulants) et un risque d'asphyxie (un décès en 2016). De même, et bien qu'exceptionnels au regard du nombre d'usagers, des consommations chroniques (plusieurs centaines de cartouches par jour) ont fait l'objet de signalements plus importants par les intervenants sanitaires en 2018. Depuis janvier 2019, 25 signalements d'effets sanitaires sévères ont été notifiés au réseau d'addictovigilance français, spécialement des pathologies neurologiques graves avec des séquelles pour certains cas. La conclusion de cet article sur les tendances actuelles est la suivante : les évolutions observées en 2018 confirment celles mises en lumière durant les années précédentes.

S'agissant des usagers, les conditions de vie des plus marginalisés se dégradent notamment pour les jeunes et/ou les migrants. On observe une hausse des flux de produits, de leur pureté et de leur disponibilité. L'offre, quant à elle, est dynamique et ne cesse de s'adapter pour déjouer les interventions étatiques et résister à la concurrence. De plus en plus, certains réseaux rationalisent leur activité en reprenant les méthodes d'organisation des entreprises classiques : stratégies marketing, diminution des stocks, flexibilisation de la main-d'œuvre, *etc.* Parallèlement, la diversité des produits disponibles et des consommations s'accroît régulièrement.

²²³ Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance (CEIP-A).

Afin d'appréhender le phénomène de l'usage des drogues et de mesurer les conséquences liées à la politique publique française, il convient aussi d'analyser les décès directement en lien avec cette consommation, en regardant l'évaluation de leur nombre en France et les récentes évolutions²²⁴.

Les opioïdes sont très majoritairement impliqués dans les décès (78 % en 2017), la méthadone et l'héroïne étant les plus représentées (respectivement 37 % et 25 %), bien davantage que les autres médicaments opiacés (13 %) et la buprénorphine (8 %). En dehors des opioïdes, d'autres substances sont aussi mises en cause : la cocaïne dans 26 % des décès, le cannabis dans 6 % des décès, les amphétamines dans 6 % également et les nouveaux produits de synthèse (N.P.S.) dans 3 % des décès.

Le nombre de décès est généralement sous-estimé. Avec un chiffre de 4 à 6 DDL (décès dus à l'utilisation de drogues) par million d'habitants âgés de 15 à 64 ans, la France se situe parmi les pays au plus faible taux comme la Belgique, le Portugal, l'Italie et plusieurs pays d'Europe orientale. Les pays dont les taux sont les plus élevés sont tous situés en Europe du Nord. Différents facteurs peuvent être à l'origine de ces disparités : la prévalence de la consommation d'opioïdes, l'accès aux traitements et notamment aux TSO (traitement de substitution aux opiacés), le type de TSO privilégié, mais aussi les pratiques d'investigation des décès suspects ou la qualité et la couverture du système d'information sur les décès. Les taux de mortalité liés à l'usage de drogues semblent globalement stables à l'échelle européenne entre 2006 et 2016, et ceci malgré des évolutions très différentes selon les pays. Le plus fort taux de décès européen reste bien inférieur à celui des États-Unis, qui atteint 217 DDL par million d'habitants en 2017, ce qui est en forte progression depuis le début des années 2000. Entre 1999 et 2017, le nombre de DDL y a plus que quadruplé, passant de 16 850 décès à 70 250 décès. Trois vagues de décès s'y sont succédé et cumulées.

La mesure du nombre de DDL et de son évolution s'avère complexe. Il est possible néanmoins d'affirmer qu'il est au minimum de 537 en 2017 et de conclure à une nette tendance à l'augmentation des DDL entre 2000 et 2015. La hausse continue au cours des années 2000 a été suivie d'une brusque diminution en 2011 et 2012, d'une hausse en 2013 et 2014, puis d'une stabilisation en 2015. Si la très grande majorité des décès est liée aux opioïdes,

²²⁴ OFDT, « Décès directement liés aux drogues », in *Revue Tendances*, n° 133, juillet 2019, 8 p.

l'implication de la cocaïne est en forte croissance depuis 2014. Les décès imputables à d'autres produits, marginaux ou inexistantes en 2010 ont progressé, tels les décès liés au cannabis, à la MDMA et aux amphétamines. D'autres ont émergé, comme ceux liés aux N.P.S.

Cette évolution concernant les autres produits pourrait cependant être en partie liée à la plus forte attention portée par le dispositif d'observation à l'implication de ces substances dans les DDL. La hausse globale des DDL, recensée par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc), semble résulter de deux causes. Il s'agit tout d'abord de la progression des décès de personnes présentant un profil d'usagers de drogues consommant des opioïdes, très majoritairement masculin et d'âge moyen (proche de 40 ans), qui apparaît fortement liée à la disponibilité et à la pureté de l'héroïne. En parallèle, on constate une augmentation des décès parmi des personnes âgées et en fin de vie prenant des opioïdes utilisés en soins palliatifs. Il existe un troisième profil de personnes plus jeunes, utilisant des opioïdes pour lutter contre des douleurs aiguës ou chroniques, en dehors d'un contexte de fin de vie ou de douleurs cancéreuses. C'est cette catégorie de consommateurs qui est à l'origine de la crise des opioïdes aux États-Unis²²⁵. En France, le dispositif actuel d'observation repère un peu plus d'une centaine de décès pour ce type d'usage en 2017. Mais ce nombre est très certainement sous-estimé.

Le nombre de DDL en France apparaît faible au regard de la situation d'autres pays européens et extrêmement bas par rapport aux États-Unis. La forte accessibilité des traitements de substitution aux opioïdes (en particulier de la B.H.D.²²⁶ en France) explique en partie cet écart. Mais plusieurs éléments laissent supposer une sous-estimation des DDL. La prévention des DDL nécessite un engagement fort des pouvoirs publics, tant au niveau de la lutte contre le trafic de drogues et de faux médicaments, que de l'accès aux soins et à la réduction des risques et des dommages (RdRD) en médecine générale, dans les pharmacies de ville, en prison et en milieu spécialisé (CAARUD²²⁷, CSAPA²²⁸ et hôpitaux). La France a d'abord eu un temps

²²⁵ La crise des opioïdes, ou l'épidémie d'opioïdes (*opioid epidemic*), fait référence à l'augmentation rapide de l'utilisation d'opioïdes, avec ou sans prescription, aux États-Unis et au Canada depuis le milieu des années 2010. D'après la *Drug Enforcement Administration*, « le nombre de morts par surdose, particulièrement celles résultant de drogues prescrites et d'héroïne, a atteint un niveau épidémique ».

²²⁶ BHD : Buprénorphine Haut Dosage.

²²⁷ Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues.

²²⁸ Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

de retard dans la mise en place des TSO²²⁹. Mais elle est aujourd'hui un des pays dans lesquels la couverture²³⁰ estimée à 85 % est la plus haute de l'Union européenne. En revanche, d'autres mesures de RdRD en prévention des surdoses se déploient très lentement. C'est le cas par exemple de la distribution aux usagers d'opioïdes les plus à risque des kits de naloxone pourtant commercialisés depuis plus de 40 ans. Mais aussi du développement des salles de consommation à moindre risque, seulement au nombre de 2 en France contre 24 en Allemagne et 31 aux Pays-Bas.

La qualité des données sur lesquelles repose la connaissance des DDLD reste un enjeu majeur. L'amélioration du système d'information passe par une transmission systématique des informations sur les causes de décès par les médecins légistes via le volet complémentaire, mais également par un codage plus précis des causes de décès permettant de conserver l'information sur les substances et par le choix pertinent de la cause initiale du décès. De plus, les délais de mise à disposition des données du CépiDc apparaissent trop longs. La connaissance des substances et des mécanismes du décès suppose des autopsies et des analyses toxicologiques systématiques. Ces dernières doivent prendre en compte l'actualisation constante des connaissances sur les nouveaux produits de synthèse pour être en mesure de les rechercher. De son côté, l'OFDT doit s'attacher à produire une nouvelle estimation du nombre de DDLD Cet objectif est celui de l'étude ERASM²³¹, par le croisement des sources sur les DDLD du CépiDc, de DRAMES²³², de DTA²³³ et de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), qui portera sur les DDLD survenus en 2019.

Il convient maintenant de se focaliser sur l'une des drogues qui font l'objet du plus grand nombre de poursuites judiciaires et s'avère être à l'origine de nombreux débats politiques.

²²⁹ Traitement de Substitution aux opiacés.

²³⁰ proportion d'usagers d'opioïdes à risque bénéficiant d'un TSO.

²³¹ estimation du nombre de surdoses mortelles en France.

²³² Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances.

²³³ Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances. Décès Toxique par Antalgiques.

II. Focus sur le cannabis et ses différentes formes : CBD, cannabinoïdes de synthèse et e-cigarette.

Depuis plusieurs années, de nouveaux modes de consommation du cannabis et de molécules, tels que le cannabidiol (CBD) ou les cannabinoïdes de synthèse, se développent, portés par l'évolution des représentations de l'usage de cannabis ou encore par les innovations technologiques (vaporisateurs, extraction de concentrés à teneurs élevées, *etc.*). Ainsi, l'usage du « vaporisateur » permet d'éviter la toxicité liée à la combustion du cannabis fumé et de limiter l'impact de son usage sur la santé. En parallèle et en lien avec la culture du « Do it yourself »²³⁴, certains usagers préparent eux-mêmes ou achètent sur internet des formes concentrées de cannabis (huile, wax²³⁵, *etc.*). Enfin, le fort intérêt constaté en 2016 sur les forums francophones pour la préparation d'e-liquides au cannabis fait l'objet d'observations en 2018 sur plusieurs sites TREND. Naturellement présent dans le cannabis, mais n'entraînant pas les mêmes effets que le tétrahydrocannabinol (THC), le CBD a des propriétés anxiolytiques, relaxantes, voire sédatives. Il peut être consommé comme le THC sous la forme de sommités fleuries, de résine, de poudre, d'huile ou encore d'e-liquide. Il est rare de trouver des plantes satisfaisant à la réglementation française. C'est pourquoi le CBD, quelle que soit sa forme, est souvent acheté sur internet. Certains usagers déclarent en consommer afin d'arrêter ou de réduire leur consommation de cannabis, d'herbe ou de résine. La motivation à l'usage est « thérapeutique » lorsqu'elle vise à préserver sa santé ou à limiter l'impact de la consommation sur l'activité professionnelle. Les cannabinoïdes de synthèse (C.S.) sont des composés artificiels dont les effets diffèrent du cannabis. La consommation de ces substances, sous la forme de poudre pulvérisée sur des morceaux de plantes faiblement psychoactives (« Spice ») ou du tabac (produit appelé « chimique » à Mayotte et à La Réunion), est concurrencée par la forme « e-liquide ». En effet, depuis 2014, des usagers expérimentés confectionnent eux-mêmes leur propre « e-liquide » à partir de C.S. achetés sur internet.

À l'inverse, d'autres consommateurs se procurent ces produits déjà conditionnés, vendus sous des appellations commerciales fantaisistes (« Mad Hatter », « Buddha Blue », *etc.*), parfois sans mention des molécules contenues. Si les C.S. sont presque exclusivement achetés sur internet, des reventes sur le marché de rue sont sporadiquement observées depuis 2015, le produit étant alors rarement présenté sous son appellation réelle. La vente à de jeunes usagers

²³⁴ « Fais le toi-même ».

²³⁵ « Cire ».

inexpérimentés qui ignorent les précautions nécessaires à l'usage (précision des dosages) s'accompagne d'effets indésirables importants (désorientation, céphalées, nausées, *etc.*) et peut donner lieu à des incidents graves (perte de connaissance, actes de violence contre soi-même, *etc.*). De tels cas ont fait l'objet de signalements dispersés sur l'ensemble du territoire national.

Avant d'étudier les différents bilans concernant l'ensemble des drogues, il est intéressant d'évoquer le résultat des politiques menées en France contre les drogues dressées notamment dans le rapport de M. Jean Desessard²³⁶ du 28 janvier 2015 au nom de la commission des affaires sociales lors des débats sur la proposition de loi autorisant l'usage contrôlé du cannabis²³⁷.

En effet, cette étude concerne plus particulièrement le cannabis, c'est-à-dire la substance qui est la plus consommée, la plus poursuivie, la plus débattue, et par conséquent, la plus étudiée et la mieux connue. Cette proposition de loi a été déposée au Sénat par Esther Benbassa²³⁸ (Écologiste du Val-de-Marne) et plusieurs autres de ses collègues le 28 janvier 2014.

Partant du constat que « la consommation de cannabis en France est une réalité » basée sur des chiffres « édifiants » et considérant que cette consommation « notamment chez les adolescents et les jeunes adultes est un véritable problème de santé publique », les auteurs de cette proposition proposent « d'autoriser, de façon très encadrée, la vente au détail aux personnes majeures et l'usage de plantes de cannabis et de produits dérivés issus de cultures et de pratiques culturelles contrôlées, et dont les caractéristiques et la teneur en principe psychoactif (tétrahydrocannabinol ou THC) seront réglementées »²³⁹. La proposition de loi comporte trois articles :

²³⁶ (J.) est un homme politique français, membre de « Europe Écologie Les Verts ». Il devient sénateur de Paris entre 2004 et 2017.

²³⁷ (J.) Desessard, *Rapport Cannabis n° 250 (2014-2015) fait au nom de la commission des affaires sociales*, Paris, 28 janvier 2015, 66 p.

²³⁸ (E.) Benbassa est universitaire et femme politique franco-turco-israélienne. C'est l'une des spécialistes de l'histoire du peuple juif, ainsi que des minorités. Membre de « Europe Écologie Les Vert », elle est sénatrice élue depuis 2011.

²³⁹ (J.) Desessard, *Rapport Cannabis n° 250 (2014-2015) fait au nom de la commission des affaires sociales*, Paris, 28 janvier 2015, 66 p.

* L'article 1er tend à insérer dans le Code de la santé publique un titre relatif à l'usage contrôlé du cannabis et des produits dérivants. Ce titre propose notamment :

- de permettre l'usage non thérapeutique de plantes de cannabis et de produits contenant du cannabis répondant à des caractéristiques définies par décret en Conseil d'État et dont la teneur maximale en tétrahydrocannabinol sera fixée par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- d'encadrer la vente au détail et l'usage du cannabis en s'inspirant des dispositions applicables aux boissons alcooliques et au tabac en prohibant, entre autres mesures, la distribution gratuite, la vente aux mineurs et la vente en distributeurs automatiques ;
- d'imposer l'organisation de campagnes d'information et de prévention des risques liés à l'usage de produits stupéfiants ;
- de prévoir des dispositions pénales en cas de non-respect des interdictions.

* L'article 2 modifie, quant à lui, le Code de l'éducation pour proposer de « porter d'une à trois le nombre des séances annuelles qui doivent être consacrées, dans les collèges et lycées, à une information sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, et notamment sur les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis ».

* L'article 3 prévoit un gage financier.

Malgré l'avancée de ces mesures, le texte est finalement rejeté par le sénat le 2 avril 2015. Le rapport souligne l'importance et la pertinence des données qu'il présente. Selon ce rapport, la croissance marquée des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) a conduit, notamment pour ce qui concerne le cannabis, à une augmentation significative du nombre de cas traités en justice et à un développement des peines alternatives. Cette situation mobilise d'importantes ressources des forces de sécurité et des autorités judiciaires. Selon les observations de l'OFDT, les interpellations pour ILS ont connu une expansion considérable depuis les années 1970, avec une croissance particulièrement marquée au début des années 2000. Le nombre d'interpellations est passé de 71 700 en 2001 à 135 500 en 2010. Une grande majorité de ces interpellations (86 %) concerne l'usage personnel. De plus, il est noté que les

interpellations pour usage ont augmenté deux fois plus rapidement que celles pour « usage-revente » ou pour trafic²⁴⁰.

Actuellement, le cannabis représente environ 90 % des interpellations pour usage de stupéfiants²⁴¹. Sa prédominance s'est renforcée au fil du temps, passant de 6 à 7 interpellations d'usagers sur 10 en 1994 à une multiplication par presque 6 du nombre d'interpellations pour usage de cannabis depuis le début des années 1990. À partir du milieu des années 2000, et notamment avec la mise en œuvre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2008-2011, la réponse pénale face à l'usage de cannabis est devenue à la fois plus systématique et plus diversifiée²⁴².

Le recours aux alternatives aux poursuites, également appelées mesures « de la troisième voie », s'est largement répandu. Ces mesures pénales, décidées par le parquet, incluent des rappels à la loi, des classements sous condition, des orientations vers des structures sanitaires et des médiations pénales. Elles se distinguent à la fois des classements sans suite et des poursuites judiciaires.

Les mesures alternatives aux poursuites, ont suscité un intérêt croissant au sein de la chancellerie. Elles visent à réduire les classements sans suite pour les infractions mineures tout en augmentant le taux de réponse pénale, sans pour autant multiplier les poursuites judiciaires.

Cette évolution a été encouragée par les circulaires de politique pénale du ministère de la Justice, qui recommandent régulièrement aux parquets de favoriser autant que possible ces mesures alternatives. L'objectif est d'éviter les poursuites contre les simples usagers et de réserver les procédures judiciaires aux cas où les usagers refusent de se conformer aux mesures alternatives.

Historiquement, cette approche a été initiée par la circulaire « Peyrefitte » du 17 mai 1978, qui préconisait une distinction entre le cannabis et les autres drogues. La circulaire « Chalandon » du 12 mai 1987 introduisait une distinction entre les « usagers occasionnels » et

²⁴⁰ (I.) Obradovic, « la réponse pénale à l'usage de stupéfiants », in *Revue Tendances*, n°72, novembre 2010, 6 p.

²⁴¹ Soit 122 000 interpellations sur le total d'environ 135 500 en 2010.

²⁴² *Ibidem*.

les « usagers d'habitude », suivie par la circulaire « Guigou » du 17 juin 1999, qui recommandait systématiquement l'usage des mesures alternatives pour les simples usagers.

La circulaire « Perben » du 8 avril 2005 a instauré une réponse pénale graduée en fonction du comportement de consommation des usagers majeurs. Elle préconisait un classement sans suite avec rappel à la loi pour les détenteurs de très petites quantités de stupéfiants, tandis que les usagers plus avancés étaient orientés vers des mesures sanitaires ou sociales. L'injonction thérapeutique était réservée aux usagers de drogues dures et aux polytoxicomanes, tandis que les poursuites pénales étaient envisagées pour les récidivistes ou ceux refusant de se conformer aux mesures alternatives.

La circulaire du 16 février 2012 a renforcé cette approche en soulignant l'importance de maintenir la pénalisation de l'usage de stupéfiants tout en adaptant la réponse pénale aux différents profils d'usagers :

- Pour les usagers non toxicodépendants, elle recommande de privilégier les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants ou, en cas d'échec, les ordonnances pénales, en limitant les classements sans suite et en excluant les rappels à la loi opportuns.
- Pour les usagers toxicodépendants nécessitant des soins, elle recommande systématiquement l'injonction thérapeutique et envisage les poursuites devant le tribunal correctionnel pour les récidivistes.

Ces directives visent à harmoniser la réponse judiciaire tout en tenant compte des spécificités et des besoins des usagers de stupéfiants, dans le cadre d'une politique de prévention des addictions et de protection sociale.

En pratique, 70 % des affaires d'usage de stupéfiants traitées par les parquets bénéficient d'une mesure alternative aux poursuites²⁴³. En ce qui concerne les peines prononcées, les

²⁴³ Selon les données communiquées par la direction des affaires criminelles et des grâces (D.A.C.G.), 85 000 affaires d'usage de stupéfiants ont été orientées par les parquets durant l'année 2013 (bien qu'il soit impossible de préciser si ces affaires comportaient ou non d'autres infractions connexes) : 53 000 affaires (62 %) ont fait l'objet d'une procédure alternative, 30 000 affaires (35 %) ont été poursuivies (27 000 devant la juridiction correctionnelle et 3 000 devant les juridictions pour enfants), 2000 affaires ont été classées sans suite. 98 % des affaires ont ainsi fait l'objet d'une réponse pénale. Parmi les affaires poursuivies, près d'une poursuite correctionnelle sur deux était une ordonnance pénale, trois sur dix une convocation par officier de police judiciaire (C.O.P.J.). 15 % des affaires ont fait l'objet d'une comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité (C.R.P.C.) et 3 % ont pris la voie du déferrement (comparution immédiate ou convocation par procès-verbal).

affaires d'usage de stupéfiants se soldent le plus souvent (41 % des cas) par une peine d'amende. Au fil des deux dernières décennies, la proportion de peines de substitution telles que les jours-amendes et les travaux d'intérêt général a progressivement augmenté²⁴⁴. Les peines d'emprisonnement avec sursis total représentent 27 % du total des peines prononcées, tandis que celles d'emprisonnement ferme ou avec un sursis partiel atteignent 16 %.

Il est toutefois important de noter que la loi pénale traite tous les stupéfiants de la même manière, ce qui signifie que les incarcérations ne concernent pas spécifiquement les usagers de cannabis. En pratique, les condamnations à une peine ferme d'emprisonnement n'impliquent pas toujours une incarcération, compte tenu des possibilités d'aménagement des peines pour celles inférieures ou égales à 2 ans sans mandat de dépôt. En 2013, par exemple, il y a eu 3 426 peines d'emprisonnement prononcées pour usage de stupéfiants, parmi lesquelles 1 379 étaient fermes en tout ou partie et 2 047 avec sursis total.

Selon l'OFDT, l'usage de stupéfiants est devenu un contentieux de masse au cours des trente dernières années, avec une croissance parallèle des interpellations, du taux de réponse pénale, du taux de poursuites et du nombre de condamnations pour usage comme infraction principale²⁴⁵. Selon les données de la direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) pour l'année 2013, 85 000 affaires d'usage de stupéfiants ont été traitées par les parquets. Parmi celles-ci, 53 000 affaires (62 %) ont été orientées vers une procédure alternative, tandis que 30 000 affaires (35 %) ont été poursuivies. De ces dernières, 27 000 ont été traitées par la juridiction correctionnelle et 3 000 par les juridictions pour enfants. Environ 2 000 affaires ont été classées sans suite. Ainsi, 98 % des affaires ont reçu une réponse pénale. Parmi les affaires poursuivies, près de la moitié ont été traitées par ordonnance pénale, trois sur dix ont fait l'objet d'une convocation par officier de police judiciaire (C.O.P.J.), 15 % ont été soumises à une comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité (C.R.P.C.), et 3 % ont été déferées (comparution immédiate ou convocation par procès-verbal).

Les forces de l'ordre et les autorités judiciaires mobilisent des ressources considérables pour l'application de la loi de 1970, bien que les dépenses exactes liées à la lutte contre l'usage de cannabis demeurent difficiles à évaluer précisément. En 2010, l'Observatoire français des

²⁴⁴ *Ibidem.*

²⁴⁵ *Ibidem.*

drogues et des toxicomanies (OFDT) estimait à 686 millions d'euros les dépenses totales engagées pour la défense, l'ordre public, la sécurité, ainsi que l'action des douanes contre les stupéfiants et l'économie parallèle²⁴⁶. À cela s'ajoutent les coûts relatifs à la lutte contre la drogue par la protection judiciaire de la jeunesse (environ 2 millions d'euros en 2015) et les services judiciaires (environ 108 millions d'euros), ainsi que toutes les autres actions visant à répondre aux formes de délinquance indirectement liées à l'usage et au trafic de stupéfiants. Au total, la politique de prohibition du cannabis entraîne des dépenses qui pourraient approcher 1 milliard d'euros.

Les réponses pénales axées sur la santé n'ont pas eu un impact significatif sur les niveaux de consommation de cannabis. La direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) rapporte qu'environ 5 000 stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants sont ordonnés chaque année, de même que des injonctions thérapeutiques. Cependant, étant donné que seulement une petite proportion d'usagers de cannabis sont considérés comme dépendants, l'injonction thérapeutique est rarement appliquée pour cette drogue. Quant aux stages de sensibilisation, ils représentent une option minoritaire parmi les mesures pénales disponibles pour les procureurs. Une évaluation de l'OFDT montre un bilan mitigé de ce dispositif, avec des disparités importantes entre les ressorts judiciaires :

- la moitié des stagiaires réalisent leur stage plus de sept mois après leur interpellation, et les modalités d'organisation, tant en termes de durée que de frais d'accès, sont très variables²⁴⁷ ;
- selon les ressorts, les disparités territoriales sont importantes. 50 % de cours d'appel étant dépourvues d'une offre de stages accessible aux mineurs ;
- le délai d'exécution des stages demeure très variable, la moitié des stagiaires effectuant leur stage plus de sept mois après l'interpellation ;
- les modalités d'organisation apparaissent très hétérogènes (s'agissant tant pour la durée que des frais d'accès) et le contenu s'avère fluctuant ;

²⁴⁶ Rapport annuel 2012 sur *L'état du problème de la drogue en Europe de l'agence européenne des drogues* (104 p).

²⁴⁷ (I.) Obradovic, « la réponse pénale à l'usage de stupéfiants », in *Revue Tendances*, n°72, novembre 2010, 6 p.

- l'objectif de cibler principalement les usagers occasionnels est partiellement atteint. 35 % des participants aux stages ont déjà été interpellés pour la même infraction, et 20 % du groupe considère être dépendants en raison d'une consommation quotidienne de cannabis sur une longue période.

Plus largement, la question de l'efficacité de ce dispositif par rapport aux Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), qui concernent plus de 90 % des utilisateurs de cannabis, demeure en suspens.

Dans l'ensemble, selon l'OFDT, le stage est perçu par les participants avant tout comme une sanction pénale, sans réelle capacité à dissuader les personnes qui n'envisagent pas d'arrêter leur consommation à court terme. En effet, l'observatoire note qu'à peine la moitié des participants envisage un changement significatif dans leur comportement de consommation.

La politique de lutte contre la drogue et les conduites addictives couvre de multiples volets : recherche et observation, prévention, santé et insertion, application de la loi, lutte contre les trafics et coopération internationale. Par conséquent, elle implique une vingtaine de départements ministériels. Créée en 1982, la mission permanente de lutte contre la toxicomanie (MILDT), devenue en 2014 la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), répond donc à la nécessité de coordonner cette politique publique par nature interministérielle. Placée sous l'autorité du Premier ministre, sa première mission est de définir les plans gouvernementaux pluriannuels de lutte contre les drogues et de veiller à leur application. Toutefois, la MILDECA manque cruellement de moyens humains et financiers pour mener à bien son action, au niveau national comme départemental. En effet, elle ne compte qu'une trentaine de collaborateurs afin d'assumer les fonctions du secrétariat général. De plus, son réseau territorial n'est constitué que de 100 chefs de projet départementaux dont on peut estimer, compte tenu de leurs autres attributions, à 5 % en moyenne la part du temps de travail consacré à la coordination de la politique gouvernementale de lutte contre les drogues et les conduites addictives au niveau local. Ses crédits d'intervention ont, quant à eux, subi une baisse drastique de 40 % depuis 2009. En outre, le fonds alimenté par le produit des avoirs criminels confisqués dans le cadre d'affaires constitue par nature un levier financier très aléatoire.

Section II Le bilan concernant les consommations de drogues.

Ce bilan concerne toutes les drogues : légales ou illégales²⁴⁸. Près de 50 ans après son entrée en vigueur, la loi de 1970 n'a pas produit les effets escomptés. Les chiffres très élevés de la consommation et de l'addiction montrent un échec de la loi française qui associe sanction de l'usage et prise en charge des consommateurs de produits stupéfiants. Par conséquent, il convient désormais d'examiner les chiffres de la consommation de substance illicites **(I)**, puis ceux de l'addiction **(II)**.

I. Les chiffres de la consommation de substances illicites

Le cannabis reste de très loin la substance illicite la plus consommée, aussi bien chez les adolescents que chez les adultes. 17 millions de personnes l'ont déjà essayé, soit 41 % des individus âgés de 15 à 64 ans. La proportion d'usagers récents (dans le mois) atteint globalement 6,6 % et son usage régulier (au moins 10 fois par mois) concerne près de 1,5 million de personnes en France. Parmi les usagers (18 à 64 ans), et selon l'enquête « Baromètre santé 2014 » de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la proportion de ceux présentant un risque élevé d'usage problématique de cannabis est de 21 %, soit 2,2 % de la population française âgée de 18 à 64 ans. Les usages de cannabis sont en hausse depuis le début des années 2010, et ceci, quelles que soient la tranche d'âge et la fréquence d'usage. Ainsi, en 2015, 48 % des jeunes de 17 ans ont expérimenté le cannabis et 9 % sont des fumeurs réguliers, contre 42 % et 7 % en 2010²⁴⁹.

La consommation de cocaïne, deuxième produit illicite le plus consommé, se situe bien en deçà et concerne environ dix fois moins de personnes, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage dans l'année. Toutefois, la part des 18-64 ans ayant expérimenté la cocaïne a été multipliée par quatre en deux décennies, passant de 1,2 % en 1995 à 5,6 % en 2014. Cela révèle une diffusion plus large d'un produit autrefois cantonné à des catégories aisées et touchant, depuis quelques années, l'ensemble des strates de la société. Les niveaux d'expérimentation pour les substances synthétiques, telles que la MDMA/ecstasy et les amphétamines, sont respectivement de 4,3 % et de 2,3 %. La proportion d'usagers actuels de MDMA/ecstasy a augmenté de manière significative entre 2010 et 2014, passant de 0,3 % à 0,9 %, et atteint ainsi son niveau maximal depuis une décennie.

²⁴⁸CNCDH, *Usages de drogues et droits de l'Homme*, avis du 8 novembre 2016, 108 p.

²⁴⁹ OFDT, *Drogues, Chiffres Clés*, Paris, Ed. OFDT, 2015, p.2.

Enfin, la prévalence de l'expérimentation de l'héroïne est de 1,5 % pour l'ensemble des 18-64 ans et l'usage actuel apparaît très rare puisqu'il ne concerne que 0,2 % des personnes interrogées²⁵⁰.

Au niveau européen, la législation française figure parmi l'une des plus répressives, avec la Grèce, la Suède, la Finlande et l'île de Chypre. En effet, l'usage de stupéfiants constitue une infraction pénale. À ce titre, elle est forcément sanctionnée. Toutefois, cette pénalisation n'a pas eu d'effets sur la consommation puisque les études placent la France parmi les pays d'Europe comptant le plus grand nombre d'usagers de stupéfiants. Plus de 40 % des Français de 15 à 64 ans déclarent avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, la moyenne européenne étant de 22 %. À l'âge de 16 ans, les Français sont les premiers consommateurs de cannabis en Europe. Les chiffres de cette consommation sont plus importants en France qu'aux Pays-Bas ou en Espagne où la consommation de cannabis y est pourtant dépénalisée. Le Portugal, qui a fait le choix d'une politique non répressive en matière d'usage de drogues, connaît un taux de consommation du cannabis beaucoup moins important que celui de la France (9,5 % contre 41 % chez les 15-64 ans²⁵¹).

II. Les chiffres de l'addiction

La distinction entre produits licites et produits illicites est aujourd'hui dépassée. En effet, les théories médicales invitent désormais à penser en termes de comportements et non plus de produits. Tous les usagers de drogues n'encourent pas les mêmes dangers, ces derniers dépendant de nombreux facteurs, tenant aussi bien au produit qu'à la personne et à son environnement²⁵². Pour prendre en compte cette donnée, une notion « d'échelle des risques » a été forgée, dont les degrés sont échelonnés entre une consommation occasionnelle, maîtrisée, récréative, qui ne pose pas de problèmes en tant que telle, et une consommation fréquente, addictive, relevant de la dépendance, et qui nécessite une prise en charge médicale. Cette nouvelle approche a permis d'affiner la notion de « toxicomanie ». Celle-ci tend à disparaître au profit de la notion « d'addiction ». Cette évolution terminologique signe l'évolution de la

²⁵⁰ *Ibidem.*

²⁵¹ *Ibidem.*

²⁵² Le triangle multifactoriel élaboré par le docteur Olivenstein est un outil qui permet d'appréhender la consommation des produits (au sens large, c'est-à-dire, les produits avec et sans toxiques) dans une vision globale en tenant compte, à la fois de l'individu qui consomme, de ses caractéristiques personnelles, de la nature du produit, et enfin, du contexte dans lequel cette consommation a lieu.

politique française vers une approche comportementale. Désormais la MILDECA et l'OFDT ont un champ d'intervention élargi à l'alcool, au tabac et aux addictions sans drogue, qui concernent les produits licites susceptibles d'entraîner un risque d'usage tout aussi problématique en termes de conséquences sanitaires et sociales néfastes que les produits classés comme illicites²⁵³. En 1998, le biochimiste Bernard Roques²⁵⁴ démontrait qu'en termes de dépendance, de toxicité et de dangerosité sociale, les opioïdes (héroïne), l'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus à risque, suivi ensuite par la cocaïne. Ainsi, il relève « qu'aucune corrélation n'existe entre l'effet psychoactif des produits et la dépendance qu'ils entraînent, pas plus qu'entre leur toxicité et leur statut légal. Il semble ainsi que la société entretienne un rapport complètement irrationnel avec les diverses substances qu'elle catégorise comme drogues. L'incapacité de cette déraison à se saisir comme telle apparaît d'ailleurs de façon caractéristique comme son trait principal »²⁵⁵.

Les substances licites (alcool et tabac) sont de loin les produits les plus consommés dans la population, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage quotidien. Ainsi, en 2014, l'usage régulier de cannabis concerne 1,4 million personnes, contre 8,7 millions pour l'alcool et 13,3 millions pour le tabac²⁵⁶. Concernant les produits licites, les enquêtes sur la population en général font apparaître une baisse très significative de l'usage quotidien de boissons alcoolisées, dans la continuité du mouvement observé depuis trois décennies. La consommation moyenne d'alcool baisse régulièrement de 1,7 % par an depuis 1960 pour atteindre en France environ 12 litres d'alcool pur par habitant et par an en 2014 (selon les données les plus récentes de l'OFDT). Toutefois, elle reste nettement supérieure à la moyenne des pays européens membres de l'OCDE. Pour autant, la baisse globale de la consommation d'alcool ne permet pas d'occulter la persistance de conduites à risque chez les femmes enceintes, les jeunes ou les personnes en situation de précarité sociale ni de négliger les 8,7 millions de

²⁵³ De son côté, le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) intègre la pratique « pathologique » des écrans et jeux en ligne comme une forme d'addiction, voir CESE, *Les addictions*, Paris, Ed. Direction de l'information légale et administrative, 10 juillet 2015, 53 p.

²⁵⁴ (B.) Roques est un chercheur français en science des biochimie, également professeur émérite à l'Université Paris-Descartes (Paris V).

²⁵⁵ (B.-P.). Roques, *La dangerosité des drogues. Rapport au secrétariat d'Etat à la santé*, Paris, Ed. Odile Jacob, 1999, 192 p.

²⁵⁶ (F.) Beck, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 », in *Revue Tendances*, n°99, mars 2015, pp. 1-2.

consommateurs réguliers. En matière de tabagisme, la proportion des fumeurs quotidiens est en légère baisse, de même que la quantité de tabac fumé (de 11,9 à 11,3 cigarettes par jour pour les fumeurs actuels). À l'inverse, s'agissant des produits illicites, d'une façon générale, leur diffusion est plutôt orientée à la hausse à l'échelle de la décennie. Les données témoignent notamment d'une hausse globale des niveaux d'usage de cannabis qu'il s'agisse d'usages occasionnels ou réguliers. Concernant la cocaïne, cette consommation se révèle en nette hausse sur la période 2000-2014. Les niveaux d'usage des autres drogues apparaissent par contre stables entre 2010 et 2014, hormis pour la MDMA/ecstasy qui enregistre une hausse significative en matière d'usage actuel²⁵⁷.

La diminution continue de la consommation de tabac et d'alcool est notamment due à la mise en place, depuis plusieurs années, par les pouvoirs publics de politiques de prévention du tabagisme et de l'alcoolisme. La première loi « anti-tabac » adoptée en France date du 9 juillet 1976. Elle interdisait en partie la publicité en faveur du tabac et prévoyait des mesures de protection des non-fumeurs, ainsi que les premiers messages d'information et de prévention à destination du grand public. La loi Évin du 10 janvier 1991²⁵⁸ a réaffirmé avec vigueur quelques grands engagements des pouvoirs publics en matière de lutte contre le tabagisme. Elle a été efficacement ravivée en 2003 avec le premier « Plan cancer » (2003-2007). Plusieurs mesures ont ainsi été appliquées : interdiction de la publicité, augmentation continue du prix du paquet, interdiction de fumer dans les lieux à usages collectifs clos et couverts, interdiction de vente aux mineurs, aide au sevrage tabagique, sensibilisation régulière du grand public²⁵⁹.

Quant à la législation en matière de lutte contre l'alcoolisme, elle s'est esquissée au XIX^{ème} siècle à travers des dispositions relatives au maintien de l'ordre public. Aujourd'hui, l'ivresse publique et manifeste est passible d'une contravention de 2^{ème} classe et la conduite sous l'empire d'un état alcoolique est un délit. Les pouvoirs publics se sont également très tôt mobilisés pour limiter les pratiques d'alcoolisation excessive des jeunes, notamment par l'adoption de dispositions réglementaires destinées à interdire la vente d'alcool aux mineurs. En revanche, la réglementation sur la publicité en faveur des boissons alcoolisées est marquée par

²⁵⁷ *Ibidem*.

²⁵⁸ Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite « loi Évin ».

²⁵⁹ Signalisation apparente sur le principe de l'interdiction accompagné d'un message sanitaire de prévention dans les lieux publics, messages de prévention et images chocs sur les paquets et paquets neutres, *etc*.

les avancées et les reculs successifs des préoccupations de santé publique face aux revendications économiques. Depuis la « loi Evin »²⁶⁰, la publicité en faveur des boissons alcooliques est interdite sur les supports qui s'imposent à tous, notamment aux mineurs, tels que la télévision et le cinéma. Publicité et information sont néanmoins autorisées dans la presse écrite pour adultes, par voie d'affichage, de publipostage ou à la radio dans les manifestations telles que les foires agricoles, et depuis la loi du 21 juillet 2009²⁶¹ sur internet, sauf sur des sites « destinés à la jeunesse ».

Dans un rapport récent, la Cour des comptes note que « la consommation d'alcool est un sujet sensible en France, car l'alcool est associé aux événements festifs, aux modes de vie et à la culture. « Cet héritage social et culturel, renforcé par les enjeux économiques qui lui sont attachés, induit une tolérance générale vis-à-vis de la consommation d'alcool qui explique, pour une large part, la difficulté à définir et à mettre en œuvre dans la durée une politique intégrée de santé et de sécurité »²⁶². « Or sur les 8,8 millions de consommateurs réguliers d'alcool, l'OFDT estime à 3,4 millions le nombre de consommateurs à risque, dont 10 % seulement seraient pris en charge. Selon la seule étude récente disponible en France et publiée en 2013, 49 000 décès environ étaient attribuables à l'alcool en 2009, ce qui en ferait la deuxième cause de mortalité évitable »²⁶³. En 2015, une étude publiée notait que l'alcool était la première cause d'hospitalisation (580 000 patients pour un coût estimé à 2,6 Md €) et que la consommation excessive d'alcool était associée à une soixantaine de pathologies²⁶⁴.

En France, la consommation de médicaments psychotropes²⁶⁵ ne relève généralement pas de pratiques toxicomaniaques, mais plutôt d'un usage thérapeutique, parfois associé à une

²⁶⁰ Assouplie par la « loi Santé » du 26 janvier 2016.

²⁶¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

²⁶² Rapport de la Cour des comptes, *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, évaluation d'une politique publique*, Paris, 16 juin 2016, p.9.

²⁶³ (A.) Dunant, (S.) Guérin, (C.) Hill, (A.) Laplanche, , « Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009 », *in Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°16-17-18, 7 mai 2013, pp. 163-168.

²⁶⁴ (F.) Paille, (M.) Reynaud, « L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France », *in Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°25-26, 7 juillet 2015, pp. 440-449.

²⁶⁵ Les médicaments psychotropes non opiacés regroupent plusieurs catégories de produits ayant pour fonction d'agir sur l'activité cérébrale. Les anxiolytiques diminuent l'angoisse et les manifestations de l'anxiété (insomnie, tension musculaire, etc). Les plus prescrits, notamment pour longue durée, appartiennent à la famille des benzodiazépines. Ces derniers entraînent très rapidement une dépendance physique et induisent une tolérance. Les

automédication (avec des médicaments non prescrits par un professionnel de santé). Cependant, en raison des effets sur la vigilance et des risques de dépendance associés à certains d'entre eux, ces médicaments peuvent être utilisés de manière problématique ou à risque. Bien que des classes comme les antidépresseurs, les neuroleptiques et le lithium soient rarement détournées ou mal utilisées, les anxiolytiques et les hypnotiques le sont fréquemment par les usagers de drogues.

Cependant, il existe peu de données quantitatives en France sur l'ampleur des problèmes d'addiction aux médicaments psychotropes ou de leur mauvais usage, en partie à cause de la difficulté à distinguer clairement l'usage approprié de l'abus.

En 2010, 18 % des personnes âgées de 18 à 75 ans déclaraient avoir pris au moins un médicament psychotrope au cours des 12 derniers mois, soit une augmentation de trois points par rapport à 2005. Cette pratique est significativement plus répandue chez les femmes (23 % contre 13 % chez les hommes) et augmente avec l'âge chez celles-ci, passant de 11 % chez les 18-25 ans à 33 % chez les 64-74 ans, avant de diminuer par la suite²⁶⁶. À 16 ans, l'expérimentation des médicaments psychotropes chez les jeunes scolarisés est notable : 19 % des adolescents déclarent avoir déjà pris des tranquillisants ou des somnifères, les filles plus fréquemment que les garçons (23 % contre 14 %). Un nombre équivalent de jeunes indique avoir consommé ces médicaments avec ou sans ordonnance. À cet âge, 7 % des jeunes Français rapportent avoir également combiné la prise de médicaments avec de l'alcool, souvent dans le but de ressentir des effets psychotropes.

En France, la consommation de médicaments psychotropes figure parmi les plus élevées en Europe. En 2010, les données sur la production et les ventes plaçaient la France en deuxième position pour les hypnotiques, juste après la Belgique, tandis que pour les anxiolytiques, elle occupait la sixième place, après le Portugal, la Belgique, l'Espagne, et plusieurs pays d'Europe centrale. En revanche, l'utilisation des psychostimulants reste marginale en France et très

hypnotiques sont destinés à provoquer et/ou maintenir le sommeil. Les antidépresseurs, destinés à traiter les dépressions, donnent rarement lieu à un usage addictif. Les antipsychotiques (neuroleptiques) sont principalement prescrits dans les psychoses (par exemple comme la schizophrénie). Dans cette catégorie, on compte également les régulateurs de l'humeur (notamment le lithium). Enfin, les psychostimulants stimulent le fonctionnement du cerveau en augmentant ses capacités de vigilance et de performances.

²⁶⁶ (F.) Beck, A. Gautier, (R.) Guignard, (J.-B.) Richard, « Consommations de médicaments psychotropes en population générale. Données du Baromètre santé », in *Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances*, 2012, pp. 38-43.

inférieure à celle de nos voisins européens. La France ne se démarque pas s'agissant des antipsychotiques, mais l'usage des régulateurs de l'humeur, bien que rare, y est plus fréquent.

Section III. Le bilan répressif

La tendance en France est à l'aggravation de la répression. En effet, le nombre de personnes interpellées par la police ou la gendarmerie pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) a été multiplié par 50 depuis la loi de 1970, passant de 4 000 à près de 200 000 en 2013, soit une augmentation de 90 % sur la seule période 2000-2013²⁶⁷. Cette forte mobilisation des autorités de police (I) se traduit également par une lourde sollicitation de la justice pénale (II).

I. La mobilisation des autorités de police

L'usage simple reste de loin la principale cause d'interpellation pour ILS. En effet, 83 % des personnes interpellées par les forces de l'ordre le sont pour usage, 9 % pour « usage-revente » et 6 % pour trafic (2 % pour d'autres infractions). En matière de stupéfiants, l'activité des forces de l'ordre est donc centrée sur la lutte contre la demande, la plupart des personnes mises en cause étant des consommateurs. Depuis 1970, les interpellations d'usagers ont augmenté trois fois plus vite que celles « d'usagers-revendeurs » ou de trafiquants, ces dernières étant au contraire en baisse depuis 2002²⁶⁸, ce qui amène à relativiser l'argument selon lequel l'interpellation des usagers permettrait de remonter les filières du trafic.

Le détail des mises en cause policières par produit étant absent des statistiques, les dernières données disponibles remontent à 2010. En 1985, le cannabis représentait environ 40 % des interpellations en matière de stupéfiants pour l'usage seul comme pour le trafic et l'usage-revente. Aujourd'hui, il concerne 90 % des procédures pour usage et moins de 70 % des interpellations pour trafic ou usage-revente²⁶⁹. Cette prédominance du cannabis au sein des interpellations pour usage traduit un renforcement de l'activité policière visant les usagers de ce produit, de sorte qu'il n'est guère possible de parler d'une dépénalisation de fait de l'usage

²⁶⁷ (I.) Obradovic, « Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants », in *Tendances* n° 103, octobre 2015, 6 p.

²⁶⁸ *Ibidem*.

²⁶⁹ *Ibidem*.

de cannabis, même si le volume d'interpellations ne représente que 4 % du nombre estimé d'usagers de cannabis²⁷⁰.

Au regard de ce qui précède, il n'est pas étonnant de constater l'importance des moyens financiers consacrés à la répression des ILS qui est de l'ordre de 446 millions en 2015. Par comparaison, les moyens consacrés au volet prévention ne représentent qu'un million d'euros au titre des policiers et des gendarmes formateurs « anti-drogue »²⁷¹.

Ces statistiques d'interpellation témoignent d'une augmentation significative de l'activité policière, qui n'est pas sans lien avec le climat politique général sur la sécurité et le mouvement de fond ayant touché les services de police, avec la fameuse injonction de « faire du chiffre » pour nourrir les paroles politiques sur la sécurité.

II. La mobilisation des autorités judiciaires

Parallèlement, l'essor des interpellations s'est accompagné d'une systématisation et d'une diversification des réponses pénales apportées à ce contentieux. À cet effet, les autorités judiciaires développent, depuis les années 1990, le recours à des procédures simplifiées, notamment les alternatives aux poursuites conformément aux recommandations successives du ministère de la Justice²⁷². Le recours à des procédures plus rapides et moins coûteuses se retrouve renforcé par la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance qui instaure les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants et renforce le dispositif d'injonction thérapeutique (IT) avec la mise en place du « médecin-relais » dont la mission consiste à mettre en lien la justice avec le système de soins. L'essor de ce type de mesures a permis de limiter les classements sans suite pour les infractions de faible gravité et d'augmenter le taux de réponse pénale, sans pour autant multiplier les poursuites. Ainsi, le taux de classement sans suite est passé de 21 % en 2000 à 3 % en 2013, si bien que le taux de réponse pénale s'est hissé de 79 % à 97 % en treize ans.

²⁷⁰ (I.) Obradovic, « Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants », in *Tendances*, n° 103, octobre 2015, 6 p.

²⁷¹ Chiffres tirés du Document de Politique Transversale (DPT), annexé au projet de loi de finances 2015 et intitulé « Politique de lutte contre les drogues et la toxicomanie » (programme 176 et 152).

²⁷² Circulaire du 9 mai 2008 de politique pénale relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances, circulaire du 16 février 2012 de politique pénale relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de produits stupéfiants.

Quant aux alternatives aux poursuites, elles représentaient en 2014 près de trois quarts des sanctions prononcées, malgré une légère diminution depuis 2005 au profit des poursuites²⁷³. Faute de moyens et face au flux d'affaires à traiter, la grande majorité des alternatives aux poursuites (83 %), sont de simples rappels à la loi effectués par les forces de l'ordre. Et si les mesures à composante sanitaire ont augmenté durant la décennie 2000, elles tendent désormais à reculer. Ces dernières représentent aujourd'hui 13 % des alternatives prescrites pour sanctionner un délit d'usage, alors qu'elles atteignaient 22 % en 2005. Cela s'explique notamment par le net déclin des injonctions thérapeutiques dans la réponse pénale au contentieux d'usage (- 32 %), qui connaissent aujourd'hui leur niveau le plus bas (6 % des alternatives aux poursuites). Quant aux orientations sociosanitaires, qui se traduisent en particulier par l'orientation des usagers de cannabis vers les consultations jeunes consommateurs (CJC), elles ont connu une progression importante à partir de 2004, mais tendent aujourd'hui à diminuer²⁷⁴.

S'agissant des poursuites pénales, elles représentent, en 2014, environ un quart (24 %) des affaires traitées. En 2013, les ILS représentent 9,9 % des condamnations prononcées pour délit, un chiffre inégalé depuis trente ans et en hausse constante depuis 2006 où elles représentaient 6,1 % des condamnations pour délit. Les condamnations pour usage représentent 59 % des condamnations liées aux stupéfiants²⁷⁵, les « détentions acquisition » 23 %, le « commerce-transport » 12 %, « l'offre-cession » 4 % et le trafic (import-export) 2 %. La part de l'usage, parmi les condamnations pour ILS, a quasiment triplé au cours des dix dernières années²⁷⁶. En particulier, les condamnations sanctionnant un usage seul, sans infraction associée, ont beaucoup progressé entre 1989 et 2013 (passant de 3 811 à 25 527 soit + 570 %). Mais la nature des peines prononcées a considérablement évolué depuis le début des années 80, avec une diminution significative de l'emprisonnement au profit des amendes ou des mesures de substitution, qui représentent aujourd'hui les trois quarts des sanctions pour usage illicite (soit respectivement 57 % et 17 % des condamnations). En particulier, la proportion d'amendes

²⁷³ (I.) Obradovic, « Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants », in *Tendances* n° 103, octobre 2015, 6 p.

²⁷⁴ En 2004, elles représentaient 4 % des alternatives aux poursuites, 10 % en 2007 et 7 % en 2014.

²⁷⁵ En 2013, 56 697 condamnations judiciaires sont prononcées pour l'ensemble des ILS à titre principal.

²⁷⁶ (I.) Obradovic, « Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants », in *Tendances* n° 103, octobre 2015, 6 p.

a plus que doublé au cours des dix dernières années, et leur montant moyen a baissé de plus de 20 %, passant de 402 à 316 euros entre 2002 et 2013²⁷⁷. Cette augmentation des amendes s'explique par les modifications des procédures judiciaires concernant l'usage de stupéfiants depuis la loi du 5 mars 2007. Celle-ci ouvre la possibilité de recourir à l'ordonnance pénale pour les simples usagers. Or cette dernière comprend le plus souvent une peine d'amende.

Quant aux peines d'emprisonnement, ferme ou avec sursis partiel, elles concernent 11 % des condamnations pour usage illicite. En 2010, plus de 11 500 personnes ont été incarcérées pour une ILS (soit 14 % des entrants en prison). La part des infractions d'usage est d'environ un tiers de ces incarcérations pour ILS (plus de 3 000 personnes), soit environ 5 % de l'ensemble des incarcérations (contre 2,5 % cinq ans auparavant).

Pour l'ensemble des ILS, la durée moyenne des peines d'emprisonnement (ferme ou avec sursis) est de près de 13 mois, avec des variations selon le type d'infraction : près de 5 mois pour l'usage (2 mois pour l'emprisonnement ferme), 11,3 mois pour la « détention-acquisition » et 26,5 mois pour le trafic international (import-export)²⁷⁸. En 2010, la part des détenus pour une simple infraction d'usage était de 2,4 %²⁷⁹.

Section IV. Le bilan financier

²⁷⁷ *Ibidem.*

²⁷⁸ (I.) Obradovic, « Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants », in *Tendances* n° 103, octobre 2015, 6 p.

²⁷⁹ *Ibidem.*

L'examen des données issues du document de politique transversale (DPT), annexé au projet de loi des finances 2015 et intitulé « politique de lutte contre les drogues et toxicomanie » montre que cette politique évaluée à 1,166 milliard d'euros est affectée de la façon suivante :

- 842 millions d'euros consacrés à la lutte contre les infractions à la législation sur les stupéfiants, dans un cadre national ou international (72 %) ;
- 297 millions d'euros pour les programmes de prévention concernant toutes les addictions (25 %) ;
- 27 millions d'euros pour des programmes transversaux et à l'animation interministérielle (3 %), dont le fonctionnement de la MIDELCA à hauteur de 17,5 millions d'euros.

À ces coûts directs imputés sur le budget de l'État, il convient d'ajouter les coûts de dépenses de santé imputés sur le budget de l'assurance maladie et qui s'élèvent à 929 millions d'euros en 2015. Le total des coûts liés à la politique publique de lutte contre l'usage de drogues s'élève donc à plus de 2 milliards d'euros, soit 0,1 % du P.I.B. Ces données démontrent que le volet « prévention » est le dispositif de la politique publique de lutte contre les drogues le plus sous-estimé financièrement.

Dans *Évaluation économique de la loi du 31 décembre 1970 réprimant l'usage et le trafic de stupéfiants*, Christian Ben Lakhdar et Morgane Tanvé²⁸⁰ font les constatations suivantes : « l'objectif de la loi de 1970 et de ses compléments plus récents semble bien être un « monde sans drogues », grâce principalement à la dissuasion et à la sanction. L'objectif de cet article est alors d'évaluer le bien-fondé économique de cette politique de lutte contre les stupéfiants en France ».

L'évaluation des politiques publiques a pour objet d'apprécier l'efficacité d'une politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre²⁸¹. Évaluer une politique consiste ainsi à établir l'impact de celle-ci, puis à comparer les bénéfices de ce dispositif par rapport aux coûts de sa mise en œuvre²⁸². Déterminer l'impact d'une

²⁸⁰ (C.) Ben Lakhdar, (M.) Tanvé, « Évaluation économique de la loi du 31 décembre 1970 réprimant l'usage et le trafic de stupéfiants », *in Revue Psychotropes*, vol.19, 2013, pp 27-48.

²⁸¹ Sur cette question, voir le Décret n°98-1048 du 18 novembre 1998 relatif à l'évaluation des politiques publiques.

²⁸² Analyse « Coût/Bénéfice ».

politique suppose d'établir une relation de causalité entre cette mesure et les variables qu'elle cherche à influencer.

Afin de mener à bien ce travail d'évaluation de la loi de 1970, l'attention se porte également à l'examen de son efficience, autrement dit, à l'examen de la productivité des ressources engagées pour l'atteinte des objectifs. Finalement, la discussion porte sur le degré d'équité de la loi, entendu comme sa capacité à soumettre identiquement tout individu à ses principes directifs.

L'évaluation proposée se limite à celle de la politique visant à encadrer l'usage et le trafic de cannabis, et ce, pour deux raisons. La première est que le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France, loin derrière l'alcool et le tabac, mais loin devant la cocaïne et l'héroïne. La seconde, découlant peut-être de la première, est que le système d'information concernant cette substance est désormais assez étoffé pour permettre une telle évaluation, ou tout du moins, d'en élaborer une tentative.

Cet exercice d'évaluation de la politique répressive en matière de stupéfiants a déjà été tenté. Mais ne bénéficiant pas des connaissances empiriques actuelles sur la consommation et le trafic de cannabis, ces études restaient conceptuelles et théoriques. Elles renseignent néanmoins sur les points d'impact de la loi. Elles soulignent surtout les réponses comportementales, aussi bien des usagers que des trafiquants, qu'une évolution de législation pourrait enclencher. Notons qu'un travail plus récent s'interroge sur les bénéfices retirés des drogues licites et illicites pour la collectivité²⁸³. Cette étude « coûts/bénéfices » des drogues en France s'attache au délicat exercice empirique d'estimation de l'impact des drogues, non seulement sur les finances publiques, mais aussi sur le bien-être collectif, mais ne discute pas de l'efficacité ou de l'efficience de la loi réprimant l'usage et le trafic de certaines substances toxiques. En d'autres termes, en montrant que les drogues illicites coûtent à la collectivité, Kopp et Fenoglio²⁸⁴ ne détaillent pas précisément la structure du coût social des drogues illicites et

²⁸³ (P.-A.) Kopp, (P.) Fenoglio, « Les drogues sont-elles bénéfiques pour la France ? », in *Revue économique*, vol.62, pp. 899-918.

²⁸⁴ (P.) Kopp est professeur à l'Université du Panthéon-Sorbonne (Paris I) et chercheur au Centre d'économie de la Sorbonne. Ses publications portent sur les marchés de drogues illégales et sur l'analyse économique des organisations criminelles, ainsi que sur le coût social des politiques publiques concernant les drogues illégales. Il s'intéresse également au phénomène de blanchiment d'argent et aux délinquances économiques et financières internationales. Pour sa part, (P.) Fenoglio est un économiste, maître de conférence à l'Université de Nancy II.

ne discutent pas la manière de le minimiser. À travers l'évaluation qui est proposée ici, c'est *in fine*, de ces questions qu'il convient de discuter.

Deux indicateurs sont mis en évidence dans la première partie de nos propos pour évaluer l'efficacité du dispositif législatif et policier mis en œuvre pour combattre les drogues illicites, à savoir l'évolution du prix et des taux de prévalence. Ensuite, nous aborderons l'efficacité de la politique publique en prenant en compte le coût social du cannabis et de ses différents éléments. Un troisième aspect sera dédié à la mise en œuvre de la loi et à sa justification. Ici, nous aborderons le niveau de justice sociale de la loi de 1970. En analysant l'impact économique de la politique publique, nous pourrions proposer des systèmes de gestion des drogues (et du cannabis en particulier) qui réduiraient les dépenses publiques qui lui sont alloués. Enfin, nous exposerons deux types de régime, à savoir la dépénalisation et la légalisation.

Deux critères permettent de mesurer l'efficacité de la politique publique visant à éradiquer l'usage et le trafic de drogues. Le fondement théorique de la loi de 1970 repose sur des éléments simples. En exposant ce cadre théorique, il est possible de comprendre les conséquences attendues de la loi.

En théorie, la politique répressive instaurée à la suite de la loi de 1970 doit entraîner une hausse du prix des drogues et une réduction de leur utilisation. Cette affirmation est expliquée par le cadre théorique d'économie du crime établi par Becker²⁸⁵ en 1968. Un criminel, notamment un trafiquant de drogues, réalise une évaluation « coût/avantage » de son activité afin de déterminer s'il est nécessaire de s'y engager ou non, et si oui, pour quel montant de profit compte tenu du coût. Un commerçant ne s'investit alors dans l'activité que si les profits qu'il en tire dépassent les dépenses qu'il subit. Autrement dit, le criminel, de manière rationnelle, calcule la probabilité d'être arrêté et les sanctions judiciaires encourues dans cette situation. En fonction de cela, il ajuste les facteurs qui génèrent son bénéfice criminel, à savoir le prix des produits

²⁸⁵ (G.-S.) Becker (1930-2014) est un économiste américain. Il est connu pour ses travaux visant à élargir le champ de l'analyse microéconomique à de nombreux comportements humains. En 1992, il obtient le prix Nobel d'économie, puis, en 2000, la « National Medal of Science » (plus haute distinction américaine dans le domaine). Becker est le premier à modéliser la notion de capital humain. Ses travaux sur l'analyse économique de la criminalité ont influencé à la fois les juristes et les économistes. Ses travaux ont débouché sur une plus grande modélisation des comportements criminels. Longtemps controversées, toutes ses recherches sont aujourd'hui au fondement même de la microéconomie. L'hypothèse principale de Becker est que les criminels font toujours des calculs rationnels. À l'époque, cette théorie allait contre les idées traditionnellement admises de l'époque selon lesquelles le crime était le résultat d'un certain état de maladie mentale et de pression sociale.

vendus. Plus le risque d'interpellation est important, plus le prix des drogues qu'il va vendre devra être élevé afin de compenser le risque encouru²⁸⁶. En termes évaluatifs, le prix des drogues est alors en partie le reflet de cette prime de risque. Et quand ce prix s'élève, c'est que la politique répressive est efficace, ou tout du moins, qu'une partie de cette augmentation de prix est attribuable à la mise en œuvre de la loi. Il faut remarquer que le dispositif légal peut inciter le criminel à ne pas s'engager dans l'activité répréhensible si les probabilités d'interpellation et/ou de peine encourue sont suffisamment élevées au regard des bénéfices qu'il compte tirer de son activité²⁸⁷.

Le raisonnement est peu ou prou le même concernant l'usage de drogues. Informé, l'individu sait que s'il consomme des drogues, il risque d'écoper d'une peine d'emprisonnement et/ou d'une amende s'il se fait interpellé par les forces de l'ordre. Un individu s'engage alors dans la consommation d'une drogue illicite s'il en tire plus de satisfaction que de coûts liés aux risques judiciaires probabilisés. Dans le cas inverse, l'individu ne consomme pas de drogues illicites et on qualifie la politique de dissuasive²⁸⁸. Il est intéressant de remarquer que l'application de la loi par l'action des forces de l'ordre s'est accrue depuis quelques années. Il y a donc eu une augmentation des arrestations pour usage de cannabis, passant d'environ 60 000 en 2001 à 120 000 en 2010. La mise en œuvre de la loi par la police se manifeste également par les saisies de cannabis. Ces dernières sont plus ou moins constantes au fil du temps, avec environ 50 à 60 tonnes saisies par an. Cependant, les années 2003, 2004 et 2005 ont été marquées par des saisies de cannabis importantes, avec plus de 100 tonnes en 2004²⁸⁹. Il convient cependant de noter que, par la suite, lorsque les arrestations pour usage ou trafic augmentent, les saisies de cannabis ne sont pas nécessairement le même nombre. Cela suggère que ces mêmes arrestations sont effectuées auprès de personnes qui ne possèdent pas de grandes quantités de cannabis.

²⁸⁶ La logique est la même concernant la peine. Plus celle-ci est élevée, plus la prime de risque imputée au prix doit l'être aussi.

²⁸⁷ Pour une discussion critique de ce cadre théorique, voir (E.) Langlais, « Les criminels aiment-ils le risque ? » in *Revue économique*, 2010, vol. 61, pp. 263-280.

²⁸⁸ Il convient de souligner ici que le cadre théorique de cette évaluation se construit autour de la modélisation d'un individu rationnel. Comme toute modélisation, la complexité du réel s'en trouve, de fait, réduite.

²⁸⁹ En plus d'interpellations en hausse, des saisies ponctuelles de grande quantité expliquent ces chiffres importants.

Pour juger de l'impact de la répression policière sur le prix des drogues, il convient, comme le soulignent Caulkins et Reuter²⁹⁰ de s'intéresser aussi à la qualité des produits. En effet, c'est le « ratio prix/qualité » qui finalement informe de l'évolution du marché. La logique est simple : si le prix d'une substance illicite diminue alors que sa qualité augmente, c'est que le marché est concurrentiel et l'offre abondante. Au contraire, si le prix augmente alors que la qualité baisse, on peut penser que le produit se raréfie sur le marché²⁹¹.

Concernant le cannabis, qu'il soit sous forme d'herbe ou de résine, la Direction centrale de la Police judiciaire nous apprend en 2009 que le prix de la résine est relativement stable et que celui de l'herbe connaît une récente augmentation. La D.CPJ. souligne toutefois que le prix de l'herbe a été divisé par deux en dix ans. Abdalla Toufik, Stéphane Legleye, Michel Gandilhon²⁹² confirment en 2007 cette division par deux du prix du gramme d'herbe depuis 1996. Ces auteurs soulignent aussi que le prix au détail du gramme de résine a diminué entre 1996 et aujourd'hui²⁹³. Le prix de la résine est entre 3 et 5 euros le gramme à la vente en détail, l'herbe aux alentours de 7 à 8 euros en 2010. La qualité du cannabis est, quant à elle, en augmentation. On peut avancer différentes raisons à cette augmentation de qualité : le progrès technique concernant les modes de cultures, mais aussi, l'apparition de nouvelles variétés de graine²⁹⁴. Le bilan à dresser au regard de cet indicateur de « prix/qualité » est le suivant. Alors que la répression s'est intensifiée, le prix du cannabis, dont la qualité augmente, est finalement resté stable, voire aurait diminué en termes de gramme pur de THC dans les années 2000.

²⁹⁰ (J.-P.) Caulkins, (P.) Reuter, « What Price Data Tell Us about Drug», in *Journal of Drug issue*, vol.28, 1998, pp. 593-612.

²⁹¹ Et toutes choses égales, par ailleurs, que l'activité policière est efficace.

²⁹² (A.) Toufik est membre de l'OFDT (S.) Legleye est membre de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Michel Gandilhon est diplômé de l'Institut de criminologie (de Panthéon-Assas). Ce dernier participe aux travaux de coordination nationale du dispositif TREND où il travaille notamment sur les questions des trafics de drogues illicites. (M.) Gandilhon coordonne également la publication « Drogues, enjeux internationaux ». Dernièrement, il participe au projet de recherche « CANNALEX », mené en partenariat avec l'INHESJ (Institut National des Hautes Études de la Sécurité et de la Justice) sur les nouvelles politiques publiques de régulation du cannabis en Uruguay, au Colorado et dans l'État de Washington.

²⁹³ Le prix de la résine est entre 3 et 5 euros le gramme à la vente de détail, l'herbe aux alentours de 7-8 euros en 2010. L'évolution des prix proposée par ces auteurs ne tient pas compte de l'inflation. Cela laisse à penser que les prix de ces produits ont finalement beaucoup plus diminué en termes de pouvoir d'achat.

²⁹⁴ Sur cette question, voir (C.) Ben Lakhdar, « La culture du cannabis en France : implications, volume et qualité estimés », in *Alcoologie & Addictologie*, 2009, pp. 121-127, (C.) Ben Lakhdar, (D.) Weinberger, « Du marché du cannabis au marché du THC en France. Implications pour le système d'offre et les politiques de lutte contre les trafics illicites de stupéfiants », in *Revue française de socio-Economie*, 2011, pp. 123-145.

L'activité répressive apparaît n'avoir eu aucun impact sur le marché : ni l'augmentation du risque d'interpellation des trafiquants ni les saisies de cannabis ne sont parvenues à faire augmenter le prix du cannabis. L'effort répressif ne s'est pas traduit en une taxe conduisant le prix du gramme de cannabis pur à augmenter²⁹⁵.

L'activité policière a un impact sur la décision de consommer ou non du cannabis, car la loi de 1970 sanctionne la détention et la consommation de cette substance. En d'autres termes, d'après les arguments théoriques mentionnés précédemment, la loi et sa mise en œuvre doivent éviter l'utilisation de cannabis. Il est donc nécessaire que l'individu fasse le choix entre le plaisir obtenu lors de la consommation de cannabis et les risques potentiels encourus.

Alors que l'expérimentation²⁹⁶ augmente, traduisant ainsi la diffusion du cannabis dans la population française, l'usage dans l'année fait de même, mais à un rythme moins soutenu. Depuis les années 2000, environ 7 % des Français âgés de 15 à 75 ans concèdent avoir consommé du cannabis lors de l'année écoulée. Ils sont environ 4,5 % lors du dernier mois. Depuis que l'usage mensuel est mesuré, cet indicateur reste stable. Alors que le cannabis est illicite, ce sont près de 1,2 million de Français qui disent consommer du cannabis régulièrement en 2010. La France est l'un des pays les plus consommateurs d'Europe, le deuxième derrière l'Espagne pour le nombre de consommateurs dans le mois âgés de 15 à 34 ans²⁹⁷.

À la vue de ces prévalences et de leur évolution, il n'apparaît pas que la loi de 1970 et sa mise en œuvre dissuadent de la consommation de cannabis ou pour le moins insuffisamment. Ces dernières années, en parallèle d'une répression de l'usage plus intense, le nombre d'utilisateurs réguliers et quotidiens est resté stable et parmi les plus élevés d'Europe, loin devant les

²⁹⁵ Nous raisonnons ici « toutes choses égales par ailleurs » puisque le prix du cannabis est multifactoriel (état de la concurrence et de la demande, conditions climatiques, saisies douanières internationales, conditions politiques des pays producteurs, etc.). Par exemple, Ben Lakhdar et Weinberger défendent l'idée d'une baisse du prix de la résine suite à l'apparition de nouvelles offres d'herbe de cannabis, que celle-ci soit autoproduite ou fournie par d'autres groupes criminels.

²⁹⁶ Le fait d'avoir au moins une fois au cours de sa vie consommé du cannabis.

²⁹⁷ Chiffre tiré de « European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction » (EMCDDA), rapport annuel 2012 sur l'état du problème de la drogue en Europe.

prévalences observées aux Pays-Bas, pays où pourtant l'usage est toléré. Notons toutefois que les prévalences cannabiques ont récemment légèrement diminué chez les jeunes de 17 ans²⁹⁸.

On appelle coût social l'ensemble des coûts, directs et indirects, générés par un phénomène pour l'ensemble de la collectivité. La technique d'évaluation du coût social repose principalement sur un scénario contrefactuel dans lequel le phénomène en question n'existe pas. Il convient alors d'envisager tout ce qui serait économisé par la collectivité sous ce scénario. Il est ainsi possible de comptabiliser l'ensemble des coûts du phénomène sous quelques hypothèses (plein emploi des facteurs). Il convient aussi d'appréhender la qualité du système d'information existant, celui-ci faisant varier la précision de l'estimation²⁹⁹.

Cet exercice a été réalisé en 2003 pour les drogues licites et illicites en France³⁰⁰. Alors que le coût social du tabac s'élevait à 47,7 milliards d'euros, celui de l'alcool à 37 milliards d'euros, le coût social des drogues illicites était évalué à 2,9 milliards d'euros. Cette dernière estimation ne permet pas de discriminer entre les différentes drogues illicites, mais Ben Lakhdar a affiné cette estimation spécifiquement pour le cannabis³⁰¹. L'estimation du coût social du cannabis s'élève à 919 millions d'euros annuels qui se répartissent en trois principaux points, à savoir le coût des pathologies attribuables au cannabis, les pertes économiques liées aux décès et à l'emprisonnement et enfin les dépenses publiques³⁰².

Le coût des pathologies n'apparaît pas être un poste important du coût social du cannabis. Il ne représente que 8,1 millions d'euros. Cette faiblesse est due au fait que ne sont comptabilisés que les coûts liés aux troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, soit la classification F-12 de la CIM 10³⁰³. L'usage de cannabis est à

²⁹⁸ (S.) Spilka, « Les usages de drogues en population adolescente en 2010 et 2011 », in *Les Cahiers Dynamiques*, 2012, pp. 24-31.

²⁹⁹ (P.) Fenoglio, (P.) Kopp, (V.) Parel, « Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en France, 2000. Actualité et dossier en santé publique », in *la Documentation française*, juin 2006, pp. 69-74.

³⁰⁰ *Ibidem*.

³⁰¹ (C.) Ben Lakhdar, *Le trafic de cannabis en France : Estimation des gains des dealers afin d'apprécier le potentiel de blanchiment*, Paris, Ed. OFDT, 2007, 21 p.

³⁰² *Ibidem*.

³⁰³ Voir la Classification Internationales des Maladies (C.I.M.).

l'origine d'autres effets somatiques³⁰⁴ et d'autres risques pour la santé mentale³⁰⁵. Mais les fractions étiologiques manquent pour imputer des coûts liés au soin de ces pathologies. De plus, seuls les coûts hospitaliers sont ici pris en compte, ce qui signifie que les potentiels coûts de médecine de ville sont inconnus. Le coût des pathologies attribuables au cannabis pourrait ainsi être plus élevé. Mais il n'est pas possible de dire dans quelle mesure. Les pertes de revenus, de production et de prélèvements obligatoires sont dues à la mortalité attribuable au cannabis et à l'emprisonnement qui exclut, *de facto*, l'individu du marché du travail et de l'économie dans son entier.

La mortalité attribuable au cannabis est de 230 morts par an selon Bernard Laumon³⁰⁶ qui a étudié les surrisques d'accident mortel de la route sous emprise d'ivresse cannabique. Ces 230 décédés représentent un coût pour la collectivité³⁰⁷ aussi bien que pour eux, puisqu'ils ne perçoivent plus de salaire et que les entreprises perdent des ressources humaines (traduites en termes de productivité). De la même façon, l'État perd des prélèvements obligatoires qui auraient été versés par ces mêmes individus. Le même raisonnement prévaut pour l'emprisonnement qui exclut temporairement des individus du marché du travail : il en découle des pertes de salaires, de productivité et de prélèvements obligatoires à hauteur de 224,5 millions d'euros.

Finalement, il a été évalué, sous certaines hypothèses et clés de répartition de l'action publique, que les dépenses étatiques consacrées au cannabis s'élevaient à 560 millions d'euros répartis entre les dépenses de répression et de prévention. Lorsque l'on scrute de plus près la composition du coût social du cannabis, on remarque que le premier poste en termes d'importance est le coût lié à la répression en termes de dépenses publiques, soit 56,96 % du total. En effet, l'implémentation de la loi de 1970 occupe les forces de l'ordre (police, gendarmerie et douanes), mais aussi, les services judiciaires et pénitentiaires. Si nous admettons que le gros du travail des policiers et des gendarmes pour ILS concerne principalement les

³⁰⁴ (A.-J.) Sascio, « Cancer, environnement et populations à l'heure de la mondialisation », in *Revue Oncologie*, 2007, vol.9, pp. 380–391.

³⁰⁵ (A.) Cougnard, (M.) Tournier, (H.) Verdoux, « Impact of substance use on the onset and course of early psychosis », in *Schizophrenia Research*, vol.79, 2005, pp. 69-75.

³⁰⁶ (M.-B.) Biecheler, (B.) Gadegbeku, (B.) Laumon, (J.-L.) Martin, « Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study », in *British Medical Journal*, vol.331, n°7529, pp. 1371-1374.

³⁰⁷ Du fait de l'hypothèse de plein-emploi des facteurs de production, soit 126,4 millions d'euros.

interpellations pour usage ou détention de stupéfiants, il ressort que près de 300 millions de ressources publiques leur sont consacrées.

Si au contraire, les procédures interpellatoires et judiciaires concernent aussi les délits plus graves de trafic, aux dépenses publiques liées à la répression, il faut ajouter les pertes de revenus, de productivité et de prélèvements obligatoires attribuables à l'emprisonnement. La somme de ces coûts représente près de 80 % du coût social du cannabis.

Il n'apparaît pas que la loi de 1970 et sa mise en œuvre minimisent le coût social du cannabis. Au contraire même, puisque le dispositif de lutte, autrement dit la mise en œuvre de la loi, coûte plus cher à la collectivité que le phénomène qu'il cherche à combattre. Pour que la loi de 1970 soit considérée comme équitable, il faut que sa mise en œuvre concerne tous les Français de la même manière. Dit autrement, tous les individus en infraction avec la loi de 1970 se doivent d'avoir la même probabilité d'interpellation au risque de ne pas dissuader certaines catégories de la population et de n'en sanctionner que certaines autres. Il faudrait alors étudier la distribution des consommateurs dans la population française et la comparer à la distribution statistique de ceux qui ont ou non un risque d'interpellation ³⁰⁸plus élevé.

Le nombre de consommateurs réguliers (au moins 10 épisodes de consommation dans le mois) de cannabis en France est estimé à 1,2 million selon le Baromètre santé 2010 dont 550 000 qui déclarent une consommation quotidienne de cannabis. Les chiffres du Baromètre santé 2005 établissaient les mêmes grandeurs de ces prévalences³⁰⁹. Les consommateurs réguliers de cannabis durant cette année étaient plutôt jeunes : la tranche d'âge 20-24 ans présentant les prévalences les plus élevées aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En fonction du statut scolaire et professionnel, excepté pour les retraités, on retrouve des consommateurs de cannabis aussi bien chez les étudiants que chez les chômeurs, chez les actifs occupés ou chez les autres inactifs, avec respectivement 11,5 % d'utilisateurs dans le mois, 7,6 %, 3,7 % et 1,3 %. Parmi les actifs occupés, les niveaux d'usage régulier étaient les plus élevés dans les catégories « Arts-Spectacle » (7,2 %), chez les professions libérales (3,5 %), chez les ouvriers (3,2 %), chez les ingénieurs du secteur privé et « artisans-commerçants » (2,8 %).

³⁰⁸ Autrement dit d'assujettissement à la loi de 1970.

³⁰⁹ *Ibidem*.

En 2008 en France, les jeunes de 17 ans dont les parents étaient cadres ou « artisans-commerçants » présentaient des surrisques significatifs de consommation de cannabis par comparaison aux autres statuts socioprofessionnels³¹⁰, toutes choses égales par ailleurs³¹¹. Les consommateurs réguliers de cannabis ne sont pas uniformément distribués dans la population française : les jeunes sont plus souvent consommateurs, les artistes aussi. Cependant, on en retrouve plus ou moins partout (excepté chez les retraités), que cela soit en fonction de l'âge, du statut socioprofessionnel ou de la profession.

À notre connaissance, il n'existe pas de statistiques criminelle et judiciaire concernant la catégorie socioprofessionnelle des contrevenants pour I.L.S³¹². C'est pourtant ce qui aurait pu nous permettre d'évaluer la distribution statistique des interpellés pour ILS en fonction de leur CSP et de la comparer à la distribution d'usagers de cannabis en fonction de leur CSP proposée par Beck en 2007. La similitude des distributions ou leur différence aurait renseigné sur le type de CSP la plus touchée par l'implémentation de la loi de 1970. L'absence de données sur le sujet contraint à illustrer le propos par des enquêtes britanniques d'une part, et à se tourner d'autre part, vers les seuls travaux français conduits sur les contrôles d'identité réalisés par les forces de l'ordre à Paris d'autre part.

En 2010, Alex Stevens³¹³ souligne le fait que les minorités ethniques sont beaucoup plus concernées par le système judiciaire britannique pour infraction à la loi sur les stupéfiants alors même que les niveaux de prévalence (et même de déclarations de cession de stupéfiant) sont nettement plus élevés chez les « Blancs ». En 2005, une enquête réalisée auprès de 5 000 individus âgés de 10 à 25 ans montre que les prévalences de consommation sont plus élevées chez les Blancs que chez les Métis, les Noirs ou les Asiatiques. Cette même enquête questionnait également sur la vente de stupéfiants. Environ 5 % des Blancs interrogés concédaient avoir vendu des substances illicites dans l'année écoulée, contre environ 2,5 % pour les métisses, mais 0 % chez les Noirs. Pourtant, les statistiques criminelle et judiciaire

³¹⁰ Un sur-risque de 2 par comparaison aux enfants d'agriculteurs, de 1,5 par comparaison aux enfants de chômeurs.

³¹¹ (F.) Beck, (S.) Legleye, (S.) Spilka, « Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense », in *Revue Tendances*, n° 66, 6 p.

³¹² Ni même pour tout type d'infraction.

³¹³ (A.) Stevens, (C.) Hughes, « Dépénalisation et santé publique : politiques des drogues et toxicomanies au Portugal », in *Mouvements*, 2016/2, n°86, pp. 22-33.

anglaises en 2007-2008 établissaient que les taux d'entrée dans le processus judiciaire (de l'arrestation à l'emprisonnement) étaient fortement en défaveur des Noirs par rapport aux Blancs. Il en résultait que par rapport aux Blancs, les Noirs avaient 6,1 fois plus de risque d'être arrêtés et 11,4 fois plus de risque d'être emprisonnés pour infraction à la loi sur les stupéfiants. Ils avaient aussi 9,2 fois plus de risque d'être appréhendés et fouillés pour ILS. Ces niveaux de surrisques sont peu ou prou les mêmes que ceux calculés en France concernant les contrôles d'identité. Lévy et Jobart³¹⁴ montrent dans leur étude sur les contrôles d'identité effectués à Paris que les Noirs et les Maghrébins ont plus de risque d'être contrôlés que les Blancs. En fonction du site d'enquêtes parisien (trois endroits de la Gare du Nord et deux à Châtelet), les surrisques de contrôle d'identité vont de 3,3 à 11,5 pour les Noirs et de 1,8 à 14,8 pour les Maghrébins. En d'autres termes, selon les surrisques maximums, par comparaison à un Blanc, un Noir a 11,5 fois plus de risque de subir un contrôle d'identité et un Maghrébin 14,8 fois plus. Dans ces conditions et après entretien avec les personnes contrôlées, Levy et Jobart³¹⁵ soulignent en 2010 que les individus contrôlés le sont en fait de manière récurrente. C'est en quelque sorte la « clientèle policière ». Spécifiquement pour les ILS, le travail des policiers esquisse au final « une population désignée au soupçon, une clientèle de la répression pénale de l'usage de produits illicites, susceptibles de valoriser quantitativement le travail policier »³¹⁶.

Ce faisceau d'évidences empiriques pourrait nous amener à conclure que la mise en œuvre de la loi de 1970 est loin de déboucher sur une distribution statistique uniquement entre CSP, mais peut-être aussi, en fonction de caractéristiques ethniques. Alors que la loi de 1970 s'applique à tous les Français, seules certaines catégories d'individus seraient concernées par sa mise en œuvre. Son application pourrait se révéler être inéquitable, injuste, et en quelque sorte régressive.

La politique publique mise en place par la loi de 1970 n'atteint pas ses objectifs. Elle coûte cher à la collectivité et son application est potentiellement source d'injustice sociale. Ce bilan conduit à s'interroger sur l'intérêt des régimes non prohibitionnistes que sont la dépénalisation et la légalisation de l'usage et du commerce de cannabis. Les régimes de gestion des drogues et des toxicomanies sont multiples et variés. Ils peuvent aller de la libéralisation du

³¹⁴ (F.) Jobard, (R.) Lévy, « Les contrôles au faciès à Paris », in *Plein droit*, 2009, pp. 11-14.

³¹⁵ *Ibidem*.

³¹⁶ *Ibidem*.

marché à un régime de prohibition absolue en passant par l'instauration d'un marché réglementé avec par exemple un monopole d'État³¹⁷. Nous envisagerons ici deux régimes spécifiques : celui de la décriminalisation de l'usage (à l'instar de la politique portugaise) et celui de la légalisation.

Ces régimes, en réduisant ou en supprimant les sanctions liées à l'usage, ont pour effet de réduire le coût social ainsi que le coût supporté par les consommateurs. Néanmoins, si le coût pénal diminue, le prix payé pour consommer peut augmenter ou diminuer, en compensant ou en accentuant la baisse du coût pénal. Dès lors, l'évolution des niveaux de prévalence est incertaine, rendant du même coup incertains les bénéfices que l'on peut attendre de ces régimes relativement au régime actuel.

En ce qui concerne la décriminalisation de l'usage de cannabis, Ivana Obradovic³¹⁸ met en exergue en 2012 que les régimes de décriminalisation de l'usage de cannabis sont différemment entendus en Europe. Néanmoins, le fait de dépénaliser revient à « supprimer l'interdit pénal » ou encore à extraire le comportement d'usage du champ pénal. Dès cet instant, il peut être appliqué à l'usager des sanctions administratives ou des injonctions thérapeutiques.

À l'instar de pays expérimentant des formes de décriminalisation (États-Unis, Allemagne, Pays-Bas, Australie, République tchèque), le Portugal a décriminalisé en 2001 l'usage et la détention de drogues illicites, pourvu que celles-ci soient considérées pour usage personnel. L'originalité de la politique portugaise de décriminalisation est, outre le fait qu'elle sanctionne administrativement plutôt que pénalement la détention de stupéfiants, qu'elle oriente l'usager convaincu de dépendance ou de problèmes sanitaires vers le système de soin³¹⁹. En 2010, Hughes et Stevens³²⁰ ont réalisé une évaluation de l'initiative portugaise au regard des indicateurs classiques de prévalence, de morbi-mortalité et de criminalité. Non seulement les prévalences d'usage de drogues n'ont pas significativement augmenté depuis 2001³²¹, mais

³¹⁷ (S.) Massin, *La dépénalisation du cannabis*, Paris, Ed. L'Harmattan, 2006, 166 p.

³¹⁸ (I.) Obradovic, « La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives Enjeux et controverses », in *Déviante et Société*, 2012, vol.36, pp. 441-469.

³¹⁹ Les usagers présentant des problèmes sanitaires sont généralement des consommateurs d'héroïne ou de cocaïne.

³²⁰ (C.) Hughes, (A.) Stevens, (E.) Caitlin, « What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs ? », *British Journal of Criminology*, 2010, vol.50, pp. 999-1022.

³²¹ La décriminalisation diminue le coût supporté par les consommateurs puisqu'ils n'encourent plus de sanctions pénales. Dès lors, on aurait pu s'attendre à une augmentation des prévalences. En effet, à satisfaction de

surtout l'usage problématique aurait diminué, tout comme la mortalité par surdose. Également, un point commun entre l'évaluation portugaise et d'autres évaluations de système de décriminalisation³²² est que le système pénal s'en trouve désencombré. Le coût social des drogues illicites s'en trouve diminué.

Pour évaluer ce qu'un tel régime de gestion de l'usage de cannabis pourrait représenter en France, il convient de se référer au coût social de cette substance. Si nous admettons que 9 individus sur 10 confrontés à la politique répressive pour ILS sont de simples usagers, ce sont 90 % des dépenses publiques attribuables à la répression qu'il faudrait amputer au coût social en cas de décriminalisation de l'usage. Le coût de la répression étant évalué à 523,5 millions d'euros, une décriminalisation de l'usage minimiserait le coût social du cannabis de 471 millions d'euros d'activités répressives et judiciaires (soit la moitié du coût social). La mise en place d'un tel régime, après révision de la loi de 1970, serait économiquement justifiée.

En matière de légalisation, des incertitudes demeurent. En 2013, il n'existe aucun exemple de légalisation du cannabis dans le monde³²³, et ceci constitue bien évidemment la première difficulté d'évaluation *ex ante* de ce que ce mode de gestion des drogues pourrait impliquer. D'une libéralisation du marché au contrôle étatique de la distribution de cannabis par un monopole d'État, différentes configurations pourraient exister. La panoplie d'une légalisation du cannabis est infinie. Il est impossible d'anticiper les conséquences de toutes les possibilités proposées par un régime légal des substances psychoactives.

Spécifiquement au cannabis, la seconde difficulté tient en la méconnaissance du comportement du consommateur. En effet, une des variables cruciales autorisant une évaluation de l'impact d'une légalisation est la sensibilité de la demande au prix. En fonction de l'augmentation ou de la diminution du prix du cannabis (sous n'importe quel régime de légalisation) et de la sensibilité des consommateurs à ces variations de prix, les conséquences du changement de régime pourraient être différentes. Si le prix diminue et que non seulement

consommation inchangée, le coût lié à la consommation a baissé, incitant potentiellement des non-consommateurs à le devenir.

³²² (R.-J.) MacCoun, (P.) Reuter, *RAND studies in policy analysis. Drug war heresies: Learning from other vices, times, and places*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001, 479 p.

³²³ Deux États américains viennent de voter un cadre de légalisation du cannabis : il s'agit des États du Colorado et de Washington.

les consommateurs actuels, mais aussi les individus n'ayant jamais consommé sont sensibles à la baisse du prix, on peut s'attendre à une forte augmentation des prévalences et donc des conséquences sanitaires attribuables³²⁴. Au contraire, si les individus ne sont pas sensibles aux variations de prix, la situation actuelle perdurerait.

Si le prix augmente (ce qui risque d'arriver en cas d'une légalisation par monopole d'État)³²⁵, encore une fois, les conséquences dépendent de la sensibilité au prix de la demande. Dans le cas d'une sensibilité de la demande, les prévalences peuvent bien évidemment diminuer. Mais il serait aussi probable que des stratégies de contournement voient le jour, avec en particulier, soit un accès au cannabis par autoculture³²⁶, soit un retour des consommateurs sur le marché noir, qui rationnellement fournirait du cannabis à un prix moindre. On assiste actuellement à ce phénomène suite aux augmentations du prix du tabac ces dernières années. Par conséquent, il faudrait réintégrer le coût des actions répressives dans le calcul du coût social du cannabis³²⁷. Dans le cas d'une insensibilité de la demande, les consommateurs ne réagiraient pas aux augmentations de prix.

« L'élasticité-prix » de la demande de cannabis a fait l'objet de quelques investigations contradictoires. Aux États-Unis, pour des périodes et des populations différentes (respectivement des jeunes adultes de 12-39 ans, des étudiants californiens et des usagers quotidiens), les estimations se sont révélées être soit non significatives³²⁸, soit faiblement

³²⁴ Dans l'élasticité-prix de la demande, il faut distinguer deux composantes : d'une part, l'élasticité de participation qui concerne des individus déjà consommateurs qui peuvent diminuer ou augmenter les quantités consommées en fonction des variations de prix et, d'autre part, l'élasticité de demande conditionnelle qui elle concerne les individus non-consommateurs, mais qui, suite à une baisse de prix, pourraient le devenir.

³²⁵ Sans pression concurrentielle, la théorie économique nous dit que le monopole restreint les quantités mises sur le marché et augmente de ce fait le prix du produit considéré. De plus, un monopole d'État appliquerait certainement un niveau de taxes élevé sur ce type de produit.

³²⁶ (C.) Ben Lakhdar, (D.) Weinberger, « Du marché du cannabis au marché du THC en France. Implications pour le système d'offre et les politiques de lutte contre les trafics illicites de stupéfiants », in *Revue française de socio-Economie*, 2011, pp. 123-145.

³²⁷ Qui pourrait réaugmenter de ce fait même en cas de légalisation.

³²⁸ (M.-C.) Farrelly, (J.) de Simone, « Price and Enforcement Effects on Cocaine and Marijuana Demand », in *Western Economic Association International*, vol.41, 2003, pp. 98-115.

élastiques³²⁹, soit fortement élastiques³³⁰. En Australie (C.) Williams trouve, en 2004, une élasticité très faible de la demande de cannabis en population générale. Le seul travail français portant sur cette question est celui de Ben Lakhdar en 2012. Celui-ci conclut à une forte élasticité de participation. Les estimations ont toutefois été effectuées sur des consommateurs quotidiens de cannabis. En conséquence, une hausse du prix du cannabis consécutive à un régime de légalisation inciterait ces consommateurs à moins consommer. Cependant, on ne sait rien de l'élasticité de la demande conditionnelle qui, elle seule, pourrait nous informer du comportement des non-consommateurs. Autrement dit, à l'heure actuelle, les connaissances manquent pour prévoir une diminution ou non des prévalences suite à une hausse du prix du cannabis qui résulterait d'un changement de régime légal.

En conclusion, la loi de 1970 interdisant la détention, l'usage et le trafic de stupéfiants n'atteint pas ses objectifs ; ceci est d'autant plus vrai pour le cannabis, substance illicite la plus consommée en France avec 1,2 million de Français consommateurs dans le mois. L'intensification de la mise en œuvre de cette loi, à travers l'activité policière, n'a eu que peu d'effets sur le nombre de consommateurs ou sur le prix de la substance, alors même que la répression doit agir comme une taxe sur le marché. Cette mise en œuvre de la loi a un coût. Il ressort de l'analyse du coût social du cannabis que celui de mise en œuvre de la loi est plus élevé que le phénomène qu'elle cherche à combattre. En plus d'être inefficace à atteindre les objectifs fixés, la loi de 1970 est inefficace : certaines ressources publiques apparaissent ainsi gaspillées. De plus, l'activité policière, bras armé de la mise en place de la loi de 1970, pourrait être à l'origine d'iniquité puisqu'elle ne s'applique qu'à une certaine catégorie de la population française, celle qui constitue la « clientèle policière ».

Au regard de cette évaluation, il serait économiquement justifié de modifier la politique de gestion du cannabis. Alors qu'un régime de décriminalisation de l'usage présenterait l'intérêt de pouvoir économiser ou de réallouer des ressources publiques actuellement utilisées à mauvais escient, trop d'incertitudes perdurent pour pouvoir évaluer *ex ante* ce que serait un régime de légalisation. En particulier, le comportement des consommateurs de cannabis vis-à-

³²⁹ (C.) Nisbet, (T.) Firouz, (V.) Firouz, « Some Estimates of Price and Expenditure Elasticities of Demand for Marijuana Among U.C.L.A. Students », in *The Review of Economics and Statistics*, vol. 54, 1972, pp. 473-475.

³³⁰ (W.) Rhodes, *Illicit drugs : Price elasticity of demand and supply*, Cambridge, Ed. Abt Associates, 2002, 118 p.

vis des variations de prix du cannabis est à ce jour encore trop peu documenté. Ceci constitue évidemment un agenda de recherche passionnant.

Section V. Le bilan médical

Pierre Mazeau, rapporteur de la loi du 31 décembre 1970 à l'assemblée, s'exprime ainsi sur la criminalisation de l'usage de stupéfiants :

On peut légitimement questionner la justification d'une telle mesure. Selon l'exposé des motifs du texte gouvernemental, celle-ci est expliquée de la manière suivante : « À une époque où le droit à la santé et aux soins est de plus en plus reconnu à l'individu, notamment par la généralisation de la sécurité sociale et de l'aide sociale, il semble légitime que la société puisse fixer certaines limites à l'utilisation que chacun peut faire de son propre corps, particulièrement lorsqu'il s'agit d'interdire l'usage de substances dont les spécialistes soulignent unanimement l'extrême nocivité »³³¹.

Afin d'éclairer ce bilan, nous présenterons tout d'abord l'avis d'une praticienne (I), puis nous verrons le rôle joué par l'épidémie de Sida (II) dans la mise en place d'un référentiel de réduction des risques (III). Enfin, nous verrons la faiblesse de l'information, de l'éducation et de la prévention (IV) en matière d'usage de drogues.

I. L'avis d'une praticienne

Dans le cadre de ce bilan, il nous a paru utile d'obtenir l'analyse d'un médecin travaillant dans le domaine objet de notre étude³³². La docteure Sylvie Geismar-Wieviorka dans *Soigner les drogués du sevrage aux salles de shoot* évoque Claude Olievenstein en ces termes :

« Ce dernier était à la fois médecin des drogués, inspirateur des politiques en matière de lutte contre la toxicomanie ou, le cas échéant, leader de leur contestation, fondateur d'une conception psychopathologique et anthropologique de la toxicomanie, figure recherchée des médias. Par ailleurs, il arguait d'une certaine proximité avec les « toxicos », conceptualisée dans ses

³³¹ (P.) Mazeau, *Rapport à l'assemblée nationale au nom de la commission des lois, du projet de la loi relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses*.

³³² (S.) Geismar-Wieviorka, *Soigner les drogués. Du sevrage aux salles de shoot*, Paris, Ed. Odile Jacob, 2016, 240 p.

différents ouvrages. Le tutoiement était de rigueur, le recrutement de patients plus ou moins abstinents comme « thérapeutes » courant »³³³.

Elle indique plus loin :

« Pour moi, le médecin que je suis a pour mission de soigner les toxicomanes, ce qui, à l'orée des années 1990 revient à aider ceux qui le demandent à cesser de se droguer. Je considère alors que ceux qui veulent continuer à consommer des drogues sont libres de le faire, mais que cela ne me concerne pas »³³⁴.

De son côté, Anne Coppel critique cette position en termes relativement simples : « Dans les institutions, la « liberté de choix » est posée en termes relativement simples : le toxicomane peut choisir de consommer des drogues, auquel cas il ne fait pas appel au traitement ou bien il peut choisir d'être libre de toute dépendance et concrètement de se désintoxiquer (...). Au fil des années, la « liberté de choix » est devenue synonyme d'abstinence (...) La toxicomanie, révolte des jeunes ou crise de société, est devenue dépendance ». Anne Coppel préconise une prise en compte de l'ensemble des besoins des toxicomanes, y compris les besoins en opiacés auxquels les traitements de substitution peuvent répondre, approche que contestent selon elle les « intervenants en toxicomanie » qui raisonnent en termes de désir et pour qui répondre aux besoins implique une normalisation, à leurs yeux, inacceptable.

L'auteur choisit une « position intermédiaire » lorsqu'elle indique : « J'ai eu, dès le début la possibilité de prescrire de la méthadone à de rares patients (...) Paradoxalement, à partir du moment où le patient dépendant reçoit une dose suffisante de méthadone, on peut aborder d'autres sujets que la drogue ou son manque de drogue, prévoir des soins somatiques et réfléchir à l'insertion sociale. À mes yeux la méthadone est donc un moyen, la finalité restant le soin ».

Il s'agit d'un changement radical d'approche rendu indispensable par l'urgence sanitaire et la précarisation sociale induite par la prohibition. Le thérapeute doit écouter la demande du patient, mais intervenir afin de l'accompagner dans un protocole thérapeutique.

S'agissant de toxicomanes, le soin est synonyme d'efforts vers l'abstinence, à ceci près qu'elle ne s'est jamais interdit d'aider ceux qui continuaient à consommer des drogues à le faire d'une façon moins douloureuse et dangereuse pour eux et leur entourage ».

³³³ *Ibidem.*

³³⁴ *Ibidem.*

Selon elle, si en 1970 les parlementaires pouvaient parler de la drogue, confondre allègrement les usages ou les produits, ne pas distinguer les divers consommateurs et espérer que la prohibition réglerait le problème, il n'en va plus de même aujourd'hui. Le phénomène a changé de nature en passant d'un petit nombre de consommateurs cantonné à des groupes très spécifiques d'usagers à un large public. La connaissance du phénomène s'est considérablement accrue, et avec elle la prise de conscience de sa complexité comme de l'inanité d'un traitement global. L'idée qu'un monde sans drogue n'existe pas a fait son chemin, obligeant les politiques publiques à composer entre adaptation et crispation.

Ce processus d'adaptation a, semble-t-il, trouvé ses limites lors du rejet par le Conseil d'État du projet de décret autorisant un projet expérimental de salle d'injection pour toxicomanes (la fameuse « salle de shoot ») censée ouvrir fin novembre 2013 à Paris et qui s'est trouvé bloqué, au nom de la pénalisation de l'usage des stupéfiants inscrite dans la loi.

Il est intéressant d'avoir ce point de vue médical sur la législation pénale française en matière d'usage de stupéfiants. En effet, c'est le corps médical qui sera à l'origine des premières évolutions comme nous allons l'exposer.

II. Le rôle joué par l'épidémie de VIH/SIDA dans les années 90 : la mise en place des prémices de la politique de réduction des risques et des dommages³³⁵

Depuis les années 90, l'émergence du VIH/SIDA parmi les consommateurs de drogues injectables, en particulier l'héroïne, a conduit à une transformation des stratégies publiques de prévention et de lutte contre la toxicomanie. En France, vers la fin des années 80, on estimait que plus d'un tiers des usagers de drogues injectables étaient infectés par le VIH. La proportion des cas de SIDA attribuables à l'usage de drogues injectables et à la transmission sexuelle parmi ces usagers a augmenté continuellement depuis le début de l'épidémie, représentant à un moment donné, plus d'un quart des cas recensés³³⁶.

Face à cette situation, l'accent est progressivement mis sur la santé des consommateurs plutôt que sur les préoccupations sociétales plus larges. Dans cette optique, l'implémentation de

³³⁵ AvisCNCDDH du 8 novembre 2016, *Usage de drogues et droits de l'Homme*.

³³⁶ Conseil national du SIDA, *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique*, 21 juin 2001, p.3.

programmes visant à réduire les risques par la facilitation de l'accès à des équipements d'injection stériles et à usage unique³³⁷, ainsi que par la promotion de la réduction de l'usage d'injections grâce à l'introduction de traitements substitutifs aux opiacés (comme la méthadone et la buprénorphine à haute dose ou Subutex)³³⁸, a commencé à prendre forme. Le décret du 13 mai 1987 marque un tournant avec l'introduction des premières politiques officielles de réduction des risques infectieux, autorisant la vente sans restriction de seringues en pharmacie. En 1995, une nouvelle législation autorise la distribution gratuite d'aiguilles, de seringues et de « kits de prévention » (stéribox) au sein des programmes d'échange de seringues.

Cependant, cette évolution vers un nouveau paradigme rencontre des oppositions significatives. Il aura fallu attendre le plan de lutte triennal contre les drogues de 1999³³⁹ pour voir une adoption plus large de cette approche, avec notamment, l'expansion des structures d'accueil à « seuil bas »³⁴⁰, affirmant la prédominance des soins et de la réduction des risques dans la politique antidrogue. L'adoption du nouveau Code de la santé publique en juin 2000 ancre définitivement cette orientation, remplaçant la lutte contre les « fléaux sociaux » par une approche axée sur la prévention des maladies et la gestion des dépendances. Dorénavant, l'usager se trouve au cœur de ces initiatives, avec une perception de la consommation de drogues

³³⁷ Décret du 13 mai 1987 sur la vente libre de seringues en officine ; circulaire du 15 septembre 1994 généralisant la vente en pharmacie du Stéribox ; décret du 7 mars 1995 donnant les bases juridiques appropriées aux programmes d'échange de seringues (P.E.S.) et de mise à disposition des seringues à titre gratuit par les associations ; circulaire du 12 avril 1995 sur les programmes de collaboration avec les communes en matière d'automates ; circulaire DIV/MILDT du 9 janvier 2001 sur la réduction des risques dans la politique de la Ville ; décret n° 96-494 du 7 juin 1996 instituant une aide de l'État à la mise sur le marché de certains types de matériels destinés à la prévention de la contamination par les virus du SIDA et des hépatites.

³³⁸ Circulaire du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes, circulaire du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés, circulaire du 30 janvier 2002 étendant la possibilité d'initialiser un traitement à la méthadone à tout médecin exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.

³³⁹ Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002).

³⁴⁰ En fonction de la facilité d'accès à une structure et du niveau d'exigence auquel les consommateurs-trices doivent répondre afin de bénéficier des prestations offertes, on classe généralement les programmes de prise en charge des usagers de drogues selon trois seuils :

- le « seuil haut » concerne des programmes basés sur l'exigence de l'abstinence et comprend les lieux de sevrage, de post-cure et de réintégration ;
- le « seuil moyen » concerne des programmes basés sur une prise en charge médico-psycho-sociale structurée, avec des objectifs thérapeutiques précis, acceptant la dépendance d'un produit qui peut être fourni sur prescription médicale ;
- le « seuil bas » concerne des programmes basés sur une aide médicale et sociale de base, sans visée d'abstinence, sans dossier et prise en charge individuelle.

comme un phénomène social à encadrer de manière à prévenir les risques, tout en évitant toute forme de stigmatisation ou d'incitation, pour assurer la protection des consommateurs.

III. Des premières dispositions à l'institutionnalisation d'un référentiel de réduction des risques et des dommages

L'adoption graduelle et stratégique de mesures législatives cruciales a évolué sans la mise en place d'une structure formelle pour la politique de réduction des risques. Cette dynamique a été profondément transformée par l'entrée en vigueur de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, portant sur la politique de santé publique. Cette loi a apporté un changement majeur en offrant un cadre législatif robuste et bien défini pour guider les actions des professionnels et des intervenants dans le secteur de la santé, et particulièrement dans le domaine de la toxicomanie. Grâce à cette avancée législative, les efforts de réduction des risques, activement poursuivis depuis la fin des années 80, ont pu s'affranchir de leur nature expérimentale pour s'inscrire dans une démarche officielle et durable. En effet, l'article L. 3121-3 du Code de la santé publique clarifie désormais que l'élaboration et la définition de la politique de réduction des risques à l'égard des usagers de drogue constituent une prérogative étatique. Ce cadre législatif initial jette les bases d'une intégration systématique de la réduction des risques³⁴¹ au cœur de la stratégie sanitaire contre la toxicomanie, en balisant le chemin entre les efforts de prévention primaire et les soins dédiés aux usagers³⁴².

Il établit également un environnement sécurisé pour les professionnels engagés dans ces missions, en spécifiant clairement les buts visés et en détaillant les approches d'intervention au sein d'un référentiel national. Ce référentiel a pour but de standardiser et d'améliorer la qualité des interventions. De plus, il a permis une restructuration significative du dispositif d'accueil des usagers, notamment à travers la création et le déploiement de nouveaux centres médico-sociaux spécialisés, connus sous le nom de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Ces centres, initiés en 2006 par des directives ministérielles, incarnent un renouveau dans l'approche de prise en charge des usagers de

³⁴¹ Article D. 3121-33 du Code de la santé publique.

³⁴² Ministère de la santé, direction générale de la santé (D.G.S.), circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n°2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie.

drogues, en offrant un espace dédié et adapté à leurs besoins spécifiques. Ce renouveau structurel représente une avancée notable dans le *continuum* de soins et de soutien proposé aux personnes confrontées aux défis de la toxicomanie, marquant ainsi un tournant décisif dans la politique de santé publique française relative à la gestion de la consommation de substances illicites.

Dans le contexte de la politique française traditionnellement axée sur une approche répressive envers la consommation de drogues, la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, visant à la modernisation de notre système de santé, représente un tournant significatif. Cette législation novatrice vise à légitimer et à sécuriser les initiatives de santé publique destinées spécifiquement aux usagers de substances psychoactives. En vertu de l'article L. 3411-8 du Code de la santé publique, cette nouvelle orientation stratégique souligne l'engagement de l'État à réduire les risques et dommages associés à l'usage de drogues, avec pour objectifs primordiaux la prévention des impacts négatifs sur la santé physique et mentale, la limitation de la transmission d'infections pathogènes, ainsi que la réduction significative des cas de décès résultant d'overdoses. Cette législation apporte une réforme profonde, en renforçant la protection juridique des professionnels impliqués dans les efforts de réduction des risques et des dommages. Grâce à l'article 122-4 du Code pénal³⁴³, ceux-ci jouissent désormais d'une immunité pénale, garantissant que leur responsabilité ne peut être engagée pour des actes réalisés dans l'exercice de leurs fonctions officielles.

Yann Bisiou³⁴⁴, dans ses observations, souligne une anomalie dans l'ancien système où les forces de l'ordre, y compris la police et la gendarmerie, ainsi que les agents des douanes, bénéficiaient d'une exemption de poursuites pénales, même lorsqu'ils étaient impliqués dans des opérations de narcotrafic visant à démanteler les réseaux de distribution. Cette protection contrastait fortement avec la vulnérabilité juridique des professionnels de santé et des travailleurs sociaux, qui, dans leur mission d'accompagnement des usagers de drogues, ne

³⁴³ L'article 122-4 du Code pénal dispose que : « N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires. N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte commandé par l'autorité légitime, sauf si cet acte est manifestement illégal ».

³⁴⁴ Juriste et enseignant-chercheur spécialisé dans « le sup et les stups », Yann Bisiou a vécu plusieurs vies. De Jeune expert associé du programme pour les Nations Unies au Laos à vice-président de l'Université Paul Valéry Montpellier 3, avant de revenir au cœur de son métier : la recherche et l'enseignement en tant que maître de conférences. Son domaine de prédilection : les stupéfiants et la réduction des risques sur lesquels il a écrit de nombreux ouvrages.

bénéficiaient pas du même niveau de protection légale, mettant en lumière un déséquilibre dans la reconnaissance et la valorisation de leurs contributions essentielles au bien-être public³⁴⁵.

Les organisations non gouvernementales, parmi lesquelles « Médecins du Monde »³⁴⁶ se distingue, jouent un rôle crucial dans la mise en œuvre et le succès des politiques de réduction des risques. Ces acteurs, par leur engagement et leurs interventions, tentent de pallier les lacunes des systèmes de santé conventionnels en offrant des services et un soutien adapté aux besoins spécifiques des usagers de drogues. Cependant, malgré leur dévouement, ils se heurtent régulièrement aux limitations imposées par une politique de prohibition rigide et un cadre réglementaire répressif, qui entravent l'expansion et l'amélioration des programmes de réduction des risques et des dommages. Cette situation est exacerbée par une perception sécuritaire prédominante, considérant les usagers de drogues principalement comme des sources potentielles de troubles publics, plutôt que comme des individus nécessitant une approche de soin et d'accompagnement adaptée à leur situation. Cette vision réductrice, focalisée sur les risques supposés ou avérés que ces personnes pourraient représenter pour la société, contribue à perpétuer une stratégie principalement répressive, qui néglige les aspects de prévention, de soin et de réinsertion sociale essentiels à une politique de santé publique équilibrée et efficace dans le domaine de la toxicomanie.

IV. L'information, l'éducation et la prévention

Il est essentiel de souligner d'emblée que, dans le domaine des politiques publiques liées à l'information sur les substances addictives, qu'elles soient illicites ou légales, une grande partie des initiatives prises par les autorités publiques repose sur une approche volontariste, voire militante. Cette situation est d'autant plus remarquable que la tendance générale à la consommation de substances addictives est en augmentation et suscite une inquiétude croissante³⁴⁷. La mise en place d'une base commune définissant clairement les actions actuelles

³⁴⁵ (Y.) Bisiou, « En quoi le cadre légal et réglementaire actuel est ou n'est pas un obstacle à la RdRD ? Quelles en seraient les évolutions souhaitables pour favoriser la RdRD ? », intervention lors de l'audition publique organisée par la Fédération Française des Addictions (FFA), *Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives*, 7 et 8 avril 2016.

³⁴⁶ (P.) Aeberhard, (P.-O.) Chaumet, (B.) Lebeau-Lebovic, *La réduction des risques chez les usagers de drogues : le rôle des ONG*, Bordeaux, Ed. LEH, 2019, 111 p.

³⁴⁷ Alcoolisation précoce, fréquemment en public, ainsi que début de consommation de cannabis dès l'âge de 17 ans en moyenne en France, le plus jeune en Europe. Estimation de 4,5 millions de consommateurs.

et futures à entreprendre à l'égard de la population apparaît comme une démarche particulièrement appropriée et urgente³⁴⁸. Cette démarche devrait s'orienter principalement selon deux axes majeurs :

- D'une part, il y a une nécessité pressante d'intensifier et de diversifier les efforts de prévention au sein du milieu éducatif. Il s'agit de développer des programmes éducatifs complets et adaptés à chaque tranche d'âge, visant à informer les élèves des risques liés à la consommation de substances addictives. Ces programmes devraient, non seulement aborder les aspects sanitaires et légaux, mais également encourager le développement de compétences sociales et émotionnelles permettant aux jeunes de résister aux pressions et de faire des choix éclairés concernant leur santé. En mettant l'accent sur une éducation préventive dès le plus jeune âge, l'objectif est de réduire significativement l'attrait que peuvent exercer ces substances et d'instaurer une culture de la prévention ancrée dans le savoir et la responsabilité individuelle.

Ce renforcement de l'information et de la prévention dans les établissements scolaires constitue un pilier fondamental dans la lutte contre l'escalade de la consommation de drogues et d'autres substances addictives. En établissant un dialogue ouvert et constructif sur ces enjeux, en dotant les jeunes des outils nécessaires pour comprendre et faire face aux risques associés, on jette les bases d'une société plus résiliente face aux défis de l'addiction.

L'article L. 312-18 du Code de l'éducation, issu de la loi du 9 août 2004³⁴⁹, introduit l'obligation d'une séance d'information annuelle dans les collèges et lycées, ciblant spécifiquement les effets néfastes de la consommation de drogues, en particulier les impacts neuropsychiques et comportementaux du cannabis, pour chaque tranche d'âge. La circulaire n° 2014-068 du 20 mai 2014³⁵⁰ vient compléter cette mesure en soulignant l'importance d'une démarche éducative globale impliquant tous les membres de la communauté éducative. Elle préconise l'élaboration d'un programme de prévention contre les addictions par le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), intégré au projet global de l'établissement et

³⁴⁸ (M.-A.) Le Dain et (L.) Marcangelli, *rapport d'information sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information n°2385 du 20 novembre 2014 sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites*, p. 32.

³⁴⁹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

³⁵⁰ Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO) Circulaire n° 2014-068 du 20 mai 2014, « Préparation de la rentrée scolaire 2014 ».

soumis à l'approbation du conseil d'administration. Ce programme doit être conçu en tenant compte des attentes et besoins des élèves, identifiés à travers un diagnostic éducatif réalisé en interne et avec les partenaires externes. Il est également prévu une communication régulière aux parents sur les initiatives de prévention programmées au cours de l'année.

Dans le cadre du contenu pédagogique, le socle commun de connaissances, de compétences et de culture, révisé en 2015, inclut une prise de conscience chez l'élève que la santé est tributaire d'une série de fonctions biologiques interconnectées, qui peuvent être altérées par divers facteurs environnementaux (physiques, chimiques, biologiques, et sociaux). Il souligne que certains risques pour la santé découlent directement de comportements sociaux et de choix individuels, mettant en avant l'importance d'une alimentation équilibrée et de l'exercice physique pour le bien-être et la santé³⁵¹.

En outre, en 2014, la directrice générale de l'enseignement scolaire a informé le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale sur les efforts en matière de lutte contre l'usage de substances illicites, mentionnant la mise à disposition d'un éventail d'outils pédagogiques destinés aux écoles pour soutenir ces initiatives éducatives.

Dans le contexte actuel, où les défis liés à la consommation de substances psychoactives parmi les jeunes nécessitent une attention accrue, des initiatives ciblées ont été entreprises pour équiper le personnel de santé scolaire des compétences nécessaires pour identifier et soutenir les élèves engagés dans la consommation de ces produits. Entre 2011 et 2013, plusieurs académies ont lancé des programmes de formation destinés à améliorer les capacités de repérage et d'accompagnement des élèves consommateurs de substances psychoactives³⁵². Ces formations visent à outiller les professionnels de santé scolaire avec les connaissances et les compétences requises pour intervenir efficacement et offrir un soutien adapté aux besoins des élèves.

Cependant, malgré ces initiatives louables, l'impact global de ces efforts semble rester limité. Les données recueillies par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies

³⁵¹ décret n° 2015-372 du 31 mars 2015, *Domaine 4 du socle commun de compétences, de connaissances et de culture*.

³⁵² (M.-A.) Le Dain et (L.) Marcangelli, *op.cit*, p.24.

(OFDT) en 2013 révèlent une réalité préoccupante : selon les résultats de l'enquête ESPAD³⁵³ menée en mars 2011, seulement 20 % des classes, allant de la 3^{ème} à la terminale en métropole, rapportent qu'une majorité d'élèves (au moins 7 sur 10) ont bénéficié d'une information concernant l'alcool, le tabac ou d'autres drogues au cours des six mois précédents. Ce pourcentage s'élève à 32 % lorsque l'on considère les classes où au moins la moitié des élèves se souviennent d'avoir participé à ce type de sessions informatives. Ces chiffres mettent en évidence une couverture insuffisante des adolescents, particulièrement dans la tranche d'âge ciblée par les efforts de prévention contre l'usage de drogues, à travers les interventions réalisées en milieu scolaire³⁵⁴.

Cette situation souligne la nécessité d'intensifier et d'élargir les programmes de formation pour les personnels de santé scolaire, afin d'assurer une prise en charge plus systématique et efficace des problématiques liées à la consommation de substances psychoactives parmi les élèves. Il est impératif de renforcer les stratégies de prévention et d'éducation sur les risques associés à la consommation de drogues, en veillant à ce que chaque élève, indépendamment de son niveau scolaire, puisse bénéficier d'une information complète et régulière. Par ailleurs, l'implication des parents et de l'ensemble de la communauté éducative s'avère cruciale pour soutenir ces efforts et garantir une approche globale et cohérente en matière de prévention des conduites addictives chez les jeunes.

Depuis le début des années 90, une initiative notable a vu le jour avec le lancement de programmes de prévention dans les écoles, pilotés par les forces de police et de gendarmerie. Ces derniers bénéficient d'une formation spécifique dispensée à l'Institut National de Formation de la Police nationale (INFPN) situé à Clermont-Ferrand, visant à uniformiser leurs approches et méthodes d'intervention auprès des jeunes. Cependant, malgré ces efforts significatifs pour harmoniser les pratiques de prévention, il apparaît que le dispositif global souffre de certaines lacunes, notamment l'absence de cadres d'analyse et d'évaluation partagés, d'un mécanisme

³⁵³ L'enquête « European School Project on Alcohol and other Drugs » (ESPAD), menée dans 36 pays en Europe, a été initiée en 1995 par le Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN) avec le soutien du Conseil de l'Europe (Groupe Pompidou). Elle permet de comparer les usages de substances psychoactives des adolescents de 15-16 ans scolarisés.

³⁵⁴ OFDT, *Drogues et addictions : données essentielles*, Paris, Ed. OFDT, 2013, 397 p.

garantissant la régularité et le suivi des initiatives ainsi que leur impact, et, de manière plus fondamentale, une certaine irrégularité dans la mise en œuvre des actions³⁵⁵.

- D'autre part, en dehors du cadre scolaire, la prévention des addictions implique également un éventail d'acteurs diversifiés, parmi lesquels les Agences Régionales de Santé (ARS) jouent un rôle prépondérant. Ces agences établissent les directives régionales pour la prévention dans l'ensemble des domaines de la santé publique, y compris la lutte contre les addictions. Elles orchestrent les projets régionaux de santé et attribuent des financements à des programmes spécifiques de prévention de la consommation de drogues. Toutefois, on observe souvent un manque de coordination entre ces financements et ceux attribués par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA), malgré leurs objectifs similaires. Cette disparité souligne le besoin d'une meilleure synchronisation et d'une approche plus intégrée pour maximiser l'efficacité des ressources allouées à la prévention des comportements addictifs chez les jeunes, tant au sein des établissements scolaires qu'au niveau régional. Une telle coordination renforcée permettrait non seulement d'optimiser l'utilisation des fonds publics, mais aussi de garantir une couverture plus systématique et cohérente des initiatives de prévention, assurant ainsi une protection accrue des jeunes contre les risques liés à la consommation de substances psychoactives.

L'Agence nationale de santé publique, connue sous le nom de « Santé publique France »³⁵⁶, joue un rôle crucial dans la sphère de la prévention et du soutien vers des soins appropriés. Ses initiatives médiatiques ciblent principalement les parents, servant de catalyseur pour la formation de l'opinion publique. Lorsque l'attention est dirigée vers les jeunes, les campagnes s'orientent préférentiellement vers internet, reconnaissant l'importance de ce *médium* dans la communication avec cette tranche d'âge. Néanmoins, la portion de son budget alloué à la prévention, oscillant entre 3,6 et 7 millions d'euros de 2009 à 2013, semble modeste comparée aux dépenses requises pour une campagne nationale de prévention. Une telle campagne, avec un budget de 3 à 4 millions d'euros, peut s'avérer significativement efficace, comme le

³⁵⁵ (M.-A.) Le Dain et (L.) Marcangelli, *op.cit.*, p.24.

³⁵⁶ Depuis le 1er mai 2016, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) sont devenus « Santé publique France ». Décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 relatif à la création de l'Agence nationale de santé publique, JORF n° 0101 du 29 avril 2016, texte n° 23.

démontrent les campagnes de 2005³⁵⁷ qui ont contribué à une réduction notable du nombre de nouveaux expérimentateurs et consommateurs vers 2008³⁵⁸.

De plus, « Santé publique France » contribue activement au financement (3,2 millions d'euros en 2013) et préside le Groupement d'Intérêt Public « Adalis » (Addictions Drogues Alcool Info Service), établi en 1990 sous l'égide de la MILDT³⁵⁹. Ce G.I.P. offre un accès à des informations et un soutien sanitaire à distance concernant les drogues illicites, y compris le cannabis, via une ligne téléphonique dédiée et un site internet interactif.

Il est évident que la prévention s'étend au-delà des enceintes scolaires, touchant divers milieux tels que les Universités, les lieux de travail ou les espaces publics. Cependant, cette multiplicité d'interventions souffre d'un manque de recensement, de labellisation, et par extension, d'organisation et d'évaluation cohérentes. En réponse à ce défi, la MILDT a institué en 2000 une commission nationale chargée de la validation des outils de prévention. Cette initiative avait pour but de garantir la pertinence et la qualité des ressources créées par les acteurs de la prévention pour diffuser de l'information et des messages préventifs. La procédure de labellisation, soutenue par un financement, s'appuyait sur l'engagement volontaire des divers participants, visant à encourager une démarche proactive dans la lutte contre les addictions. Les outils validés par la commission étaient ensuite diffusés sur le site internet de la MILDT. Toutefois, dans le cadre du plan gouvernemental (2013-2017), plusieurs constats ont émergé, conduisant à proposer une évolution de cette instance afin de renforcer le volet « prévention » des politiques de lutte contre les conduites addictives et de disposer d'indicateurs permettant d'en mesurer l'efficacité. Cette démarche a conduit à la mise en place d'une nouvelle commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA).

Il est maintenant essentiel de présenter une évaluation approfondie de ces programmes de prévention³⁶⁰. Cette démarche d'évaluation des programmes de prévention des conduites

³⁵⁷ Campagne médiatique (diffusée à la télévision, à la radio et dans la presse) axée sur le thème « Le cannabis : une réalité », mettant en avant la contradiction entre la perception du cannabis comme un produit naturel et sans danger, et la réalité vécue par les consommateurs réguliers (problèmes d'échec scolaire, dépendance).

³⁵⁸ OFDT, *Drogues, Chiffres clés*, Paris, Ed. OFDT, 2015, 8 p.

³⁵⁹ Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.

³⁶⁰ MIDELCA, *Une évaluation pour mesurer l'efficacité réelle des programmes de prévention des conduites addictives à destination des jeunes*, 20 mai 2019, 5 rapports.

addictives à destination des jeunes a été initiée sous l'égide de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA). Cette initiative a été portée conjointement par la MILDECA³⁶¹, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), et « Santé publique France ».

Au total, cinq programmes de prévention ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse visant à mesurer leur impact réel sur les comportements de consommation des jeunes. Cette évaluation s'inscrit dans une démarche de recherche scientifique visant à comprendre l'efficacité des actions de prévention mises en place. Les résultats de ces évaluations sont essentiels pour orienter les politiques publiques en matière de prévention des conduites addictives.

Les constats tirés de ces évaluations sont cruciaux pour orienter les décisions en matière de prévention. Ils permettent de déterminer quelles actions sont les plus efficaces pour réduire la consommation de substances addictives chez les jeunes. Cette approche basée sur des données scientifiques solides est essentielle pour guider les efforts de prévention et maximiser leur impact.

La mise en place de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA) reflète la volonté du gouvernement de renforcer l'efficacité des politiques de prévention. Cette nouvelle instance joue un rôle central dans la coordination et l'évaluation des actions de prévention menées à l'échelle nationale. Elle contribue ainsi à garantir que les ressources allouées à la prévention des conduites addictives sont utilisées de manière optimale pour protéger la santé des jeunes.

En résumé, l'évaluation des programmes de prévention des conduites addictives est une étape cruciale pour garantir l'efficacité des actions de prévention. Cette démarche scientifique permet de mesurer l'impact réel des programmes sur les comportements des jeunes et guide les décisions en matière de politique publique. La création de la Commission interministérielle de

³⁶¹ Établie en 1982 et rattachée au Premier ministre, la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) définit, coordonne et anime les orientations stratégiques communes à tous les services de l'État dans le cadre de plans gouvernementaux pluriannuels. Ces plans couvrent la prévention, la santé, la recherche, la lutte contre les trafics, les politiques de sécurité et la coopération internationale. Les priorités gouvernementales, notamment en matière de prévention chez les jeunes, sont détaillées dans le « Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 », mettant l'accent sur l'évaluation de l'efficacité des stratégies mises en place. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), créé en 1993 en tant que groupement d'intérêt public, surveille et analyse les phénomènes liés aux drogues et aux addictions, ainsi que leurs conséquences sanitaires et sociales. Il contribue également à un suivi européen en collaboration avec l'agence de l'Union européenne sur les drogues : l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

prévention des conduites addictives (CIPCA) renforce cette approche en fournissant un cadre institutionnel dédié à l'amélioration continue de la prévention des conduites addictives chez les jeunes.

En 2014, l'expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) sur les comportements addictifs des adolescents conseillait spécifiquement de favoriser les programmes de prévention intégrant une évaluation de leur efficacité³⁶². Cette recommandation mettait en lumière l'importance de mesurer l'impact réel des programmes de prévention pour mieux orienter les efforts dans ce domaine.

Dans ce contexte, la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA) a été mise en place par la MILDA lors du « Plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 ». Sa mission était claire : faire évoluer les pratiques des professionnels de la prévention en France et revoir les stratégies de financement des décideurs en s'appuyant sur des méthodes validées. Pour atteindre ces objectifs ambitieux, la CIPCA a lancé un appel à candidature national et sélectionné cinq programmes de prévention. Ces programmes ont ensuite été soumis à une évaluation rigoureuse visant à mesurer leur impact réel sur la consommation de substances psychoactives par les jeunes.

Les résultats de ces évaluations, positifs et négatifs, ont été diffusés en mai 2019. Cette démarche transparente visait non seulement à mettre en lumière ce qui était efficace, avec un impact mesurable, mais aussi à identifier les actions inefficaces ou contre-productives. L'objectif était de proposer des pistes d'amélioration pour que les acteurs concernés puissent s'en emparer et travailler collectivement vers le développement de stratégies d'intervention plus structurées, coordonnées et efficaces.

Ce mouvement vers des programmes de prévention reposant sur le développement des compétences psychosociales des jeunes est en cours d'émergence et de déploiement. La littérature scientifique a démontré les bénéfices de ces approches en termes de réduction de la consommation et de l'expérimentation de substances psychoactives. Ces avancées renforcent la

³⁶² Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Paris, Ed. Inserm, coll. Expertise collective, 2014, p.3.

conviction que l'évaluation des programmes de prévention est essentielle pour guider les investissements publics dans ce domaine.

Ainsi, l'évaluation des programmes de prévention est devenue une démarche incontournable pour orienter efficacement les politiques de prévention des conduites addictives. La CIPCA a joué un rôle clé en sélectionnant et évaluant les programmes, puis en diffusant les résultats. Cette approche transparente et basée sur des données scientifiques solides permet d'orienter les ressources vers les interventions présentant les meilleures garanties de qualité et d'efficacité, contribuant ainsi à la protection de la santé des jeunes.

En mai 2019, à la conclusion de l'évaluation des programmes de prévention, les rapports synthétisent les résultats de la manière suivante :

- Les programmes « Unplugged » et « Avenir sans tabac » ont présenté des bénéfices significatifs en matière de prévention des consommations de substances psychoactives.
- Le programme de prévention et de réduction des risques en milieu festif « électro » a montré un rapport « coût-bénéfice » positif, bien qu'il n'ait pas été possible de mesurer son impact en raison des caractéristiques des publics cibles.
- En revanche, un programme de prévention par les pairs et un programme destiné aux apprentis du bâtiment ont affiché des effets contre-productifs.

Les résultats de l'évaluation par les pairs peuvent sembler surprenants, car dans des programmes similaires tels que celui des « Narcotiques anonymes », la prévention par les pairs a donné de bons résultats. Pour une analyse approfondie, il est recommandé de se référer aux conclusions détaillées du rapport.

Les points forts identifiés comprennent :

- une collaboration efficace entre la structure de prévention et les établissements scolaires ;
- une large couverture des cibles : 100 % des classes visées et 75 % des élèves ciblés ont bénéficié des séances de prévention.

Les points faibles identifiés comprennent :

- une inégalité significative dans la quantité de prévention dispensée (28 heures pour les jeunes relais par rapport à 2 heures pour les jeunes sensibilisés) ;
- une variabilité importante dans les contenus abordés lors des séances, avec une faible discussion sur les ressources disponibles pour obtenir de l'aide et sur les normes de consommation ;
- une crédibilité limitée des « jeunes relais »³⁶³ auprès de leurs pairs, avec seulement 58 % considérés comme crédibles ;
- un faible recours aux « jeunes relais » en dehors des séances de sensibilisation, avec seulement 5 % d'utilisation ;
- des coûts humains et financiers jugés excessifs par le personnel éducatif.

Les résultats de l'analyse principale déconseillent la poursuite du programme dans sa forme actuelle, notamment en ce qui concerne le recrutement des « jeunes relais » par désignation. Leur recrutement sur base volontaire présente moins d'effets contre-productifs et davantage d'effets positifs. Cependant, il convient de noter que, bien que l'effet n'ait pas atteint le seuil de signification statistique (probablement en raison d'un manque de puissance statistique), l'intention de consommer de l'alcool évolue de manière défavorable, quel que soit le mode de recrutement des « jeunes relais », par rapport au « groupe contrôle »³⁶⁴.

En conclusion, il est recommandé de privilégier les stratégies d'intervention qui ont déjà démontré leur efficacité en matière de prévention des consommations de substances psychoactives, compte tenu des résultats mitigés obtenus avec certains programmes évalués. Une révision du programme actuel est suggérée, en tenant compte des enseignements tirés de cette évaluation pour améliorer l'efficacité des interventions de prévention.

En vue d'une révision du programme, plusieurs mesures peuvent être envisagées :

- utiliser des critères de sélection des jeunes relais qui mettent en avant leur influence, crédibilité et « leadership » ;
- prévoir l'implication des jeunes relais en dehors des séances de sensibilisation, en encourageant les échanges informels et continus tout au long de l'année ;

³⁶³ Jeunes des relais associatifs.

³⁶⁴ Jeunes n'ayant pas fait l'objet de ce programme.

- équilibrer la quantité de prévention dispensée aux jeunes relais (actuellement 28 heures) avec celle destinée aux jeunes sensibilisés (actuellement 2 heures) ;
- veiller à ce que le contenu des séances de sensibilisation soit fidèle aux objectifs de l'intervention en cadrant et en systématisant les thèmes abordés ;
- procéder à une réévaluation du programme pour s'assurer qu'il n'engendre plus d'effets contre-productifs.

Les résultats de ces évaluations, qu'ils soient positifs ou négatifs, fournissent des connaissances essentielles pour améliorer la qualité des programmes de prévention. Ils doivent inciter tous les acteurs à développer des stratégies d'intervention plus structurées, coordonnées et efficaces, en s'appuyant sur des méthodes scientifiquement validées. Ces travaux soulignent l'importance de renforcer les ressources en matière d'évaluation afin de soutenir les investissements publics dans la prévention et de les orienter vers les interventions présentant les meilleures garanties en termes de qualité et d'efficacité.

V. La politique de prise en charge des soins³⁶⁵

La politique de santé publique a connu une transformation significative depuis le début des années 2000, se tournant vers une approche nouvelle qui se concentre non plus sur le produit lui-même, comme c'était le cas avec les concepts traditionnels d'alcoolisme et de toxicomanie, mais sur les comportements et le contexte de consommation. Cette évolution dans le domaine de l'addictologie a ouvert la voie à la création d'établissements de santé transversaux, capables de prendre en charge une gamme variée d'addictions, qu'il s'agisse de l'alcool, du tabac ou de substances illicites.

La restructuration de la politique de santé publique a été motivée par une compréhension plus globale des addictions et de leurs déterminants. Plutôt que de se focaliser uniquement sur la substance consommée, les professionnels de la santé ont commencé à considérer les facteurs comportementaux et environnementaux qui contribuent à la dépendance. Cette approche holistique a permis d'élargir la prise en charge des usagers de substances addictives et de mieux répondre à leurs besoins spécifiques.

³⁶⁵CNCDH, *Usages de drogues et droits de l'Homme*, Paris, Ed.CNCDH, 8 novembre 2016, 108 p.

Les établissements de santé dédiés à l'addictologie ont ainsi émergé en tant qu'acteurs clés de cette nouvelle politique. Ils sont conçus pour être polyvalents, offrant des services et des traitements adaptés à divers types d'addictions. Cette approche globale permet de traiter l'ensemble du spectre des addictions, qu'il s'agisse de l'alcool et du tabac, qui sont souvent légaux ou de substances illicites.

En favorisant la création de ces établissements transversaux, la politique de santé publique reconnaît l'importance de traiter les addictions dans leur ensemble, en mettant l'accent sur la prévention, la prise en charge et le suivi des usagers. Cette approche plus intégrée vise à améliorer la qualité des soins et à mieux répondre aux besoins des personnes souffrant d'addictions, contribuant ainsi à une meilleure gestion de ces problématiques de santé publique.

En termes de santé publique, le système de droit commun repose principalement sur trois secteurs clés : l'hôpital, la psychiatrie et les professionnels de santé travaillant en ville, tels que les médecins généralistes et les pharmaciens. Chacun de ces secteurs joue un rôle crucial dans la prise en charge des conduites addictives, offrant une approche globale et graduée pour répondre aux besoins des patients.

L'hôpital occupe une place centrale dans « la filière hospitalière de soins addictologiques. Son objectif principal est de garantir à chaque individu souffrant d'une conduite addictive un accès à des soins complets, de proximité, et si nécessaire, à des plateaux techniques spécialisés »³⁶⁶. Les consultations hospitalières d'addictologie constituent le premier point d'entrée dans cette filière³⁶⁷. Elles sont conçues comme des structures de première ligne pour le suivi ambulatoire spécialisé dans le domaine des addictions.

Ces consultations hospitalières remplissent plusieurs rôles cruciaux. Elles servent de lieux d'accueil chaleureux, d'écoute attentive, d'évaluation approfondie et d'accompagnement dédié aux patients confrontés à des conduites addictives. Souvent, ces consultations interviennent en amont ou en aval d'une hospitalisation, assurant une continuité dans la prise en charge des patients. Les patients peuvent y accéder de leur propre initiative, sur

³⁶⁶ Ministère de la santé, circulaire DHOS/O2 n° 2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

³⁶⁷ En 2010, une enquête de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a pu recenser 500 consultations hospitalières d'addictologie.

recommandation de leur médecin traitant, par le biais de références d'autres établissements hospitaliers, des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou encore des équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA).

Les ELSA, présentes dans le milieu hospitalier³⁶⁸, jouent un rôle crucial en assistant les équipes soignantes des divers services hospitaliers dans la prise en charge des individus présentant des conduites addictives. Ces équipes interviennent à la demande, fournissant leur expertise et leur soutien pour garantir une prise en charge optimale des patients. Leur présence dans le milieu hospitalier contribue à l'intégration des soins addictologiques au sein du système de santé global, favorisant ainsi une approche holistique de la santé des patients. Les ELSA ont également pour mission de :

- de repérer et prendre en charge le temps de leur hospitalisation ou de leur passage aux urgences les consommateurs de substances psychoactives ;
- d'assurer une coordination de soins avec le secteur extrahospitalier ;
- d'aider le patient rencontré dans des conditions d'hospitalisation à avoir une réflexion sur son comportement addictif ;
- de former et accompagner les équipes hospitalières.

En complément du système de droit commun, des structures spécialisées ont été développées dans le domaine médico-social, marquant ainsi une évolution significative dans la prise en charge des conduites addictives. Notamment, en 2005, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont été créés pour répondre aux besoins spécifiques de ce domaine. Les missions des CSAPA sont clairement définies à l'article D. 3411-1 du Code de la santé publique, englobant diverses facettes de l'intervention : l'accueil, la diffusion d'informations, l'évaluation, l'orientation des individus concernés ou de leur entourage, la fourniture de soins médicaux et psychologiques, la prescription et le suivi des

³⁶⁸ Document de politique transversale (DPT) annexé au projet de loi de finances 2015 et intitulé « Politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies ».

traitements médicamenteux, ainsi que la mise en œuvre d'actions de réduction des risques et de prise en charge sociale et éducative, y compris l'accès aux droits et la réinsertion.

En parallèle à la création des CSAPA, des changements significatifs ont été apportés au dispositif d'accueil des jeunes. En 2007, on recensait 274 structures dédiées à l'accueil des jeunes, qui étaient affiliées soit aux structures médico-sociales, soit aux établissements de santé. Ces structures ont été rebaptisées « Consultations Jeunes Consommateurs » (CJC) et ont été rattachées aux CSAPA existants ou aux consultations hospitalières. Les CJC ont été conçues en suivant le modèle de l'intervention précoce, se positionnant à l'intersection de la prévention et des soins. Elles sont destinées à être des centres de référence, tant pour les jeunes eux-mêmes que pour leurs familles, en offrant des ressources essentielles pour faire face aux problématiques liées aux addictions.

Cette évolution du dispositif, avec l'introduction des CSAPA et la transformation des structures d'accueil des jeunes en CJC, vise à améliorer la qualité et la diversité des services disponibles pour les personnes confrontées aux conduites addictives. Elle reflète une approche globale, couvrant à la fois la prévention, le traitement, et le soutien social, et s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue de la prise en charge de ces problématiques de santé publique.

En ce qui concerne la prise en charge des consommateurs de drogue les plus marginalisés, une avancée significative a été réalisée avec la création des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) en 2005. Ces centres sont issus de structures associatives qui étaient précédemment connues sous les noms de « programmes d'échanges de seringues » ou d'autres appellations telles que « boutiques ». Leur création a été légalement consacrée dans la loi de santé publique du 9 août 2004³⁶⁹, marquant ainsi une étape importante dans la politique de réduction des risques.

Les CAARUD sont des structures qui offrent un accueil gratuit, anonyme et inconditionnel aux usagers de substances psychotropes, en particulier à ceux qui ne sont généralement pas engagés dans une démarche de soins ou qui courent des risques majeurs en raison de leur mode de consommation. Ces centres jouent un rôle essentiel en facilitant l'accès

³⁶⁹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

aux soins, notamment en mettant à disposition du matériel de prévention des infections, tel que les « kits d'injection ». De plus, depuis la circulaire n° 2009-349 du 9 novembre 2009³⁷⁰, les CAARUD ont également été impliqués dans l'organisation de dépistages gratuits des hépatites et de la vaccination contre l'hépatite B, conformément au plan national de lutte contre les hépatites B et C.

Il convient de noter que le financement de ces divers dispositifs repose en grande partie sur l'assurance maladie³⁷¹. Cette approche globale de la prise en charge des usagers de drogue les plus vulnérables, axée sur la réduction des risques, vise à réduire les dommages liés à la consommation de drogue et à améliorer la santé globale de ces individus. Elle représente une avancée significative dans la politique de santé publique et montre l'engagement envers la protection de la santé des populations les plus exposées aux risques liés à la drogue.

Section VI. Le bilan au niveau des droits et des libertés publiques³⁷²

Dans sa résolution 28/28, le Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies a sollicité le Haut-Commissaire des Nations Unies pour les droits de l'homme afin de mener une étude approfondie sur les effets mondiaux du problème de la drogue sur la jouissance des droits fondamentaux. Présentée en 2015³⁷³, cette étude met en lumière plusieurs aspects essentiels liés à la question de la drogue et des droits de l'homme.

En premier lieu, l'étude souligne que l'objectif principal du régime international de contrôle des drogues, tel qu'énoncé dans le préambule de la Convention de 1961, est de préserver la santé physique et morale de l'humanité. Cependant, elle rappelle également le droit

³⁷⁰ Ministère de la santé, direction générale de la santé (D.G.S.), circulaire n° DGS/MC2/2009/349 du 9 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de l'action II-1,3 du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 ayant pour objectif de permettre aux usagers de drogue de bénéficier d'un service de proximité assurant gratuitement le dépistage de ces hépatites et, le cas échéant, une vaccination contre l'hépatite B.

³⁷¹ Inspection générale des affaires sociales (I.G.A.S.), *Évaluation du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives*, février 2014, 86 p.

³⁷² CNCDH, *Usages de drogues et droits de l'Homme*, Paris, Ed.CNCDH, 8 novembre 2016, 108 p.

³⁷³ Nations Unies, Conseil des droits de l'Homme, *Rapport annuel du Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'Homme, Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme*, 4 septembre 2015, A/HRC/30/65.

de chaque individu à jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, conformément aux normes internationales des droits de l'homme.

De manière significative, l'étude met en évidence que lorsque des conflits surviennent entre le régime international de contrôle des drogues et le droit international des droits de l'homme, les obligations en matière de droits de l'homme devraient avoir la prééminence. Cette affirmation souligne l'importance cruciale de garantir le respect des droits de l'homme dans toutes les actions entreprises pour contrôler les drogues à l'échelle internationale.

Le Haut-Commissaire des Nations Unies relève spécifiquement les violations constatées du droit à la santé, des droits en matière pénale, du droit à la non-discrimination, ainsi que des droits des enfants et des peuples autochtones liées à la problématique de la drogue. L'attention accrue portée par les Nations Unies à une approche basée sur les droits de l'homme a incité la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) à entreprendre une évaluation approfondie de l'application de la législation française en matière de drogues et de toxicomanie. Cette démarche s'inscrit dans le cadre du mandat de la CNCDH et vise à garantir le respect des droits fondamentaux dans le contexte de la politique française en matière de drogues.

Il est essentiel de noter en préambule que les atteintes aux droits de l'homme dans le contexte de la politique sur les drogues sont souvent enracinées dans des préjugés tenaces à l'encontre des usagers de drogues, préjugés qui alimentent les discriminations. Dans l'imaginaire collectif, la consommation de drogues est fréquemment associée à des stéréotypes négatifs tels que le « junky », le délinquant, le jeune marginal ou même le malade potentiellement violent et dangereux pour son entourage. En conséquence, « le drogué » est souvent perçu comme ayant peu de chance de devenir un citoyen respecté au sein de la société.

Ces préjugés s'appliquent à diverses populations, qu'il s'agisse de minorités précaires ou de jeunes usagers engagés dans des processus identitaires. Ces populations peuvent fréquenter des événements tels que les fêtes « techno » ou revendiquer leur appartenance à des mouvements culturels ou musicaux alternatifs. Dans tous les cas, elles partagent un statut commun : elles sont étiquetées comme étant « à risques » en raison de leur comportement jugé « anormal », ce qui les expose à la répression ou aux soins. Le fait que l'utilisateur de drogue soit perçu comme un délinquant conduit à sa stigmatisation sociale. La réponse systématique du système pénal se traduit par une augmentation des inscriptions dans les fichiers de police qui

sont de plus en plus utilisés pour mener des enquêtes de moralité. Cette situation peut avoir des effets particulièrement néfastes sur l'insertion professionnelle et sociale des personnes concernées³⁷⁴. Dans ce contexte, plusieurs constats importants peuvent être formulés en ce qui concerne le respect des libertés individuelles, le droit à un procès équitable et le droit à la protection de la santé.

Tout d'abord, le respect des libertés individuelles **(I)** : il est essentiel de souligner que la stigmatisation sociale et la répression systématique des usagers de drogues peuvent entraîner des atteintes aux droits fondamentaux, notamment en ce qui concerne la liberté de circulation, la vie privée et la non-discrimination.

Ensuite, le droit à un procès équitable **(II)** : il est crucial de garantir que les usagers de drogues bénéficient d'un traitement équitable devant la justice, y compris le droit à une défense adéquate et le respect de la présomption d'innocence.

Enfin, au regard du droit à la protection de la santé **(III)**, il est impératif de veiller à ce que les politiques sur les drogues soient fondées sur des preuves scientifiques, favorisent la réduction des risques et garantissent l'accès aux soins de santé appropriés pour les usagers de drogues. Cela inclut la prévention des infections transmissibles par le sang et la promotion de la réduction des méfaits.

En conclusion, il est essentiel de reconnaître et de remédier aux atteintes aux droits de l'homme dans le domaine des politiques sur les drogues, en s'attaquant aux préjugés et à la stigmatisation, en garantissant le respect des libertés individuelles, en assurant un traitement équitable devant la justice et en protégeant la santé des usagers de drogues.

³⁷⁴ Selon les données de « Eurostat » en 2002, le taux de chômage des usagers de drogues était très élevé comparé à celui de la population générale (47,4 % chez les patients sous traitement pour toxicomanie contre 8,2 % dans la population générale). Pour ceux-ci, il était difficile de trouver un emploi et rare que les usagers de drogues conservent longtemps un poste ou progressent dans une carrière. La précarité de l'emploi pouvant entraîner des problèmes financiers, les toxicomanes avaient fréquemment un revenu faible ou ne disposaient d'aucune ressource financière (32 à 77 % des patients sous traitement survivent grâce aux aides sociales). L'endettement s'avérait également fréquent.

I. Un dispositif problématique pour le respect des libertés individuelles

Il est pertinent de noter en préambule que la mise en œuvre du choix français de criminaliser l'usage de drogues par la loi de 1970, tout en considérant simultanément le consommateur comme à la fois un délinquant et un toxicomane (c'est-à-dire un malade), soulève diverses interrogations au regard du principe des libertés individuelles. En effet, ce cadre juridique suscite des conflits et des questions importantes qui méritent d'être examinées en détail.

Tout d'abord, il convient d'explorer le conflit initial entre la liberté individuelle et la protection de l'individu contre lui-même (**A**). Ce dilemme met en tension la capacité d'un individu à exercer sa liberté personnelle, y compris ses choix de comportement et la responsabilité de la société à protéger les individus, même contre leurs propres actions potentiellement préjudiciables. Cette dichotomie soulève des questions fondamentales sur les limites de l'intervention de l'État dans la vie privée des citoyens et sur la manière dont la société doit équilibrer la préservation des libertés individuelles avec la prévention des risques pour la santé publique.

Ensuite, nous aborderons la question du dépistage (**B**), qui est un aspect essentiel de la politique de lutte contre les drogues. Le dépistage des usagers de drogues peut soulever des préoccupations liées à la vie privée, à la dignité humaine et à la protection des données personnelles. Il est nécessaire d'explorer les implications éthiques et juridiques de ces pratiques de dépistage, notamment en ce qui concerne les droits des individus à être informés, à donner leur consentement éclairé et à bénéficier de garanties juridiques appropriées.

En conclusion, le choix français en matière de politique sur les drogues soulève des questions complexes liées aux libertés individuelles, à la protection de la santé publique et aux droits fondamentaux des citoyens. L'équilibre entre ces aspects est crucial pour façonner des politiques efficaces et respectueuses des droits de l'homme dans ce domaine.

A. Liberté individuelle et protection de l'individu contre lui-même

La question de la réglementation, voire de l'interdiction de l'usage de drogues, soulève en premier lieu une problématique fondamentale liée aux limites de la liberté individuelle. Celle-ci découle de l'articulation complexe entre le droit à disposer de son propre corps et le

droit de l'État à « contrôler les activités préjudiciables à la vie et à la sécurité d'autrui »³⁷⁵. Dans ce contexte, la protection de la personne contre elle-même et la limitation des choix de vie potentiellement dangereux posent des questions cruciales, qui sont souvent abordées à travers deux modèles philosophiques et moraux opposés.

Le premier modèle, que l'on associe parfois à la tradition de l'individualisme anglo-saxon, repose sur le concept d'autonomie individuelle³⁷⁶. Selon ce modèle, la volonté individuelle est considérée comme le fondement du fait social et du contrat social. En conséquence, les pouvoirs de l'État doivent être limités et encadrés par les libertés dont les individus jouissaient avant de faire partie de la société. L'intervention de l'État est justifiée pour réguler la vie sociale et garantir les libertés individuelles. Mais elle doit être prudente et limitée lorsque l'individu prend des décisions qui ne concernent que sa propre destinée. En résumé, cette approche affirme que « chacun est le meilleur juge de ce qui ne concerne que lui-même »³⁷⁷ selon la célèbre citation d'Alexis de Tocqueville.

Le second modèle, enraciné dans la tradition solidariste qui a influencé fortement l'ordre juridique français, met l'accent sur la solidarité et les liens sociaux. Selon cette conception, « chaque homme porte la forme entière de l'humaine condition », conformément à la pensée de Montaigne³⁷⁸. Cela implique une sollicitude envers autrui, notamment en tenant compte de sa vulnérabilité. Dans ce contexte, il peut être justifié d'imposer des limites à l'autonomie individuelle. Les ingérences dans la vie privée et les restrictions à l'autonomie personnelle deviennent d'autant plus pertinentes lorsque les préjudices potentiels sont graves.

Ainsi, la question des limites de la liberté individuelle dans le contexte de la réglementation des drogues trouve son origine dans ces deux modèles philosophiques contrastés. La tension entre l'autonomie individuelle et la protection de la société et des individus demeure un défi complexe, et la manière dont chaque société aborde cette question

³⁷⁵ Selon la formule de la CEDH, dans son arrêt du 29 juillet 2002, *Pretty c/ Royaume-Uni*, requête n° 2346/02, § 74.

³⁷⁶ (D.) Roman, « À corps défendant, la protection de l'individu contre lui-même », in *Recueil Dalloz*, 2007, p. 1284.

³⁷⁷ (A.) de Tocqueville, *De la démocratie en Amérique*, Paris, Ed. Gosselin, 1935, 4 vol.

³⁷⁸ (M.) de Montaigne, *Essais*, Paris, Ed. Gallimard, 2021, 1376 p.

révèle ses valeurs fondamentales et ses priorités en matière de droits et de responsabilités individuels.

Comme la Cour européenne des droits de l'Homme l'a souligné, il existe une corrélation entre la gravité du préjudice encouru et l'importance des considérations liées à la santé publique et à la sécurité dans le contexte des droits individuels. En d'autres termes, « plus grave est le dommage encouru et plus grand est le poids dont pèseront dans la balance les considérations de santé et de sécurité publiques face au principe concurrent de l'autonomie personnelle »³⁷⁹.

Cette question n'est pas nouvelle en France et a déjà été abordée par le passé. Un exemple significatif remonte à l'instauration, en France, de l'obligation du port de la ceinture de sécurité pour les conducteurs et les passagers des voitures particulières, conformément au décret du 28 juin 1973³⁸⁰. Cette mesure a suscité des débats et soulevé des questions concernant les droits individuels et la protection de la vie et de la sécurité des citoyens. Elle illustre la tension entre le droit à l'autonomie personnelle et la nécessité de prendre des mesures pour prévenir les blessures et les décès liés aux accidents de la route.

Ce précédent historique montre que la balance entre les droits individuels et les impératifs de santé publique et de sécurité a été longtemps débattue dans le cadre de la législation française. Cette question demeure complexe et exige une réflexion approfondie pour trouver un équilibre entre la protection des droits individuels et la préservation du bien-être collectif.

La détermination de la juste mesure de l'intervention de l'État dans la protection de la personne contre elle-même devient particulièrement complexe lorsqu'on aborde la question des drogues. En effet, les dispositifs juridiques varient considérablement pour des substances dont la toxicité est bien documentée. On observe une diversité allant de la prohibition totale des stupéfiants à l'administration sous prescription médicale avec prise en charge par l'assurance maladie pour les médicaments psychotropes, en passant par la vente réglementée pour l'alcool et le tabac.

³⁷⁹ CEDH, *Pretty c/ Royaume-Uni*, 29 juillet 2002, requête n° 2346/02, § 74.

³⁸⁰ Saisi d'un recours en annulation pour excès de pouvoir contre le décret n°73-561 du 28 juin 1973. Dans un arrêt rendu le 4 juin 1975, le Conseil d'État a considéré que ce décret était conforme à la loi et à la Constitution et qu'il ne portait pas atteinte au principe d'égalité des citoyens.

Il est intéressant de noter que la distinction entre « produits licites » et « produits illicites », qui sous-tend la reconnaissance de la liberté de consommation ou au contraire de sa prohibition, repose davantage sur des facteurs historiques et des normes sociales que sur la dangerosité intrinsèque des substances elles-mêmes. Cette diversité de régimes juridiques semble découler en grande partie de l'histoire et des coutumes sociales.

Pourtant, quelles que soient la nature des substances en question et les réglementations qui les entourent, tous ces régimes juridiques doivent s'exercer dans le cadre du principe fondamental énoncé à l'article 4 de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen. Cet article dispose que « La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui. Ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la loi ».

En d'autres termes, la liberté individuelle est circonscrite par la nécessité de ne pas causer de préjudice à autrui et ces limites doivent être établies par la loi. Cela souligne l'importance de trouver un équilibre entre la préservation des droits individuels et la protection de la société dans le contexte de la régulation des drogues. Cette recherche d'équilibre demeure un défi complexe pour les législateurs et les décideurs politiques³⁸¹.

La notion de liberté individuelle est au cœur du débat sur la régulation de l'usage de drogues. Pour la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH), la liberté individuelle implique la capacité de prendre des décisions concernant son propre corps et son mode de vie, même si ces choix sont minoritaires ou non conformes aux normes sociales. Cette liberté est essentielle pour l'épanouissement personnel et le droit à l'autodétermination de chaque individu.

Cependant, il est crucial de reconnaître que la liberté individuelle n'est pas absolue et qu'elle comporte des limites intrinsèques. Celles-ci sont définies par les relations entre individus au sein de la société. Comme l'a judicieusement analysé Michel Tubiana, un défenseur des

³⁸¹ (M.) Tubiana, « A-t-on le droit de se droguer ? », introduction au colloque du 3 février 1996 organisé par la Ligue des Droits de l'Homme, in *Drogues et droits de l'Homme*, Paris, Ed. LDH dossiers et documents, 1996, 36 p.

droits de l'Homme, la liberté individuelle trouve ses limites dans ses interactions avec autrui et dans son impact sur le corps social.

Il est essentiel de comprendre que la société a un rôle légitime à jouer dans la protection des droits de chaque individu. La société a la responsabilité de mettre en place les moyens nécessaires pour garantir l'exercice des libertés individuelles de tous ses membres. Cette responsabilité justifie l'intervention des pouvoirs publics lorsque des individus ou la société elle-même sont menacés.

En ce qui concerne l'usage de drogues, il est impératif de prendre en considération la vulnérabilité des personnes concernées. Cela inclut les adolescents, dont l'âge peut les rendre plus exposés aux risques liés à la consommation de drogues, ainsi que les toxicomanes, dont la précarité sociale et la santé nécessitent une attention particulière de la part des autorités publiques et du corps médical.

Toutefois, il convient également de se pencher sur une autre dimension essentielle. Comme le souligne Michel Tubiana, la question n'est pas simplement de savoir si les individus ont le droit de se droguer, mais plutôt de quel droit, dans quel but, avec quelle efficacité, la société interdit certaines drogues et qualifie leurs usagers de délinquants³⁸². Il est nécessaire d'établir des critères objectifs pour définir ce qui constitue un usage admissible de drogues et de classer ces substances de manière non arbitraire. Cette réflexion engage la société dans un débat complexe sur la régulation des drogues, leurs effets sur la santé publique et les droits individuels.

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) considère que ces questions sont d'une importance capitale et méritent un débat public approfondi et constructif sur la problématique de l'addiction. Ce débat doit être mené de manière sereine, ouverte, et dépourvue de tout préjugé moral.

Un débat de cette envergure exige la prise en compte des données scientifiques concernant la dangerosité des substances addictives, ainsi que la compréhension des vulnérabilités individuelles et sociales qui y sont liées. De plus, il requiert une réintégration de la liberté individuelle dans l'élaboration d'une politique publique de prévention et de gestion

³⁸² *Ibidem.*

des addictions. Conformément aux principes fondamentaux de la République française, tels que la liberté, l'égalité, et la fraternité, il est essentiel d'adopter une approche qui repose sur le domaine médical et social, plutôt que de s'appuyer exclusivement sur une approche répressive.

Dans cette optique, la CNCDH propose des mesures et des recommandations qui seront présentées en détail à la conclusion de son avis. Ces propositions visent à favoriser une approche globale et équilibrée de la question de la consommation de drogues, mettant l'accent sur la prévention, la prise en charge médicale, et le soutien social, tout en préservant les droits et les libertés individuelles.

B. La question du dépistage

L'usage des tests de dépistage suscite des préoccupations éthiques importantes et soulève des questions liées aux droits individuels. Dans ce contexte, il est essentiel de trouver un équilibre entre la protection de la sécurité collective et le respect des libertés individuelles. La Cour européenne des droits de l'Homme reconnaît cette délicate balance et permet l'utilisation de tests de dépistage dans certaines circonstances, notamment lorsqu'ils sont non intrusifs et lorsqu'ils sont justifiés par la nécessité de protéger la vie et la sécurité d'autrui.

Cette approche a été validée par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme dans des cas impliquant des professionnels exerçant des métiers sensibles, tels que les salariés travaillant pour des compagnies maritimes ou dans des centrales nucléaires³⁸³. Dans de telles situations, les tests de dépistage peuvent être considérés comme des mesures légitimes visant à garantir la sécurité publique et à prévenir les risques graves pour la vie humaine.

Cependant, il est important de noter que la mise en place de tests de dépistage doit être encadrée par des normes strictes pour éviter les abus et les atteintes aux droits individuels. Ces normes doivent garantir la confidentialité des informations médicales, le consentement éclairé des personnes soumises aux tests, et la proportionnalité de ces mesures par rapport aux risques potentiels. De plus, les tests de dépistage ne doivent pas être utilisés de manière discriminatoire

³⁸³ CEDH, Hans Eigil Madsen c/. Danemark, 7 novembre 2002, requête n° 58341/00 ; CEDH, Wretlund c/ Suède, 9 mars 2004, requête n° 46210/99.

ou stigmatisante, et les résultats doivent être interprétés avec prudence pour éviter les faux positifs ou négatifs.

En fin de compte, la question des tests de dépistage souligne l'importance cruciale de trouver un juste équilibre entre la protection de la sécurité publique et le respect des droits fondamentaux des individus. Cette équation complexe nécessite une réflexion approfondie et une réglementation adaptée pour garantir que les tests de dépistage sont utilisés de manière responsable et éthique, dans l'intérêt de la société dans son ensemble tout en préservant les droits individuels.

Cependant, il est important de souligner que le dépistage indiscriminé en milieu professionnel comporte des risques de stigmatisation et peut même entraîner la perte d'emploi pour des salariés, même si leur qualification pour le poste qu'ils occupent n'est pas remise en question. Le Comité consultatif national d'éthique rappelle à juste titre que les principes éthiques de la médecine du travail, ainsi que les décisions de la Cour de cassation et le respect des droits individuels, excluent la possibilité de demander à un candidat à l'embauche ou à un salarié en poste de fournir des informations ou de se soumettre à des examens ou tests qui ne sont pas directement liés à l'emploi pour lequel il postule ou qu'il occupe.

Toutefois, il convient de noter qu'il existe des situations spécifiques au sein de certaines entreprises où la consommation de drogue peut présenter des risques, que ce soit pour les travailleurs exerçant ces activités, pour d'autres employés de l'entreprise ou pour des tiers. Dans de tels cas, il est impératif que toute personne soumise à un test soit informée individuellement de cette procédure et aucun test ne doit être effectué à son insu. Il ne suffit pas de simplement insérer une disposition dans le règlement intérieur de l'entreprise autorisant les tests de dépistage³⁸⁴.

Ainsi, la mise en place de tests de dépistage en milieu professionnel doit être menée avec prudence et dans le respect absolu des droits individuels. Il est essentiel de garantir que ces tests sont justifiés par des considérations liées à la sécurité au travail et qu'ils sont effectués de manière transparente, équitable et respectueuse de la dignité des employés. Cela permettra

³⁸⁴ Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), *Avis sur le dépistage des toxicomanies dans l'entreprise*, Rapport n° 15, 16 octobre 1989, 6 p.

de trouver le juste équilibre entre la protection de la sécurité en milieu professionnel et le respect des droits fondamentaux des travailleurs.

De plus, il est essentiel de noter que les tests de dépistage réalisés en milieu professionnel soulèvent davantage de questions qu'ils ne fournissent de réponses claires. Il est nécessaire de déterminer si ces tests doivent se limiter à la détection de produits illicites ou s'ils devraient également inclure les produits licites. Cette question se complique davantage en considérant l'usage courant de médicaments psychotropes en France, avec une prescription généralisée de ces médicaments. De plus, il est crucial de définir quelles mesures de prise en charge seront mises à la disposition des salariés testés positifs.

Dans tous les cas, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) s'oppose fermement à l'organisation de dépistages massifs au sein d'une population spécifique. Un exemple de cette approche est l'expérience annoncée par la région Île-de-France, qui prévoit le financement de tests salivaires de dépistage de drogue et d'éthylotests pour les lycéens franciliens. Bien que la prévention des addictions soit une nécessité de santé publique, étant donné ses implications potentielles sur la réussite scolaire et l'insertion professionnelle, la mise en œuvre de tels tests peut entraîner la stigmatisation des jeunes et de certains salariés. De plus, cela peut représenter une menace pour le droit au respect de la vie privée et le secret médical. Leur protection est pourtant impérative dans un État civilisé.

II. Le droit à un procès équitable

Il apparaît que les usagers de drogues ne sont pas traités comme des citoyens ordinaires. Cette discrimination se retrouve dans la procédure pénale (A) et dans la possibilité d'imposer des soins, notamment psychiatriques (B).

A. Pratiques discriminatoires et procédure pénale

Les enquêtes menées à l'échelle internationale ont mis en lumière une réalité préoccupante : les consommateurs de drogues forment une catégorie de la population dont les droits en matière pénale sont souvent malmenés. Cette situation n'est pas propre à un pays en particulier, mais touche de nombreuses sociétés à travers le monde. Un exemple illustrant cette

problématique est le constat du « « Groupe de travail sur la détention arbitraire », qui souligne que les usagers de drogues sont particulièrement vulnérables à des détentions arbitraires, souvent sans justification légale solide »³⁸⁵.

En France également, malgré le principe fondamental d'égalité devant la justice, la législation sur les stupéfiants peut entraîner des situations qui méconnaissent le droit à un procès équitable. En grande partie, cette situation découle de la manière dont la chaîne pénale est organisée pour traiter les affaires liées à l'usage de stupéfiants. En effet, l'usage de ces substances est considéré comme un délit. Mais il ne comporte généralement pas de victime directe. Par conséquent, contrairement à de nombreux autres délits, les services de police et de gendarmerie n'interviennent pas à la suite du dépôt d'une plainte, mais plutôt, de leur propre initiative.

Dans environ 90 % des cas, les arrestations pour usage ou détention en vue d'usage de stupéfiants résultent d'une interpellation en flagrant délit, d'un contrôle d'identité ou encore d'un contrôle routier motivé par un soupçon d'infraction. Les 10 % restants sont généralement le fruit d'une dénonciation, d'un signalement ou d'une plainte. Ainsi, le nombre d'infractions liées aux stupéfiants constatés dépend en grande partie de l'activité déployée par les forces de l'ordre, ce qui, à son tour, est influencé par les ressources disponibles et les priorités définies par les autorités compétentes³⁸⁶.

Cette réalité met en évidence l'importance des moyens et des orientations politiques dans la manière dont la législation sur les stupéfiants est appliquée sur le terrain. Les conséquences de cette application peuvent être considérables pour les individus impliqués, tant sur le plan de leurs droits que de leur avenir. Il est donc essentiel d'examiner de manière critique ces pratiques pour garantir que les droits fondamentaux de chaque personne sont respectés, quelle que soit la nature de l'infraction qui leur est reprochée.

³⁸⁵ Nations Unies, Conseil des droits de l'Homme, Groupe de travail sur la détention arbitraire, *Rapport du groupe de travail sur la détention arbitraire*, 19 décembre 1997, E/CN.4/1998/44/Add.2, § 81 et § 97 à 99. Nations Unies, Conseil des droits de l'Homme, *Avis adoptés par le Groupe de travail sur la détention arbitraire à ses soixante-sixième, soixante-septième et soixante-huitième sessions*, 25 juin 2014, A/HRC/27/48/Add.3, § 111 à 119.

³⁸⁶ (M.-D.) Barre, (T.) Godefroy, (C.) Chapot, « Le consommateur de produits illicites et l'enquête de police judiciaire. Etude exploratoire à partir des procédures de police judiciaire », in *Etudes et Données Pénales*, n° 82, 2000, 55 p.

Diverses études ont mis en lumière des préoccupations importantes liées aux contrôles policiers en matière de stupéfiants. Il est devenu évident que ces contrôles sont affectés par des biais sociaux et, dans certains cas, ethnoraciaux, ce qui se traduit par une tendance à cibler certaines populations plutôt que d'autres. Plus précisément, ces contrôles semblent être plus fréquents chez les jeunes hommes issus de minorités visibles³⁸⁷, et ils sont également dirigés de manière disproportionnée contre les personnes vivant dans des conditions de grande précarité, telles que les sans-abris ou les toxicomanes les plus marginalisés.

Ce phénomène peut être interprété comme une forme de sélection sociale dans la réponse pénale aux infractions liées à la législation sur les stupéfiants. Cette sélection s'opère au moment de l'interpellation, où les forces de l'ordre décident qui contrôler en fonction de certains critères. Il est important de noter que cette sélection ne reflète pas la diversité réelle des usagers de drogues, comme le suggère la comparaison entre les données policières et les données déclaratives sur l'usage de cannabis. Cette comparaison met en évidence que les personnes les plus exposées à l'interpellation ne représentent qu'une fraction de la diversité des consommateurs de cannabis et que d'autres profils sont négligés dans le processus de contrôle.

Ces observations soulèvent des préoccupations majeures en matière de justice et d'égalité. Les contrôles policiers qui ciblent de manière disproportionnée certaines populations peuvent avoir des conséquences profondes sur la vie de ces individus, ainsi que sur leur perception de l'équité dans le système judiciaire. Par conséquent, il est essentiel d'examiner de près ces pratiques pour garantir que les droits de tous les citoyens sont respectés, quel que soit leur origine ethnique, leur situation sociale ou leur statut³⁸⁸. Selon les dernières études³⁸⁹, on constate ainsi :

- que l'âge moyen des usagers dans l'année est supérieur à l'âge moyen des personnes interpellées ;

³⁸⁷ (F.) Jobard, « Police, justice et discriminations raciales », in D. Fassin, E. Fassin (dir.), *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française*, Paris, Ed. La Découverte, 2006, pp. 211- 229.

³⁸⁸ (M.-D.) Barre, (S.) Delaitre, (M.-L.) Pottier, *Toxicomanie, police, justice : trajectoires pénales*, Ed. CESDIP-OFDT, Guyancourt-Paris, 2001, 98 p.

³⁸⁹ (P.) Peretti-Watel « Usagers interpellés, usagers déclarés : les deux visages du fumeur de cannabis », in *Déviance et Société*, 2004, vol. 28, pp. 335-352.

- que les hommes ont plus de risque d'être interpellés que les femmes ;

- que les usages de drogues sont répartis de manière relativement homogène à travers les professions et catégories sociales. La proportion de cadres, commerçants, artisans, professions libérales et artistiques interpellés est très faible (environ 3 %). À l'inverse, la proportion des étudiants interpellés est d'un tiers, celle des personnes sans profession est, elle aussi, d'un tiers, enfin, celle des ouvriers est d'un sur cinq.

Les données de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) révèlent des disparités significatives en ce qui concerne la consommation de cannabis et les interpellations liées à cette consommation dans différentes régions de France. Par exemple, en Franche-Comté, 14 % des jeunes de 17 ans déclarent une consommation régulière de cannabis, tandis qu'en Île-de-France, ce taux est de 8 %. Cependant, les chiffres d'interpellation pour consommation de cannabis présentent une image différente. En Franche-Comté, le taux d'interpellations est de 32,8 individus pour 10 000 habitants, tandis qu'en Île-de-France, ce taux est de 74 pour 10 000 habitants. Ce chiffre augmente considérablement à 109,8 individus interpellés pour 10 000 habitants en Seine-Saint-Denis.

Une tendance notable est que la grande majorité des interpellations concerne les jeunes hommes issus de milieux populaires. En partie, cette observation peut être attribuée au fait que ces groupes sont plus susceptibles de faire l'objet de fouilles dans les espaces publics. Il est toutefois important de noter que la consommation de cannabis est à peu près équivalente dans les différents milieux sociaux, voire légèrement plus élevée dans les classes moyennes³⁹⁰.

Ces disparités entre la consommation de cannabis et les interpellations soulèvent des questions sur l'équité dans l'application de la loi en matière de drogues. Il est essentiel d'examiner de près les pratiques policières et de s'assurer qu'elles ne sont pas discriminatoires ou biaisées envers certaines populations. La recherche d'une approche plus équilibrée et équitable dans la lutte contre la consommation de drogues est cruciale pour garantir que les droits de tous les citoyens sont respectés, quel que soit leur milieu social ou leur origine.

³⁹⁰ (D.) Fassin, *La force de l'ordre : une anthropologie de la police des quartiers*, Paris, Ed. Seuil, 2011, 408 p. (D.) Fassin, *L'ombre du monde : une anthropologie de la condition carcérale*, Paris, Ed. Seuil, 2015, 612 p.

Ces discriminations sociales au moment de l'interpellation se retrouvent au stade judiciaire. Dans une étude parue en 2013, Virginie Gautron et Jean-Noël Retière³⁹¹ montrent que, à infraction et casier judiciaire identiques :

- les chômeurs voient multiplier par 1,7 la probabilité d'une comparution immédiate, les personnes nées à l'étranger par 3, les personnes sans domicile fixe par 2,8 ;
- le risque d'être placé en détention provisoire est près de 5 fois plus élevé pour les personnes nées à l'étranger, près de 6 fois plus élevé pour les personnes sans domicile fixe. Or le passage en comparution immédiate, comme la détention provisoire, multiplie par 8 la probabilité d'être condamné à de la prison ferme ;
- les personnes sans domicile fixe ont également 2 fois plus de risques d'être condamnées à une peine d'emprisonnement ferme ;
- la privation d'emploi augmente également, mais plus légèrement, l'exposition à une condamnation à de l'emprisonnement ferme (1,5 fois plus que pour un prévenu détenteur d'un emploi). À contrario, elle limite celle d'une amende (1,3 fois moins probable) ou d'un stage (1,6) ;
- les prévenus les plus impécunieux (moins de 300 euros de revenus mensuels) s'attirent de façon très significative plus de réquisitions et de condamnations (3,3 fois plus) à de l'emprisonnement ferme comparativement aux prévenus dont les ressources excèdent 1 500 euros. Or les minorités, comme les toxicomanes, cumulent davantage les marques du paupérisme.

En ce qui concerne les individus nés à l'étranger, il est important de souligner que les réquisitions et les peines d'emprisonnement ferme ne révèlent pas de discrimination particulière. Cependant, il est à noter que ces individus sont souvent confrontés à une plus grande sévérité. Mais celle-ci est influencée par d'autres variables qui affectent également les personnes sans domicile fixe. Ces variables incluent le placement en détention provisoire, la comparution immédiate, l'absence à l'audience, et d'autres facteurs similaires. Il est donc essentiel de prendre

³⁹¹ (V.) Gautron, (J.-N.) Retière, « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées », in (J.) Danet (coord.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, PUR, octobre 2013, pp. 211-251.

en compte l'ensemble du contexte juridique et des circonstances individuelles pour une évaluation complète de la situation.

Depuis la fin des années 90, les recommandations successives du ministère de la Justice en ce qui concerne les infractions liées à l'usage simple de stupéfiants encouragent vivement les autorités judiciaires à privilégier l'utilisation d'alternatives aux poursuites³⁹². De manière significative, la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance a introduit une mesure importante, à savoir la création de stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants en tant qu'alternatives aux poursuites.

Cependant, il est crucial de souligner qu'un phénomène de sélection sociale se manifeste de manière indéniable dans les peines prononcées et dans le choix des alternatives aux poursuites. En particulier, les stages de sensibilisation sont fréquemment écartés par les juges lorsque la personne mise en cause ne dispose pas des moyens financiers nécessaires pour les payer. Étant donné que le coût de ces stages est généralement à la charge du prévenu et que les dispenses sont accordées de manière exceptionnelle, de nombreux délinquants se trouvent dans l'incapacité de s'acquitter de cette somme, même si elle est modeste et susceptible d'être échelonnée³⁹³.

Cette situation complexe met en évidence les défis liés à la faible capacité financière de la population pénale. Un grand nombre de délinquants se retrouvent dans une situation précaire et ne peuvent pas supporter les coûts associés aux mesures alternatives aux poursuites. Par conséquent, malgré les intentions louables de ces alternatives, elles peuvent avoir pour conséquence involontaire une imposition de peines plus sévères aux personnes défavorisées, ce qui soulève des préoccupations liées à l'équité et à l'accès à la justice.

La circulaire émise par la direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) en date du 9 mai 2008³⁹⁴, ainsi que les exigences définies dans le cahier des charges de la MILDECA, réservent la participation au stage « stupéfiants » exclusivement aux individus

³⁹² Voir notamment la Circulaire du 9 mai 2008 de politique pénale *relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances*, Circulaire du 16 février 2012 de politique pénale *relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de produits stupéfiants*.

³⁹³ (V.) Gautron, (P.) Raphalen, « Les stages : une nouvelle forme de pénalité ? », in *Déviante et Société*, vol. 37, n°1, 2013, pp. 25-48.

³⁹⁴ Circulaire CRIM 08-11/G4 du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances.

socialement intégrés, ayant les moyens financiers nécessaires pour couvrir les frais associés. Ce dispositif exclut délibérément les personnes considérées comme socialement désocialisées ou en situation précaire, notamment celles sans domicile fixe³⁹⁵. La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) remet en question ces dispositions du point de vue de l'égalité devant la loi.

Il est notable que certaines juridictions aient divergé de cette interprétation en proposant parfois des stages gratuits, même si ceux-ci ne sont pas explicitement prévus par les textes de loi. Cependant, il est important de noter que la grande majorité des individus qui bénéficient de ces stages proviennent de milieux économiquement plus favorisés. Cette situation peut être interprétée comme une tentative d'individualisation des peines, dans laquelle les ressources financières des personnes sont prises en compte.

Il convient de souligner que ces intentions vertueuses présentent une certaine ambivalence. Lorsque les magistrats se trouvent dans l'impossibilité d'imposer une amende ou un stage en raison de la situation économique précaire de l'individu, ils sont souvent contraints de recourir à des peines plus sévères. Cette réalité met en lumière les défis auxquels sont confrontés les individus défavorisés dans le système judiciaire, ce qui soulève des questions complexes liées à l'équité et à l'accès à la justice.

En l'absence de statistiques ethniques en France, il demeure une grande difficulté, voire une impossibilité, à obtenir des données objectives sur d'éventuelles discriminations ethniques dans le traitement judiciaire des infractions liées aux stupéfiants. Néanmoins, plusieurs éléments laissent fortement présumer que de telles discriminations existent.

Didier Fassin, par exemple, a observé que les jeunes issus de milieux sociaux modestes, qui n'ont pas accès à des appartements indépendants et spacieux pour se réunir, ont tendance à consommer du cannabis en dehors de leur lieu de résidence, les exposant ainsi davantage au regard des forces de l'ordre par rapport aux jeunes plus aisés. À cette réalité s'ajoute le phénomène de profilage ethnique lors des contrôles aléatoires d'identité, ainsi que le sentiment croissant de division selon des lignes raciales³⁹⁶ au sein de la société.

³⁹⁵ *Ibidem*.

³⁹⁶ (D.) Fassin, 2011, *op.cit*, p.179 et 180.

De plus, la surreprésentation de la population dite « de couleur » dans les établissements pénitentiaires français ne peut être pleinement comprise qu'en considérant l'inégalité persistante devant la loi à laquelle elle est confrontée³⁹⁷. Ces éléments convergents suggèrent une corrélation entre l'origine ethnique, la classe sociale et le traitement judiciaire des infractions liées aux stupéfiants en France, bien que cela demeure difficile à quantifier sans données ethniques officielles.

L'absence de données exactes en France peut être partiellement comblée en comparant les données disponibles dans d'autres pays européens. Par exemple, les conclusions d'un récent rapport sur l'usage et la criminalisation des drogues au Royaume-Uni³⁹⁸ révèlent une tendance troublante.

Bien que les Noirs et les Asiatiques consomment moins de drogues illicites que les Blancs, l'application de la loi semble se concentrer sur ces communautés. Les membres de ces groupes sont six fois plus susceptibles d'être arrêtés et fouillés que les Blancs, et ils sont souvent soumis à des sanctions plus sévères pour la simple possession de substances illicites. Ces disparités raciales sont également évidentes pour toutes les infractions liées aux drogues, y compris celles liées au trafic, où les personnes noires sont quatre fois plus susceptibles d'être condamnées que les personnes blanches³⁹⁹. Ces constats mettent en évidence une tendance préoccupante à la discrimination ethnique dans le traitement des infractions liées aux stupéfiants qui transcende les frontières nationales. Il est essentiel de reconnaître et de remédier à ces inégalités pour garantir un système de justice équitable et respectueux des droits de tous les citoyens, quelle que soit leur origine ethnique⁴⁰⁰.

Aux États-Unis, des études révèlent des pratiques manifestement discriminatoires en matière de répression des drogues⁴⁰¹. Malgré des niveaux de consommation relativement

³⁹⁷ *Ibidem*.

³⁹⁸ (D.) Bear, (N.) Eastwood, (M.) Shiner, *The numbers in black and white : Ethnic disparities in the policing and prosecution of drug offences in England and Wales*, Londres, Ed. Release, 2013, 58 p.

³⁹⁹ Les Noirs bénéficient d'un rappel à la loi dans 22 % des cas et sont condamnés dans 78 % des cas. Pour les Blancs, les proportions sont de 56 % et 44 %.

⁴⁰⁰ (D.) Bear, (N.) Eastwood, (M.) Shiner, *op. cit.*, p. 41.

⁴⁰¹ (W.) Bunting, (E.) Edwards, (L.) Garcia, *The War on Marijuana in black and white*, New-York, Ed. American Civil Liberties Union, septembre 2013, 185 p.

similaires, les Afro-Américains sont victimes de sanctions disproportionnées par rapport aux Blancs. En moyenne, ils sont plus de trois fois plus susceptibles d'être arrêtés pour des infractions liées aux drogues. Cette discrimination raciale s'accompagne également d'une discrimination en fonction du type de drogue, reflétant les préjugés des magistrats et entraînant des condamnations différentes en fonction de la substance.

Il est troublant de constater que les peines encourues en cas de consommation de crack sont cent fois plus sévères que celles pour la consommation d'héroïne, alors que le crack est principalement associé à la communauté afro-américaine, tandis que l'héroïne est plus fréquemment consommée par les Blancs.

Ces données révèlent l'existence de disparités flagrantes dans le système de justice américain en ce qui concerne la répression des drogues. Ces disparités sont à la fois raciales et liées au type de drogue, ce qui souligne la nécessité de réformes visant à garantir un traitement équitable et impartial pour tous les individus, indépendamment de leur origine ethnique ou de la substance en cause.

Face à ce constat alarmant, l'Association française pour la réduction des risques (AFR) a plaidé pendant de nombreuses années en faveur d'un changement radical de la politique des drogues en France. L'objectif principal est d'enrayer le processus de racialisation qui semble s'opérer dans la guerre contre les drogues. En 2015, l'AFR a initié un projet intitulé « Guerre aux drogues, guerre raciale » visant à explorer la corrélation entre les discriminations raciales et la politique de répression des usagers de drogues⁴⁰².

Ce projet a recueilli des témoignages poignants pour tenter de dessiner un tableau de la relation entre les discriminations raciales et la criminalisation des consommateurs de drogues. Faute de disposer de données plus exhaustives, ces récits mettent en lumière les inégalités et les injustices auxquelles sont confrontées certaines communautés, et en particulier, celles issues de minorités ethniques dans le contexte de la lutte contre les drogues en France.

⁴⁰² Association française pour la réduction des risques : « Guerre aux drogues, guerre raciale » (<http://gdgr.fr/>) et Libération du 15 avril 2015, « La lutte contre les drogues, une « guerre raciale » ? », par (K.) Hullot-Guiot et (C.) Bourgneuf http://www.liberation.fr/societe/2015/04/15/la-lutte-contre-les-drogues-une-guerre-raciale_1240975

Il devient essentiel de prendre en compte ces témoignages et de mener des réflexions approfondies pour réformer la politique des drogues et lutter contre la racialisation de cette guerre, afin de garantir un traitement équitable et respectueux des droits fondamentaux de tous les citoyens.

B . La question des soins pénalement ordonnés

Les soins pénalement ordonnés consistent à imposer certains traitements médicaux à une personne poursuivie ou condamnée pour une infraction pénale. Ils ont pour principale finalité de réduire, si ce n'est d'éviter, le risque de réitération de l'infraction. Ils reposent sur le postulat selon lequel un comportement qualifié de pathologique a pu participer à la commission de l'infraction. D'une manière générale, l'obligation de se soigner peut-être prononcée dans le cadre de la répression de toutes les infractions pénales. On la retrouve à tous les stades de la procédure judiciaire : avant la condamnation, au moment de la condamnation, et après celle-ci. Des dispositions spécifiques sont prévues pour les infractions liées à l'usage de produits illicites ou à la consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques comme l'injonction thérapeutique (IT) prévue par le Code de la santé publique⁴⁰³. L'injonction thérapeutique est une mesure alternative aux poursuites pénales⁴⁰⁴ qui, contrairement à l'obligation de soins, comporte une articulation formalisée entre les systèmes judiciaire et sanitaire via l'existence d'un « médecin relais »⁴⁰⁵. Ce n'est qu'ensuite que l'IT sera effectivement mise en œuvre, le médecin relais en assurant la surveillance⁴⁰⁶.

La notion de soins pénalement ordonnés englobe une démarche juridique visant à imposer des traitements médicaux à une personne poursuivie ou condamnée pour une infraction pénale. L'objectif central de cette approche est de réduire, voire d'éliminer, le risque de récidive en traitant les éventuelles causes sous-jacentes du comportement délictueux.

⁴⁰³ Articles L.3413-1 à L.3413-4 du Code de la santé publique.

⁴⁰⁴ Article 132-45.3 du Code pénal modifié par la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

⁴⁰⁵ Ce dernier est un médecin inscrit par le procureur de la République sur une liste particulière et désigné par l'ARS afin d'examen de la personne. C'est lui qui détermine l'indication d'une prise en charge médicale adaptée s'il existe une dépendance physique et/ou psychologique à une substance psychoactive.

⁴⁰⁶ Décret n° 2008-364 du 16/04/2008 relatif au suivi des mesures d'injonction thérapeutique et aux médecins relais.

Fondamentalement, elle repose sur l'hypothèse que des troubles ou des problèmes de santé mentale peuvent avoir contribué à la commission de l'infraction.

Il est essentiel de noter que cette obligation de se soigner peut être mise en place à l'égard de toutes les infractions pénales, et ce, à différents stades de la procédure judiciaire. Elle peut être envisagée avant la condamnation, au moment de la condamnation ou même après celle-ci. Toutefois, il convient de souligner que des dispositions spécifiques sont prévues pour les infractions associées à l'usage de substances illicites ou à une consommation excessive et habituelle d'alcool.

Dans ce contexte, l'injonction thérapeutique (IT), telle que définie par le Code de la santé publique, se distingue comme une alternative aux poursuites pénales. Cette mesure s'articule autour d'une coordination formelle entre les systèmes judiciaires et de santé, et elle nécessite l'intervention d'un « médecin relais » pour garantir un suivi médical approprié. L'objectif de l'IT est de fournir à la personne concernée les soins médicaux nécessaires pour traiter les éventuels troubles de santé mentale ou de dépendance à des substances, contribuant ainsi à prévenir de futures infractions. En intégrant le volet médical dans le cadre de la justice pénale, les soins pénalement ordonnés visent à offrir une réponse holistique aux problèmes sous-jacents, dans l'espoir de favoriser la réhabilitation et de réduire la récidive.

Il est important de noter que l'injonction thérapeutique peut être mise en œuvre dans différents contextes procéduraux. Le plus fréquemment, elle est utilisée en tant que modalité d'exercice de l'action publique, ce qui signifie que le procureur de la République peut y avoir recours conformément à l'article L. 3423-1 du Code de la santé publique. Dans cette situation, la mesure a une durée initiale de six mois et peut être renouvelée jusqu'à trois fois, offrant ainsi une période d'intervention potentiellement étendue.

Deuxièmement, l'injonction thérapeutique peut également être délivrée par ordonnance du juge d'instruction, du juge des enfants ou du juge des libertés et de la détention. Cela intervient généralement pendant la phase d'instruction et s'applique à la personne mise en examen avec une durée maximale de 24 mois.

Enfin, bien que moins fréquente dans la pratique, la juridiction de jugement a la possibilité de prononcer une mesure d'injonction thérapeutique en tant que peine complémentaire à l'encontre des personnes reconnues coupables de l'infraction d'usage illicite

de produits stupéfiants. Dans ce cas, la durée de l'injonction thérapeutique peut aller jusqu'à 24 mois. Ces diverses possibilités de mise en œuvre permettent d'adapter la mesure aux spécificités de chaque situation et de garantir un suivi médical adéquat pour les personnes concernées.

L'injonction thérapeutique, prévue aux trois étapes de la procédure pénale, à savoir la poursuite, l'instruction et le jugement, couvre un large champ d'application, bien qu'elle se limite au domaine de l'usage illicite de stupéfiants. Cependant, il est essentiel de noter que dans ce cadre législatif, aucune disposition textuelle n'aborde explicitement la question du consentement du prévenu, de la personne mise en examen ou du condamné soumis à un acte médical ou à des soins. Les dispositions du Code de la santé publique, qui régissent de manière générale la prise en charge médicale des toxicomanes, n'évoquent pas non plus la question du consentement. De même, les dispositions spéciales habilitant les magistrats à recourir à l'injonction thérapeutique n'abordent pas cette question.

En l'absence d'une exclusion explicite, le principe général de l'exigence du consentement à un acte médical et aux soins s'applique en vertu du droit commun. Cependant, il est nécessaire d'explorer les conditions dans lesquelles ce consentement est exprimé et de s'assurer qu'il est donné de manière libre et éclairée. Cette question revêt une grande importance dans le cadre de l'injonction thérapeutique, car elle concerne le respect des droits fondamentaux des personnes concernées et garantit un processus médical éthique et équitable.

Dans un avis précédent sur le consentement, la CNCDH a mis en évidence l'impératif de garantir un consentement aussi éclairé que possible, en particulier, lorsqu'il s'agit du recueil du consentement et du respect de l'autonomie des personnes vulnérables. Cette recommandation tient compte du déséquilibre souvent significatif dans la relation entre la personne qui propose des solutions aux problèmes rencontrés et la personne en situation de vulnérabilité. Cette dernière a le choix d'accepter ou de refuser. Mais elle n'a généralement pas la capacité de proposer des alternatives. Souvent, son autonomie de choix est restreinte en raison de l'ascendant ou de l'autorité de la personne qui fait des propositions, qu'il s'agisse d'un médecin, de la famille, d'un travailleur social ou d'une institution⁴⁰⁷.

⁴⁰⁷CNCDH, *Avis sur le consentement : qualité et limites. Le cas des personnes âgées vulnérables*, adopté par l'assemblée plénière du 16 avril 2015, JORF n° 0158 du 10 juillet 2015, texte n° 126.

En ce qui concerne l'injonction thérapeutique⁴⁰⁸, il est essentiel de rechercher le consentement éclairé de la personne en l'informant pleinement des conditions et des conséquences de sa prise en charge. Cependant, dans la pratique, cette disposition est souvent contournée. Par conséquent, il est impératif de veiller à ce que le consentement de la personne soit effectivement recueilli et que sa volonté soit respectée. La recherche de l'adhésion de la personne aux actes qui la concernent, qu'il s'agisse de son placement en institution, de son consentement aux soins et aux traitements, ou d'autres décisions importantes, doit être une démarche systématique visant à préserver ses droits fondamentaux et sa dignité.

Dans le contexte de l'injonction thérapeutique, les professionnels de la santé et les autorités judiciaires doivent s'engager à respecter pleinement les principes du consentement éclairé, comme le développe Virginie Gautron⁴⁰⁹. Cela implique de fournir à la personne toutes les informations nécessaires, de lui permettre de poser des questions, et de respecter sa décision, qu'elle choisisse de suivre le traitement proposé ou non. Cette approche centrée sur le respect des droits de la personne contribue à garantir une prise en charge plus juste et éthique des personnes en situation de vulnérabilité, tout en favorisant leur bien-être et leur réintégration dans la société. Plusieurs critères sont mobilisés pour définir l'usager « méritant » parmi lesquels :

- être un simple usager, ce qui exclut bien souvent les cas d'usages-revente, quand bien même l'auteur serait dépendant ;
- l'usager ne doit pas avoir commis une infraction connexe ;

⁴⁰⁸ Audition publique de Virginie Gautron le 16 juin 2016.

⁴⁰⁹ Virginie est Maître de conférences en droit pénal et sciences criminelles, ainsi que directrice adjointe du laboratoire « Droit et Changement Social ». Sa thèse, intitulée « Les politiques publiques de lutte contre la délinquance », a été récompensée en 2007 par le prix « Emile Garçon » de l'Association française de droit pénal. Ses recherches portent sur plusieurs thématiques telles que les partenariats dans le domaine de la lutte contre la délinquance, les pratiques décisionnelles pénales, les dispositifs d'incitation aux soins, les soins pénalement ordonnés, ainsi que le champ de l'expertise. Elle co-dirige actuellement une recherche quantitative et qualitative sur le dispositif des injonctions de soin à Nantes. En plus de ses activités de recherche, elle participe aux comités de rédaction de plusieurs revues scientifiques, notamment *Déviance et Société*, *Champ pénal/Penal Field* et *Archives de politique criminelle*. Elle est également membre du comité scientifique de l'Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie (OFDT) et fait partie du Conseil du Groupe Européen de Recherche sur les Normativités (G.E.R.N.).

- les antécédents en matière d'ILS sont également pris en compte pour récuser une injonction thérapeutique ;
- certains magistrats estiment que les héroïnomanes ne peuvent être de simples usagers et réservent l'injonction thérapeutique aux seuls usagers de drogues « douces », en contradiction avec l'esprit et les termes de la loi de 1970.

En fin de compte, la considération de toute personne consommant des substances illicites comme malade est souvent conditionnée par son statut de délinquant. C'est seulement après l'évaluation de ces critères que le degré de dépendance entre en jeu. Virginie Gautron souligne également que le dispositif souffre d'un manque de ressources en matière de prise en charge sanitaire. Dans plus de la moitié des juridictions, les injonctions de soins ne peuvent pas être mises en œuvre de manière satisfaisante en raison du manque de professionnels qualifiés. Au 1^{er} septembre 2011, on dénombrait seulement 237 médecins coordonnateurs, répartis de manière inégale sur le territoire⁴¹⁰. Début 2012, 17 départements en étaient complètement dépourvus, alors qu'en 2010, 32 départements étaient déjà dans cette situation. Par conséquent, la loi de programmation de 2012 estimait à 1 750 le nombre de mesures non exécutées, soit plus de 30 % des mesures en cours à cette époque. De plus, certains départements souffrent également d'une pénurie évidente de médecins addictologues et ne disposent d'aucun « médecin-relais » pour faciliter la mise en place de l'injonction thérapeutique. Cette insuffisance de ressources médicales compromet sérieusement l'efficacité du dispositif de prise en charge sanitaire des personnes concernées.

« D'autres difficultés résultent des tensions entre acteurs judiciaires, sanitaires et sociaux, qui sont apparues dès les premières formules d'accompagnement médico-social des personnes placées sous main de justice. Faute de demande spontanée et authentique, de nombreux professionnels de santé demeurent sceptiques quant à l'efficacité des thérapies fondées sur la contrainte, qui réduisent d'autant les possibilités de suivre les patients réellement demandeurs dans un contexte d'encombrement des services. Ils regrettent une véritable confusion des genres, le magistrat devenant un prescripteur médical et le médecin un auxiliaire de justice chargé d'exécuter une sentence. Ils craignent d'être instrumentalisés par l'institution judiciaire, qui éloignerait les thérapeutes de leur mission première, soulager le sujet de ses

⁴¹⁰ (E.) Blanc, *Rapport d'information n°4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Paris, Ed. Assemblée nationale, 2012, 192 p.

souffrances, au profit d'une fonction détournée de contrôle social »⁴¹¹. De nombreux professionnels estiment que l'injonction thérapeutique ne peut fonctionner et que seul un vrai travail interdisciplinaire « santé-justice » peut produire des effets positifs.

III. Le droit à la protection de la santé

Tout d'abord, il existe des obstacles à l'accès aux soins en raison de discriminations **(A)**. De plus, il y a des lacunes dans la prise en charge sanitaire et sociale **(B)**. Enfin, les limites légales et réglementaires de la politique de réduction des risques et des dommages peuvent engendrer des risques supplémentaires **(C)**.

En ce qui concerne le premier point, les usagers de drogues peuvent faire face à des discriminations qui entravent leur accès aux soins. Cela peut inclure des préjugés et des stigmatisations de la part des professionnels de la santé, ce qui dissuade certains usagers de chercher de l'aide. De plus, certaines politiques punitives peuvent également décourager les usagers de drogues à accéder aux services de santé, de peur de représailles légales.

Le deuxième point concerne les lacunes dans la prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues. Il peut y avoir un manque de ressources, de personnel qualifié et de programmes de réduction des risques dans certaines régions, ce qui limite l'accès à des soins de qualité. De plus, l'offre de services de désintoxication et de réhabilitation peut être insuffisante, ce qui laisse de nombreuses personnes sans options de traitement adéquates.

En ce qui concerne le troisième point, les limites légales et réglementaires de la politique de réduction des risques et des dommages peuvent créer des risques supplémentaires pour les usagers de drogues. Par exemple, l'accès limité aux « kits de réduction » des risques peut augmenter les dangers liés à l'usage de drogues. De plus, les sanctions pénales pour la possession de drogues peuvent dissuader les usagers de rechercher des soins de santé, les exposant ainsi à des risques pour leur santé.

En résumé, bien que le droit à la protection de la santé soit un principe fondamental, il existe des obstacles importants à son application effective pour les usagers de drogues en

⁴¹¹ (V.) Gautron, *op.cit.*, p.189.

France, notamment en raison de discriminations, de lacunes dans la prise en charge sanitaire et sociale et de limites légales et réglementaires. Ces défis doivent être surmontés pour garantir un accès équitable aux soins de santé pour cette population.

A. Accès aux soins et discriminations

Dans son analyse des impacts mondiaux de la problématique des drogues sur la jouissance des droits de l'Homme, le Haut-Commissaire des Nations Unies⁴¹² met en évidence, en s'appuyant particulièrement sur les recherches du rapporteur spécial sur le droit à la santé, un problème majeur. Il souligne que les individus utilisant des substances illicites dans des pays où la consommation de drogues est considérée comme une infraction pénale peuvent être réticents à chercher des soins médicaux de peur que des informations relatives à leur consommation ne soient divulguées aux autorités, entraînant ainsi leur arrestation ou leur incarcération⁴¹³.

Cette crainte légitime constitue un obstacle significatif à l'accès aux soins de santé pour les usagers de drogues. Elle peut les dissuader de consulter des professionnels de la santé, ce qui compromet leur bien-être et leur santé globale. Cette situation crée un dilemme pour les individus qui cherchent à préserver leur santé tout en évitant d'entrer en conflit avec la loi. Il est essentiel de résoudre ce problème afin de garantir un accès équitable aux soins de santé pour tous, indépendamment de leur statut en matière de drogues, tout en respectant leurs droits fondamentaux⁴¹⁴.

La criminalisation de l'usage de drogues, en particulier dans le contexte de populations déjà marginalisées et vulnérables, est susceptible d'avoir des répercussions dévastatrices sur la santé publique. Tout d'abord, elle peut encourager des comportements à haut risque, tels que le partage de matériel d'injection, favorisant ainsi la transmission du VIH et de l'hépatite C. De plus, la criminalisation peut pousser les individus à consommer des drogues dans des

⁴¹² Nations Unies, Conseil des droits de l'Homme, Rapport annuel du Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'Homme. *Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme*, 4 septembre 2015, A/HRC/30/65, § 24 à 30.

⁴¹³ *Ibidem*.

⁴¹⁴ Et notamment les jeunes qui en sont peut être à leurs premières expériences des drogues.

environnements insalubres et isolés, augmentant ainsi le risque d'infections et de décès par overdose.

En outre, la criminalisation crée des obstacles tant politiques que pratiques à la mise en œuvre d'interventions de santé efficaces. La plupart des personnes qui ont le plus besoin de traitement, de mesures de réduction des risques ou d'informations sont souvent réticentes à demander de l'aide, par crainte d'être arrêtées, d'avoir un casier judiciaire ou même d'être stigmatisées⁴¹⁵. Cette situation compromet l'efficacité des programmes de santé publique visant à prévenir et à traiter les problèmes liés à la consommation de drogues, créant ainsi un cercle vicieux où la criminalisation entrave la réponse aux problèmes de santé publique liés à la drogue.

L'approche pénale et les perceptions sociales peuvent avoir des implications significatives en ce qui concerne l'accès aux soins. Il est fréquent que les témoignages révèlent que lorsqu'un usager de drogue est admis dans un établissement de soins, il est souvent catégorisé comme un « patient spécial ». Au lieu de recevoir tous les soins nécessaires à sa condition médicale, adaptés à sa situation individuelle, il est trop souvent étiqueté principalement comme un « malade » de la toxicomanie, plutôt que comme un patient souffrant d'autres pathologies en plus de l'addiction.

Cette perception biaisée peut entraver l'accès à un traitement médical complet et approprié pour les usagers de drogues, car elle limite la prise en compte d'autres problèmes de santé qu'ils pourraient rencontrer. Cette stigmatisation peut compromettre la qualité des soins de santé fournis aux personnes souffrant d'addictions, ce qui souligne l'importance de changer ces perceptions pour garantir un accès équitable aux soins pour tous les patients, quelle que soit leur situation médicale ou leur addiction.

Il est regrettable de constater que dans certains établissements hospitaliers, la prise en charge des usagers de drogues peut dévier de la pathologie physique pour laquelle ils ont été admis. Dans de tels cas, l'accent est mis sur la toxicomanie plutôt que sur la condition médicale sous-jacente, ce qui a de graves conséquences sur la qualité des soins médicaux fournis. Les patients se retrouvent souvent confrontés à un dilemme où les soins médicaux ne leur sont

⁴¹⁵ Audition publique de (F.) Olivet et de (G.) Lachaze, ASUD, le 13 mai 2016.

accordés qu'en échange de leur engagement à suivre un traitement de sevrage. Cette approche est problématique, car ces patients n'ont pas initialement sollicité l'hospitalisation pour traiter leur addiction, mais plutôt, pour une condition médicale spécifique.

De plus, une fois admis aux soins, les usagers de drogues peuvent être perçus comme des patients « à risque »⁴¹⁶, ce qui peut entraîner le refus de certains traitements en raison de la méfiance à l'égard de leur addiction. Cette méfiance peut entraver l'accès à des traitements médicaux essentiels, compromettant ainsi la qualité des soins fournis aux patients. Il est impératif de sensibiliser les professionnels de la santé à la nécessité de fournir des soins médicaux complets et adaptés à chaque patient⁴¹⁷, indépendamment de leur addiction, pour garantir des soins de qualité pour tous.

B. Une prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues encore trop lacunaire

En dépit des efforts réalisés au cours de la dernière décennie pour restructurer l'offre de soins en addictologie, des progrès restent à faire sur le plan de la formation des personnels soignants, de l'adaptation de l'addictologie aux besoins des patients, et de la création de véritables réseaux de soins (1), tout comme le suivi de populations vulnérables, comme les détenus (2), ou les femmes usagères (3).

1. L'insuffisante structuration du réseau de soins en addictologie

La formation actuelle des professionnels de santé en matière d'addictions est souvent jugée insuffisante, ce qui limite leur capacité à traiter efficacement ces problèmes dans leur pratique. Le rapport de Michel Reynaud⁴¹⁸, intitulé « Dommages liés aux addictions et stratégies validées pour réduire ces dommages », décrit l'état de cette formation comme « très insuffisant », soulignant la nécessité d'un renforcement conséquent et continu de la formation médicale dans ce domaine⁴¹⁹. Face à la complexité et à l'évolution constante du secteur de

⁴¹⁶ Et par conséquent considéré comme irresponsable, car incapable d'analyser sérieusement son état de santé.

⁴¹⁷ Et notamment les traitements contre la douleur.

⁴¹⁸ Michel Reynaud (1950-2020) est un psychiatre et addictologue français, professeur des Universités et praticien hospitalier. Durant toute sa vie, il a travaillé à structurer l'addictologie comme discipline en France au cours de sa carrière universitaire, puis, en créant le Fonds « Actions Addictions » et le portail « Addict'Aide: le village des addictions ».

⁴¹⁹ (M.) Reynaud, *Dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages*, Paris, Ed. MILDT, 2013, 109 p.

l'addictologie, la « Fédération Addiction » recommande d'intégrer l'enseignement en addictologie tant dans les formations initiales que continues des professionnels de santé. Bien que l'offre de soins en addictologie ait significativement évolué ces dernières années, il reste des opportunités d'amélioration pour mieux répondre aux besoins des patients, notamment en évitant la stigmatisation des usagers de drogues illicites, en proposant des soins de proximité et en renforçant les structures de soins avec hébergement.

Les rapports d'activité des établissements médico-sociaux publiés par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) révèlent des lacunes dans la couverture territoriale des services. Par exemple, le dernier rapport de l'OFDT⁴²⁰ montre que, bien que chaque région française dispose désormais d'au moins un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), des inégalités subsistent en termes de capacité d'accueil. En 2013, la file active⁴²¹ en Picardie, avec 2 959 personnes, était gérée par trois CAARUD, soit une moyenne de 986 personnes par structure. En comparaison, dans le Nord-Pas-de-Calais, une file active de 4 712 personnes était prise en charge par douze CAARUD, avec une moyenne de 393 personnes par structure. De plus, en 2013, huit départements français ne disposaient pas de CAARUD, soulignant un déficit en matière d'accessibilité géographique. Une analyse similaire s'applique aux Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), avec des variations régionales significatives dans la prise en charge des addictions aux drogues illicites. Par exemple, en 2010, la moyenne nationale de la file active pour 1 000 habitants âgés de 15 à 65 ans était de 2,64 patients pour les CSAPA spécialisés en drogues illicites, mais cette moyenne variait considérablement d'une région à l'autre. Ces données quantitatives mettent en évidence la nécessité de renforcer l'accès géographique aux services médico-sociaux, particulièrement dans les zones rurales et les régions sous-desservies.

Il est essentiel d'assurer une offre de soins variée et adaptée pour les usagers de drogues, en particulier ceux confrontés à des sevrages complexes. La variété des options résidentielles, telles que les Centres Thérapeutiques Résidentiels (C.T.R.), les communautés et appartements thérapeutiques, ainsi que les familles d'accueil, est cruciale. Ces structures résidentielles ont démontré leur efficacité en facilitant un sevrage à long terme, tout en contribuant à améliorer

⁴²⁰ (A.) Cadet-Taïrou, (S.) Dambélé, *Les CAARUD en 2010, Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD*, Saint-Denis, Ed OFDT, avril 2014, 51 p.

⁴²¹ Nombre de patients pris en charge au cours de l'année.

les habitudes de vie et la réinsertion sociale des individus les plus vulnérables. Néanmoins, le rapport Reynaud révèle une insuffisance dans l'offre de soins résidentiels. Malgré une demande croissante, les capacités d'accueil ont diminué, avec une réduction notable du nombre de C.T.R. de 60 à 34 entre 1999 et 2011, une division par quatre des capacités d'accueil en famille, et une stagnation du nombre d'appartements thérapeutiques. Même l'augmentation des communautés thérapeutiques ne compense pas cette baisse. Le rapport recommande donc de doubler les capacités d'accueil des services résidentiels, visant une moyenne régionale de 30 places en C.T.R., 30 en communautés thérapeutiques, et 10 en réseau de familles d'accueil. Il est à noter que ces chiffres sont des moyennes, la spécificité du soin résidentiel ne nécessitant pas une proximité géographique, l'éloignement du milieu habituel étant même un élément clé du traitement. Les besoins devraient donc être évalués à l'échelle nationale.

La diversité des structures de prise en charge des addictions est à la fois un atout et un défi. Elle offre une gamme complète de soins, mais peut aussi rendre le système difficile à naviguer pour les patients. Cette complexité peut entraver l'identification du bon interlocuteur et nuire à la continuité des soins, affectant ainsi le succès du processus de rémission. Il est donc impératif que toutes les entités impliquées, y compris les établissements médico-sociaux, les services hospitaliers et la médecine de ville, coopèrent de manière efficiente. Cette collaboration vise à structurer l'offre de soins en se focalisant sur les besoins spécifiques des patients.

2. La question spécifique de la prise en charge en milieu carcéral

En 2010, l'Institut National de Santé et de Recherche Médicale (INSERM) a réalisé une expertise collective pour examiner l'application du concept de réduction des risques en France, avec une attention particulière sur le milieu pénitentiaire. Cette étude a révélé que, malgré l'existence de divers outils de prévention, il n'existe pas de politique concrète de réduction des risques dans les prisons françaises⁴²². L'expertise a également mis en lumière que le principe d'équivalence des soins entre le milieu carcéral et le milieu libre, bien qu'inscrit dans la loi française et recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), n'est pas effectivement appliqué dans les prisons françaises. Cette lacune est d'autant plus préoccupante qu'environ un quart de la population toxicomane en France passe par la prison chaque année.

⁴²² INSERM (dir.), *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Rapport*. Paris, Ed. INSERM, 2010, 573 p.

Des lacunes dans la continuité des soins sont observées, tant durant l'incarcération qu'au moment de la libération des détenus⁴²³.

La structure des soins de santé en prison est définie par la loi du 18 janvier 1994, qui a transféré la responsabilité de la prise en charge sanitaire des détenus de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. Des textes subséquents, notamment les circulaires du ministère de la Santé du 5 décembre 1996 et du 30 janvier 2002, ont précisé l'organisation des soins pour les détenus dépendants aux drogues. Ainsi, ces dernières circulaires concernent les traitements de substitution aux opiacés (TSO)⁴²⁴. Elles disposent que les TSO peuvent être initiés et maintenus en prison. La réforme de 1994, influencée par les recommandations du Haut Conseil de la santé publique⁴²⁵, établit le principe d'une équivalence de soins entre le milieu carcéral et le milieu libre, avec l'objectif d'offrir aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalente à celle disponible pour le reste de la population⁴²⁶. La responsabilité des soins pour les détenus souffrant de dépendance aux drogues est partagée entre deux services rattachés au service hospitalier : l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) et le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR). À cela s'ajoutent les centres de soins spécialisés pour les toxicomanes en milieu carcéral, qui sont sous la juridiction du SMPR. Cependant, une étude menée par la « Fédération Addiction »⁴²⁷ révèle que, bien que le principe de continuité des soins soit reconnu par les professionnels de santé, sa mise en pratique se révèle complexe pour bon nombre d'entre eux. Des obstacles sont également identifiés lors de la préparation à la sortie de

⁴²³ (T.) Bastianic, M. Jauffret-Roustide, (L.) Michel, (I.) Obradovic, « Politique de santé et services de soins concernant les drogues en prison (Thème spécifique) », in OFDT (Dir.) *Rapport national 2011 (données 2010) à l'O.E.D.T. par le point focal national Reitox – France*, 2011, pp. 181-223.

⁴²⁴ Ministère de la santé, direction générale de la santé (D.G.S.), circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996 *relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels*. Circulaire DGS/DHOS n° 2002-57 du 30 janvier 2002 *relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés*.

⁴²⁵ Haut Comité de la santé publique (H.C.S.P.), *La santé en milieu carcéral*, Rennes, Ed. ENSP, 1993, 85 p. Sur la genèse de la loi de du 18 janvier 1994, voir (G.) Guérin, « Contexte et genèse d'une réforme », in *La santé en prison*, n° 44, septembre 2003, pp. 18-20.

⁴²⁶ Le principe juridique d'équivalence des soins a été réaffirmé dans la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire : « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population » (article 46).

⁴²⁷ Fédération Addiction (Dir.), *Addiction et milieu carcéral, Les articulations entre les professionnels de santé de l'intra-muros et de l'extra-muros*, Paris, Ed. Fédération Addiction, décembre 2013, 25 p.

détention, en particulier, dans l'établissement de liens avec des structures de soins externes pouvant accueillir le détenu après sa libération. Cette absence de coordination affecte gravement le détenu, risquant de compromettre la durabilité des soins reçus durant l'incarcération, même si ces derniers ont été administrés de manière satisfaisante.

3. La question de la prise en charge spécifique des femmes

Pendant longtemps, les études sur la consommation de drogues n'ont pas différencié hommes et femmes, laissant le vécu spécifique des femmes usagères méconnu. Or les femmes confrontées à la toxicomanie font face à des défis uniques : elles sont soumises à des risques particuliers pour leur santé, notamment leur santé sexuelle, et à une stigmatisation plus marquée⁴²⁸. Cette stigmatisation accrue résulte de l'écartement des femmes de leur rôle culturel et social traditionnel et du non-respect des comportements attendus en raison de stéréotypes de genre. Cette pression sociale et culturelle a un impact significatif sur la condition des femmes usagères. Bien qu'étant moins sujettes à la toxicomanie que les hommes, les femmes consommatrices de drogues sont particulièrement vulnérables. Leur état de santé est généralement plus précaire, tant sur le plan psychologique que physique, exacerbé par des risques accrus d'agressions sexuelles et de prostitution forcée.

Dans les structures d'accueil « bas seuil », la vulnérabilité des femmes face aux hommes est particulièrement visible, se manifestant par leur isolement et leur détresse face à l'exclusion et aux violences de genre. En outre, les femmes toxicomanes rencontrent davantage d'obstacles pour accéder aux structures institutionnelles ou associatives, souvent orientées vers les hommes. Il n'existe pas de centres spécialement dédiés aux femmes et l'accueil des usagères avec enfants reste incertain.

Face à cette situation, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a exhorté les États à développer des services de traitement de la toxicomanie basés sur une approche scientifique sensible aux différences de genre. Ces services devraient inclure des programmes de réduction des risques destinés spécifiquement aux femmes incarcérées, afin de combattre les effets néfastes de la consommation de drogues⁴²⁹.

⁴²⁸ (G.) Cattaneo, *Je consomme... Et alors ?*, Paris, Ed. Aides, 2013, 48 p.

⁴²⁹ Nations Unies, CEDAW/C/GEO/CO/4-5, par. 31, al. e, 24 juillet 2004.

C. Une politique de réduction des risques et des dommages efficace confrontée aux logiques prohibitionnistes

De nombreuses organisations internationales ont mis en avant la nécessité d'implémenter des programmes de réduction des risques pour les usagers de drogues. Des entités telles que le Comité des droits économiques, sociaux et culturels⁴³⁰, le Comité des droits de l'enfant⁴³¹, et le Rapporteur spécial sur le droit à la santé⁴³² ont tous souligné l'importance d'une approche de réduction des risques. L'OMS, l'ONU DC et ONUSIDA encouragent spécifiquement ces initiatives pour les usagers de drogues injectables⁴³³. Le Haut-Commissariat des Nations Unies soutient cette approche et le Conseil des droits de l'Homme a reconnu dans sa résolution 12/27 la nécessité d'agir dans ce domaine⁴³⁴.

En France, les mesures de réduction des risques et des dommages (RdRD) ont été efficaces dans la limitation de la propagation du VIH/SIDA parmi les usagers de drogue⁴³⁵. Cette politique a également permis une meilleure compréhension des consommateurs de drogues et amélioré leur qualité de vie, modifiant la perception des usagers de drogues, notamment par les professionnels de santé. Cependant, des défis demeurent :

- sur le plan sanitaire, la situation de l'hépatite C (VHC) est moins encourageante. Bien que le taux de contamination parmi les usagers de drogues illicites ait diminué de 60 % en 1995 à 44 %, ce taux demeure élevé, avec 70 % des nouveaux cas annuels liés à l'usage de drogues injectables ou inhalées ;

⁴³⁰ Nations Unies, E/C.12/EST/CO/2 16 décembre 2011, E/C.12/RUS/CO/5, 1er juin 2011, E/C.12/ZAZ/CO/1 1er décembre 2008, , et E/C.12/UKR/CO/5, 4 janvier 2008.

⁴³¹ Dans son observation générale n° 15 (2013) sur le droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible, Nations Unies, CRC/C/GC/15, 17 avril 2013.

⁴³² Nations Unies, A/65/255, 6 août 2010.

⁴³³ OMS, ONU DC et ONUSIDA, *Guide technique pour aider les pays à fixer des objectifs pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/SIDA pour les usagers de drogues injectables*, version 2012, 2013, pp. 10-26.

⁴³⁴ Nations Unies, H.R.C., A/HRC/30/65, 4 septembre 2015, § 12.

⁴³⁵ Voir enquête « Coquelicot 2004 » : la prévalence du VIH dans la population des usagers de drogue en France est passée de 50 % à la fin des années 80 à environ 10 % en 2004. D'après les premiers résultats de l'enquête « Coquelicot 2010 », ce taux serait depuis resté stable.

- l'accès aux programmes d'échange de seringues reste limité, avec 26 % des usagers partageant encore des seringues.

En outre, il y a un manque d'adaptation des actions de RdRD aux besoins actuels des usagers, comme en témoigne la gestion des traitements de substitution aux opiacés (TSO), tels que la méthadone. La France autorise uniquement deux types de traitements, malgré l'émergence de nouvelles solutions thérapeutiques à l'étranger. Concernant le mode d'administration, l'introduction de traitements de substitution injectables est envisagée, permettant aux patients de ne pas abandonner brusquement l'acte d'injection. Par ailleurs, l'extension de la primoprescription de méthadone aux médecins généralistes est en discussion. Elle est actuellement limitée aux CSAPA et aux structures hospitalières. Cette démarche favoriserait l'accès au traitement, bien que des inquiétudes subsistent quant à la dangerosité du médicament et à la nécessité d'une délivrance sécurisée. Les résultats de l'enquête « Méthaville »⁴³⁶ ont démontré l'efficacité de la prescription initiale de méthadone par les médecins généralistes en ville, comparable à celle réalisée en centre de soins, tant en termes d'effets du traitement que de succès dans l'abstinence à l'héroïne et au crack. En plus d'être moins coûteuse, cette approche améliorerait l'adhésion des patients au traitement.

La discussion sur l'implémentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR)⁴³⁷ en France met en lumière les contradictions du modèle français de réduction des risques, caractérisé par une résistance à la logique de sevrage et la criminalisation de l'usage de drogues. Les SCMR sont des espaces où les usagers peuvent s'injecter des drogues par voie intraveineuse sous des conditions sanitaires optimales en présence de personnel qualifié. Ces établissements enseignent les bonnes pratiques d'hygiène, fournissent du matériel stérile, et supervisent les injections, tout en promouvant des techniques d'injection plus sûres. Ils orientent également les usagers vers des soins adaptés, des traitements pour la dépendance ou des services sociaux. Ces

⁴³⁶ L'étude « ANRS-Méthaville » a été lancée en 2012 sur l'initiative de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS - INSERM), ceci afin d'évaluer la faisabilité et l'efficacité de l'initiation d'un traitement par méthadone en médecine de ville. Les résultats ont été publiés en novembre 2014 dans la revue *PlosOne*. Outre les patients répartis de manière randomisée entre médecine de ville (155 personnes) et structures spécialisées (66 personnes), l'étude a supposé la nécessité d'une formation préalable des médecins primo prescripteurs, ainsi qu'un lien important avec le dispositif de soin (positionné comme une ressource pour le médecin) et avec le pharmacien (qui accueillait le patient chaque jour pour la prise durant la période d'initiation). <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0112328>

⁴³⁷ (P.) Aeberhard, (P.O.) Chaumet, (B.) Lebeau Lebovici, *La réduction des risques chez les usagers de drogues : rôle des ONG*, Bordeaux, Ed. LEH, 2019, 116 p.

salles visent à améliorer la santé des usagers de drogues et à réduire la visibilité des pratiques d'injection dans l'espace public, s'inscrivant dans une double logique de santé et de sécurité publique. Les SCMR constituent un aspect de la politique de réduction des risques et des dommages. On compte une centaine de ces salles à travers le monde, principalement en Europe (avec la première ouverte à Berne, en Suisse, en 1986), mais aussi aux Pays-Bas, en Allemagne, en Espagne, au Luxembourg, au Danemark, en Norvège, en Grèce, au Canada et en Australie.

En France, la mise en place des SCMR a rencontré une forte résistance des pouvoirs publics. Néanmoins, la loi de « Modernisation » du système de santé⁴³⁸ a finalement autorisé une expérimentation de ces salles pour une période maximale de six ans. À ce jour, le ministère de la Santé a approuvé la création de SCMR dans deux CAARUD, gérés respectivement par les associations « Gaïa » à Paris et « Ithaque » à Strasbourg. Des discussions sont en cours pour leur établissement à Bordeaux avec les associations « La Case » et le « Centre d'étude et d'information sur la drogue ». Cependant, jusqu'à présent, aucune SCMR n'a été officiellement ouverte en France.

En France, dans un contexte épidémiologique où les consommateurs de drogues sont toujours exposés à un risque infectieux élevé, la plupart des experts en réduction des risques ont longtemps reconnu l'importance d'expérimenter les salles de consommation supervisée. Cependant, les résistances face à l'implémentation des SCMR sont significatives, ce qui explique la lente évolution de ce projet en France.

Les arguments des professionnels en faveur de l'ouverture des SCMR sont principalement d'ordre sanitaire : réduire la transmission du VIH et des hépatites⁴³⁹, diminuer les infections, limiter les overdoses, *etc.* L'amélioration de l'accès aux soins est également un argument clé. Comme pour la distribution de seringues, les SCMR sont vus comme des outils thérapeutiques favorisant la relation entre usagers et soignants⁴⁴⁰. Ces salles sont envisagées comme faisant partie intégrante du parcours de consommation des usagers et de leur trajectoire de soins,

⁴³⁸ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 43. Voir également, arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque », JORF n°0072 du 25 mars 2016, texte n° 19.

⁴³⁹ (H.) Hagan, « Systematic review and meta-analysis of interventions to prevent Hepatitis C among people who inject drugs », in *Journal of Infectious Diseases*, 2011, pp. 74-83.

⁴⁴⁰ (T.) Kerr, « Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users », in *Lancet, London*, 2005, pp. 316- 318.

s'inscrivant dans une approche « gradualiste » de la réduction des risques⁴⁴¹. Cependant, cette vision n'est pas partagée par les opposants qui perçoivent l'accès à une salle de consommation comme un moyen de consolider une identité d'usager de drogues par intraveineuse, retardant ou empêchant la sortie de la toxicomanie. Durant les débats à l'Assemblée, certains ont plaidé pour le financement de communautés thérapeutiques plutôt que des SCMR, les considérant comme plus efficaces pour aider les usagers de drogues. Ces critiques reflètent la persistance d'une conception du soin axée exclusivement sur l'abstinence⁴⁴².

Le débat met en lumière les contradictions du modèle français de réduction des risques. L'utilisation des SCMR, où les injections se font sous la supervision de professionnels de santé, pourrait être perçue comme une forme de contrôle hygiéniste de la dépendance, difficilement conciliable avec la criminalisation de l'usage de drogues et les tabous moraux persistants. Les SCMR peuvent donc parfois être vues comme une tolérance inappropriée envers les consommateurs de drogues.

Cependant, telles que définies par la loi et les associations responsables de leur mise en œuvre, les SCMR répondent à un impératif d'éthique sociale, incarnant une « éthique du moindre mal, du préférable, du gain de chance et du vivre ensemble »⁴⁴³. Ces espaces sont conçus pour être des lieux apaisés d'accueil et d'orientation, et non pas simplement pour « prendre en charge des toxicos » ou encourager la consommation⁴⁴⁴. Bien qu'elles ne soient pas une solution miracle pour éradiquer la consommation de drogues, les SCMR sont envisagées comme un dispositif essentiel de santé publique et de respect de la dignité humaine, visant à offrir un soutien aux personnes usagères de drogues et idéalement les guider vers des soins appropriés.

Enfin, la dernière problématique concernant les droits fondamentaux et les libertés publiques est celle de l'état des prisons françaises. L'indignité des conditions de détention dans

⁴⁴¹ Audition publique de Marie Jouffret-Roustide le 30 mai 2016.

⁴⁴² Assemblée nationale, deuxième séance du mardi 7 avril 2015 : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cri/2014-2015/20150203.asp>

⁴⁴³ Audition publique de Jean-Pierre Lhomme, « Médecins du Monde », du 30 mai 2016.

⁴⁴⁴ Audition publique de Nathalie Latour, « Fédération Addiction », du 30 mai 2016.

de nombreux établissements pénitentiaires français (en particulier les maisons d'arrêt, mais également, certains établissements pour peine) est dénoncée depuis de nombreuses années.

Surpopulation chronique, vétusté, insalubrité, hygiène défailante, absence d'intimité, générant violences et tensions, carences d'activités, *etc.* À ce jour, 35 établissements pénitentiaires ont été considérés comme exposant les personnes détenues à des traitements inhumains ou dégradants par la justice française.

De plus, la Cour européenne des droits de l'Homme a jugé la France à 17 reprises pour des conditions de détention qui enfreint l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme, qui interdit la torture et les traitements inhumains ou dégradants. Ces sanctions portent sur les conditions matérielles des détenus, les insuffisances des soins médicaux ou encore les dysfonctionnements dans la prise en charge des personnes suicidées en prison. Trente-neuf établissements pénitentiaires ont donc été condamnés pour des conditions de détention indignes. Le 30 janvier 2020, la Cour européenne des droits de l'Homme a prononcé une décision historique condamnant la France pour des conditions de détention inhumaines et dégradantes dans six établissements. Cependant, elle l'a également encouragée à mettre en place des mesures globales afin de « supprimer définitivement » la surpopulation qui touche les prisons françaises. Ce jugement a été pris après cinq ans d'une campagne judiciaire menée par l'Observatoire international des prisons (OIP).

À la suite de cet arrêt, la Cour de cassation a affirmé que des conditions de détention sont susceptibles de constituer un obstacle à la poursuite de cette mesure et de justifier la remise en liberté de la personne détenue⁴⁴⁵. Le Conseil constitutionnel, quant à lui, a déclaré inconstitutionnelle l'absence de recours judiciaire permettant de mettre un terme aux atteintes à la dignité résultant des conditions d'une détention, qu'elle soit provisoire⁴⁴⁶ ou non⁴⁴⁷. À la suite de ces différentes décisions, la loi n°2021-403 du 8 avril 2021, tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention, a inséré dans le Code de procédure pénale un article 803-8 créant une nouvelle voie de recours, devant le juge des libertés et de la détention ou le juge de l'application des peines, afin de préserver ce droit.

⁴⁴⁵ Cass. Crim., 8 juillet 2020.

⁴⁴⁶ Cons.Const., déc. N° 2020-858/859 du 2 octobre 2020.

⁴⁴⁷ Cons.Const., déc. N° 2021-898 QPC du 16 avril 2021.

* *
*

PARTIE II. LA NÉCESSAIRE MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE INCLUSIVE

« Il n'est rien d'extérieur à l'homme qui pénétrant en lui, puisse le souiller, mais ce qui sort de l'homme, voilà ce qui souille l'homme »⁴⁴⁸.

Dans les parties précédentes, nous avons pu comprendre la genèse de la loi du 31 décembre 1970 et les raisons politiques qui ont conduit à une législation de plus en plus répressive pour certaines drogues, le législateur français ayant exclu de la répression l'alcool et le tabac pourtant les plus nocives. Or les différents bilans ont montré de manière unanime l'échec patent des politiques publiques répressives. Il devient donc indispensable de changer d'orientation. D'autres pays l'ont déjà fait ou sont sur le point de le faire. Que ce soit en Europe ou dans les deux Amériques, des réponses sont apportées, plus humaines, plus respectueuses des droits, et surtout plus réalistes. En effet, celles-ci s'appuient sur les dernières découvertes des sciences humaines et sociales et des sciences dures en matière d'addiction. Il convient donc d'analyser pourquoi la France persiste dans une politique répressive inefficace. Une fois identifiés, le but est de dépasser ces freins qui empêchent de progresser. Mais aussi de repérer les éléments qui sont déjà présents et pourraient être développés pour faire naître une nouvelle politique publique sur les drogues. Ces éléments, certes aujourd'hui encore peu nombreux en France, sont à observer dans les pays étrangers où ils sont plus développés.

Nous présenterons dans une première sous-partie les freins et les leviers d'une réforme **(Chapitre I)**, avant de proposer des solutions possibles à envisager dans une seconde sous-partie **(Chapitre II)**.

⁴⁴⁸ Evangile de Marc, Chapitre 7, Versets 14-23.

CHAPITRE I. FREINS ET LEVIERS POUR L'AVÈNEMENT D'UNE RÉFORME ESSENTIELLE

Il s'agit maintenant de comprendre les raisons profondes qui ont conduit en France à choisir la voie de la répression. Cela n'est pas facile dans la mesure où les politiques publiques en matière de drogues sont à la fois médicales et répressives. Or ces deux domaines obéissent à des logiques souvent complètement différentes, voire parfois antagonistes. De plus, les motivations d'une politique pénale répressive ne sont pas clairement énoncées par les gouvernements, participant de l'exercice de la souveraineté, du pouvoir régalién de l'État. À cela s'ajoute que les représentations de l'usage de drogues sont fondées sur des éléments socioculturels souvent imaginaires et peu rationnels. Ceci rend nécessaire l'étude des politiques publiques d'autres pays. Elles obéissent à d'autres logiques et connaissent plus de succès dans la limitation des consommations et dans la prévention des risques tout en préservant les droits et libertés fondamentaux. Elles pourraient, en étant adaptées, servir de fondement à une nouvelle politique française en matière de drogues.

Pour cela, nous verrons dans un premier temps les obstacles de toute nature à la mise en place d'une politique plus libérale (**Section I**), puis les leviers possibles inspirés d'exemples issus de l'étranger (**Section II**).

Section I. Les différents obstacles

Tout d'abord, il faut en premier examiner les représentations que les Français peuvent avoir des usagers de drogues. Depuis 1999, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) mesure les opinions et les perceptions de la population française concernant les drogues et les politiques publiques associées. L'enquête EROPP⁴⁴⁹ de la revue *Tendances*, publiée en avril 2019⁴⁵⁰, aborde les connaissances relatives aux drogues et la perception de leur dangerosité. Ensuite, il évalue dans quelle mesure les individus soutiennent les politiques publiques actuelles en France ou qui sont sujettes à débat, aussi bien qu'à

⁴⁴⁹ « Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes ».

⁴⁵⁰ (A.) Brissot, (S.) Chyderiotis, (E.) Janssen, (O.) Le Nézet, (A.) Philippon, (S.) Spilka, , « Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers. Le point sur la recherche en cours », in *Revue Tendances*, n° 131, avril 2019, 8 p.

l'étranger. Enfin, il propose une synthèse des opinions sur les consommateurs de cannabis en classant les individus selon leurs perspectives similaires.

Ainsi, le sujet des « drogues » est mentionné par une personne sur huit (13 %), ce qui le place loin derrière des préoccupations telles que la pauvreté (59 %), le chômage (42 %), la pollution (39 %), et l'insécurité (35 %), mais devant la question du Sida. En ce qui concerne la connaissance des drogues, on observe une stabilité relative au fil du temps. Le sentiment d'être bien informé a nettement progressé au cours des deux dernières décennies. En 2018, 68 % des répondants estiment être « très bien ou plutôt bien informés sur les drogues », contre 58 % en 1999⁴⁵¹. Interrogés sur les principales drogues qu'ils connaissent, même seulement de nom, tous citent au moins une substance, principalement illicite. Le cannabis reste le produit le plus fréquemment nommé (88 %), suivi par la cocaïne (68 %) et l'héroïne (50 %). Comme en 1999, seule une personne sur quatre mentionne spontanément l'alcool ou le tabac, et en 2018, seulement 10 % citent l'un de ces deux produits en première intention. Le crack est mentionné par 15 % des personnes, la MDMA par 7 % et la morphine par 5 %, ces substances étant moins souvent évoquées. Les individus ayant expérimenté au moins une drogue illicite mentionnent en moyenne deux produits de plus que ceux n'en ayant jamais consommé (5 produits contre 3). La hiérarchie des produits énumérés n'a presque pas changé depuis 1999, bien que l'ecstasy soit légèrement moins souvent citée aujourd'hui, tandis que la MDMA (principe actif de l'ecstasy) est plus fréquemment mentionnée en 2018.

La majorité des personnes sont capables de correctement classer les niveaux de diffusion de ces produits en France. Ainsi, 76 % des répondants affirment que le cannabis est la substance illicite la plus consommée. Une minorité pense qu'il s'agit de la cocaïne (7 %), de l'ecstasy (5 %) ou de l'héroïne (2 %), tandis que 10 % des personnes ne se sont pas exprimées à ce sujet. Dans un deuxième temps, les participants étaient invités à estimer approximativement la proportion de consommateurs de cannabis et de cocaïne en France. Environ la moitié des répondants (51 %) estiment avec justesse que « la moitié environ » des Français ont déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. Trois sur dix (31 %) pensent que « la plupart » des personnes ont expérimenté ce produit, tandis que 14 % estiment que c'est « très peu ». Concernant la cocaïne, une majorité écrasante de 71 % des enquêtés estime que la proportion d'expérimentateurs est limitée, autour de 2 %. En revanche, 18 % des répondants

⁴⁵¹ (F.) Beck, (P.) Peretti-Wattel, *EROPP 99 : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris, Ed. OFDT, 2000, 203 p.

pensent que la moitié des Français ont expérimenté la cocaïne, et 6 % vont jusqu'à dire que ce phénomène touche « la plupart » des adultes.

Les personnes ayant expérimenté au moins une drogue illicite tendent à surestimer la diffusion du cannabis en France, tandis que les non-initiés minimisent généralement la proportion d'expérimentateurs, reflétant ainsi une tendance habituelle dans les enquêtes d'opinion où l'on a tendance à représenter sa propre situation de manière plus conservatrice. Bien que le tabac et l'alcool ne soient pas spontanément cités comme des drogues par la plupart des répondants, une majorité significative (66 %) pense que « l'abus d'alcool pose plus de problèmes à la société que l'usage de drogues illicites », et plus de la moitié (55 %) partage cette opinion concernant le tabagisme. Ces perceptions sont demeurées stables depuis 2002⁴⁵².

La perception des drogues, y compris du cannabis, est principalement influencée par la « proximité » avec ces substances, ce qui constitue le facteur déterminant des opinions. Les attitudes varient significativement en fonction du sexe et de l'âge des enquêtés, mais ces différences tendent à s'atténuer lorsque l'on considère la proximité effective des répondants avec les drogues. Ainsi, les opinions et représentations concernant les substances psychoactives sont étroitement liées à l'expérience personnelle d'en avoir consommé, d'en consommer régulièrement, ou simplement d'avoir des proches utilisateurs.

Les divergences d'opinion entre hommes et femmes ainsi qu'entre différentes tranches d'âge peuvent en grande partie s'expliquer par les différences de niveaux de consommation au sein de ces groupes. Par exemple, les jeunes adultes expriment généralement des perceptions plus positives à l'égard du cannabis que les personnes plus âgées. En 2017, par exemple, 17,7 % des 26-34 ans avaient consommé du cannabis au cours de l'année, contre seulement 1,6 % des 55-64 ans. De manière similaire, les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes à avoir fumé du cannabis au cours de l'année. D'autres facteurs socio-économiques, tels que le statut social et professionnel des répondants, peuvent influencer les opinions. En ce qui concerne l'évolution des perceptions sur la dangerosité des drogues, il est notable que depuis vingt ans, la majorité des personnes interrogées continuent de considérer que les substances illicites autres que le cannabis présentent un risque majeur pour la santé dès leur première expérimentation.

⁴⁵² (F.) Beck, (S.) Legleye, (P.) Peretti-Wattel, *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques*, Paris, Ed. OFDT, 2003, 227 p.

En 2018, 84 % estiment que l'héroïne est dangereuse dès son premier usage, et 77 % partagent cette opinion pour la cocaïne. Bien que ces proportions aient légèrement diminué par rapport à 1999, un nombre croissant de répondants estime que la dangerosité de la cocaïne et de l'héroïne n'apparaît qu'à partir d'une consommation quotidienne. En ce qui concerne le cannabis, 48 % considèrent qu'il représente un risque dès le premier usage, tandis que 34 % situent ce seuil à une consommation quotidienne et 16 % à une consommation occasionnelle.

Comme pour les autres substances illicites, il y a un déplacement de la perception de la dangerosité du cannabis, de l'expérimentation vers une consommation au moins occasionnelle. Pour la plupart des enquêtés, cette dangerosité est principalement associée à la dépendance : 85 % pensent qu'un consommateur de cannabis peut devenir dépendant au point de ne plus pouvoir s'en passer. Le cannabis, tout comme l'alcool, est considéré comme jamais totalement inoffensif par une très faible proportion de personnes (respectivement 2 % et 1 %). La perception de la dangerosité du cannabis est étroitement liée à l'expérience personnelle avec des drogues illicites. Les personnes ayant déjà consommé une drogue illicite ont tendance à percevoir ces substances comme moins dangereuses dès leur première expérimentation. Seulement 33 % d'entre elles estiment que le cannabis est dangereux pour la santé dès l'expérimentation, comparé à 57 % des personnes n'ayant jamais consommé de produit illicite.

En revanche, pour les substances licites, seule une minorité des enquêtés considère qu'elles sont dangereuses dès la première consommation : 34 % pour le tabac et 10 % pour l'alcool. Pour ces produits, c'est principalement l'usage quotidien qui est perçu comme dangereux, respectivement par 51 % (en 1999) et 79 % (en 2018) des répondants. L'opinion sur le seuil de dangerosité a particulièrement évolué pour le tabac, car désormais près de la moitié des Français (49 %) estiment que l'expérimentation ou la consommation occasionnelle peuvent être nocives pour la santé, contre moins d'un quart il y a vingt ans (22 %).

La proximité avec ces produits influence également la perception des répondants. Les fumeurs sont moins enclins à considérer le tabac comme dangereux dès l'expérimentation (36 % en 2018 contre 28 % en 1999) mais sont plus nombreux à le juger dangereux avec une consommation quotidienne (49 % en 2018 contre 56 % en 1999). Cette tendance est similaire pour l'alcool : les personnes buvant au moins une fois par semaine sont moins susceptibles de considérer l'alcool comme dangereux dès l'expérimentation (5 %) par rapport à celles qui boivent moins fréquemment (11 %).

En ce qui concerne le tabac, 54 % des enquêtés estiment que les fumeurs sont moins bien acceptés. De plus, 15 % pensent qu'il est possible de fumer jusqu'à 10 cigarettes par jour sans danger pour la santé. Environ 37 % jugent la cigarette électronique moins nocive que la cigarette ordinaire, tandis que 6 % la trouvent plus nocive, 46 % aussi nocive et 11 % ne sont pas sûrs.

Pour l'alcool, 56 % des enquêtés considèrent qu'offrir ou boire de l'alcool fait partie des règles du « savoir-vivre ». Environ 36 % n'ont jamais remarqué la présence d'un logo avertissant des dangers de l'alcool pour les femmes enceintes sur les bouteilles. De plus, 23 % se souviennent avoir vu ou entendu une publicité pour une boisson alcoolisée au cours de la dernière semaine. Enfin, 45 % des répondants estiment qu'il est acceptable de boire son premier verre d'alcool avant l'âge de 18 ans.

En matière de politiques publiques, il convient d'examiner maintenant comment sont perçues les peines possibles pour les usagers de drogues. Ce qui ressort, tout d'abord, c'est un rejet de l'emprisonnement et une adhésion aux mesures de soins. L'enquête a examiné les opinions sur les réponses pénales à l'usage de drogues. Près de la totalité des répondants (93 %) considère que l'obligation de soins pour les consommateurs est une mesure « très bonne chose » ou « plutôt une bonne chose » (53 % et 40 % respectivement), une opinion stable depuis 1999. Plus de la moitié des enquêtés soutiennent également l'idée d'une amende (53 %) ou la nécessité d'un stage payant d'information sur la loi (57 %). En revanche, sept répondants sur dix (70 %) estiment que l'éventualité d'une « peine de prison pour les consommateurs » est une mauvaise solution. L'avertissement ou le rappel à la loi est une sanction approuvée par 84 % des répondants.

Les personnes ayant eu une expérience avec une drogue illicite au cours de leur vie sont généralement moins favorables à toutes ces mesures pénales. Par exemple, seulement 21 % d'entre elles soutiennent l'idée d'infliger une peine de prison aux usagers de drogues illicites, contre 37 % parmi celles n'ayant jamais consommé. Des tendances similaires se retrouvent pour l'amende (47 % contre 58 %) et le stage payant d'information sur la loi (50 % contre 62 %).

Environ 36 % des enquêtés conviennent que « l'interdiction des drogues est une atteinte au droit de faire ce que l'on veut avec son corps », mais seulement 15 % pensent que « toutes les drogues illicites pourraient être mises en vente libre comme le tabac ou l'alcool ».

Lorsque questionnés spécifiquement sur les sanctions pour l'usage de cannabis, les opinions des enquêtés restent globalement constantes en ce qui concerne l'amende, l'avertissement ou le rappel à la loi, ainsi que le stage payant d'information. Cependant, ils sont un peu moins favorables à l'idée d'une peine de prison (23 %) et à celle d'une obligation de soins (82 %). Comparé à 2013⁴⁵³, l'adhésion à ces mesures a légèrement diminué. Encore une fois, les personnes ayant expérimenté une substance illicite, principalement du cannabis, sont moins enclines à accepter les mesures législatives en vigueur. Seulement 12 % d'entre elles considèrent qu'une peine de prison est une réponse appropriée pour l'usage de cannabis, tandis que 39 % approuvent l'idée d'une amende, contre respectivement 30 % et 60 % parmi les personnes n'ayant jamais consommé de drogue illicite. Les opinions divergent quant à la légalisation du cannabis, mais il existe un consensus en faveur de son utilisation à des fins médicales.

En 2018, 45 % des personnes interrogées ont exprimé leur accord à la question : « seriez-vous tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord pour que le cannabis soit légalisé ? ». Parmi eux, 19 % se sont dits « tout à fait d'accord » et 26 % « plutôt d'accord »⁴⁵⁴. En revanche, 33 % ont indiqué être « pas du tout d'accord » et 21 % « plutôt pas d'accord ».

Cette attitude est étroitement liée à l'expérience personnelle de la consommation de cannabis : 66 % des personnes ayant expérimenté le cannabis sont favorables à sa légalisation, contre seulement 29 % parmi celles qui n'ont jamais essayé. Parmi les utilisateurs récents⁴⁵⁵, 94 % sont en faveur de la légalisation du cannabis. Moins de Français soutiennent l'idée que « le cannabis pourrait être mis en vente libre comme le tabac ou l'alcool » (38 %).

Certains défenseurs de la légalisation peuvent préférer différents modèles de régulation, plus ou moins contraignants. Cette proportion semble toutefois en hausse par rapport à 2013⁴⁵⁶, où seuls 23 % soutenaient cette idée. En revanche, l'acceptation de l'usage médical du cannabis

⁴⁵³ 36 % des enquêtés se prononçaient alors en faveur d'une peine de prison pour les consommateurs de cannabis. Voir (T.) Bastianic, (O.) L Nézet, (M.-L.) Tovar, *Perceptions et opinions des Français sur les drogues*, Paris, Ed. OFDT, n° 88, 2013, 6 p.

⁴⁵⁴ 1 % ne se sont pas prononcés.

⁴⁵⁵ C'est-à-dire des individus ayant consommé du cannabis au moins une fois durant le mois précédant l'enquête.

⁴⁵⁶ (T.) Bastianic, (O.) L Nézet, (M.-L.) Tovar, *Perceptions et opinions des Français sur les drogues*, Paris, Ed. OFDT, n° 88, 2013, 6 p.

est très forte : 91 % des répondants approuvent la prescription du cannabis par les médecins pour certaines maladies graves ou chroniques⁴⁵⁷. Enfin, 40 % des personnes interrogées estiment qu'il devrait être possible pour ceux qui le souhaitent de cultiver de petites quantités de cannabis pour leur usage personnel. Comme pour la légalisation, cette opinion varie considérablement selon l'expérience de consommation de cannabis au cours de la vie (63 % d'opinions favorables parmi les utilisateurs de cannabis, contre 22 % parmi les non-utilisateurs).

Une large approbation est également observée pour les politiques de prévention et de réduction des risques. Instaurée il y a plus de trente ans, la politique de réduction des risques et des dommages (RdRD) s'est progressivement institutionnalisée, culminant avec la reconnaissance législative des principes qui la soutiennent en 2016⁴⁵⁸.

Les dispositifs de prévention et de réduction des risques recueillent un large soutien. Pratiquement tous les enquêtés (98 %) sont d'accord avec l'idée qu'il est nécessaire de parler ouvertement des drogues et de leurs effets avec les jeunes pour réduire les risques pour la santé. De plus, 75 % des répondants estiment qu'il est important d'informer les consommateurs de drogues sur les méthodes les moins dangereuses pour les consommer. En outre, 82 % considèrent positivement le fait qu'il existe désormais des trousseaux contenant des seringues stériles et du matériel d'injection, mises à disposition des usagers de drogues pour limiter les risques d'infection et de transmission de maladies.

À cet égard, plusieurs questions d'opinion ont porté sur les salles de consommation à moindre risque, décrites comme des espaces réservés aux personnes qui s'injectent des drogues. Ces espaces permettent aux usagers de consommer leurs produits dans des conditions sanitaires optimales, sous la supervision d'un personnel formé pour prévenir les overdoses et les infections, tout en évitant les injections dans l'espace public. Avant l'enquête, 82 % des répondants avaient déjà entendu parler de ces salles, et 80 % considéraient positivement l'existence de deux de ces salles en France (ouvertes en 2016 à Paris, puis à Strasbourg). Enfin,

⁴⁵⁷ Dans le détail : 56 % « tout à fait d'accord » et 35 % « plutôt d'accord ».

⁴⁵⁸ (A.-C.) Brisacier, (C.) Diaz Gomez, (M.) Milhet, (J.) Morel d'Arleul, « Interventions en réduction des risques et des dommages », in *Drogues et addictions, données essentielles*, Paris, Ed. OFDT, 2019, pp. 95-98.

76 % des enquêtés estimaient nécessaire d'ouvrir des salles de ce type dans d'autres villes en France aujourd'hui.

En ce qui concerne le tabac et l'alcool, la préférence générale est de limiter l'accès plutôt que d'augmenter les prix. Concernant les substances licites, la majorité des personnes interrogées ne soutient pas l'idée d'une augmentation des taxes pour en réduire la consommation : 45 % pensent qu'il est nécessaire de « continuer d'augmenter le prix des cigarettes pour en limiter la consommation »⁴⁵⁹, avec des opinions partagées entre 17 % des fumeurs et 55 % des non-fumeurs. Pour l'alcool, seulement 32 % des répondants soutiennent l'idée d'augmenter régulièrement le prix des boissons alcoolisées pour en limiter la consommation, une mesure comparable à celle appliquée pour les cigarettes.

Concernant l'alcool, les enquêtés montrent plus de soutien pour des mesures visant à limiter sa visibilité, similaires à celles en place pour le tabac. Ainsi, deux tiers des personnes interrogées se prononcent en faveur d'une interdiction totale de la publicité pour l'alcool : 38 % sont « tout à fait d'accord » et 27 % « plutôt d'accord ». Ils sont également favorables à la vente des boissons alcoolisées exclusivement dans des boutiques spécialisées, une pratique déjà en vigueur dans plusieurs pays scandinaves et de nombreux États canadiens, ce qui pourrait restreindre l'accessibilité et mieux contrôler l'âge des acheteurs.

En ce qui concerne les représentations des usagers, il apparaît tout d'abord que ceux de drogues illicites sont toujours perçus comme menaçants. Plus de 80 % des répondants adhèrent à l'idée que « ceux qui consomment de l'héroïne représentent un danger pour leur entourage », exprimant ainsi un large consensus sur cette perception. Cette proportion est similaire à celle observée pour la cocaïne (82 %). Ces niveaux sont stables depuis 2008⁴⁶⁰. Les consommateurs de cannabis sont nettement moins perçus comme dangereux pour l'entourage : 50 % en 2018, contre 66 % en 2013.

⁴⁵⁹ 22 % des usagers hebdomadaires d'alcool et 36 % des non-usagers hebdomadaires.

⁴⁶⁰ (J.-M.) Costes, (O.) Le Nézet, (S.) Spilka, (C.) Laffiteau, « Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008) », in *Revue Tendances*, n° 71, 2010, 6 p.

Pour autant, la proportion de personnes interrogées estimant que les usagers de drogues « cherchent à entraîner les jeunes » varie peu selon la substance : 40 % pour le cannabis, 43 % pour l'héroïne et 46 % pour la cocaïne. En revanche, trois répondants sur dix (30 %) perçoivent les usagers de cannabis comme des individus « agréables, détendus, cool », une opinion beaucoup moins courante à l'égard des usagers de cocaïne (11 %) ou d'héroïne (7 %). Ainsi, les perceptions des usagers de drogues demeurent nettement différenciées selon le type de produit consommé.

Les usagers d'héroïne sont souvent vus comme des personnes malades, contrairement aux usagers de cannabis, perçus davantage comme faisant un « choix de vie » selon 58 % des enquêtés. Cette perception est partagée par seulement 39 % pour l'usage de cocaïne et 33 % pour celui de l'héroïne. De plus, les consommateurs d'héroïne sont plus fréquemment considérés comme étant des « personnes malades » (56 %), tandis que cette affirmation est moins répandue pour les consommateurs de cannabis (27 %), les utilisateurs de cocaïne se situant entre les deux (47 %). L'idée de manque de volonté est également associée à l'usage de drogues, avec 52 % des répondants l'associant à l'héroïne, 54 % à la cocaïne et 42 % au cannabis.

Par ailleurs, une partie des Français estime que des facteurs externes peuvent conduire à la consommation de drogues illicites. Par exemple, 51 % pensent que « ceux qui consomment de l'héroïne le font parce qu'ils ne trouvent pas leur place dans la société », tandis que cette opinion est partagée par 37 % pour ceux qui consomment de la cocaïne et 29 % pour ceux qui utilisent du cannabis. De même, 44 % des répondants estiment que l'usage d'héroïne est lié à des problèmes familiaux, comparé à 32 % pour la cocaïne et 29 % pour le cannabis. Ainsi, les représentations morales associées aux usagers d'héroïne, perçus comme déviants, malades et manquant de volonté, persistent depuis 1999.

Il faut maintenant examiner la structure des opinions sur l'usage de cannabis. Afin de résumer la grande diversité des opinions sur les usagers de cette substance, les répondants ayant exprimé des jugements analogues sur les usagers et sur le cadre législatif ont été regroupés par analyse factorielle des correspondances. Cinq classes se distinguent ainsi, regroupant des proportions variées de répondants : la plus grande rassemble un tiers des participants (34 %),

tandis que la plus petite en compte seulement 7 %. Ces catégories peuvent être perçues comme différents courants d'opinion qui traversent la société concernant l'usage du cannabis.

Les « répressifs » se positionnent fermement contre tout assouplissement législatif. Ce groupe inclut une proportion significative de femmes et de retraités ou d'autres inactifs, qui soutiennent une approche répressive de l'usage du cannabis. Ils considèrent le cannabis comme une drogue semblable aux autres, avec des usagers aussi perçus comme malades et dangereux que ceux de l'héroïne. Plus de la moitié de ce groupe soutient l'idée d'une peine de prison pour les consommateurs de cannabis (58 %), et ils rejettent toutes les propositions d'assouplissement législatif, y compris l'usage médical du cannabis (99 % sont opposés).

Les « conservateurs » voient l'usage de cannabis comme dangereux et soutiennent des réponses pénales, à l'exception de la peine de prison. Principalement composé de femmes et de personnes n'ayant jamais consommé de cannabis, ce groupe considère que les consommateurs de cannabis « manquent de volonté » (47 %) et « cherchent à entraîner les jeunes » (50 %). Deux tiers d'entre eux les perçoivent comme des individus dangereux. Ils abordent le phénomène moins à travers les dimensions sociales et de santé qu'à travers le prisme d'un choix individuel. Ce groupe soutient l'imposition d'amendes (67 %) ou d'injonctions thérapeutiques (91 %) pour les consommateurs, mais une minorité se prononce en faveur de la peine de prison pour les usagers (29 %). Ils s'opposent catégoriquement à la légalisation du cannabis (68 %), à l'abolition des sanctions pour les consommateurs (69 %) et à l'autoculture (87 %), bien qu'ils approuvent l'usage médical du cannabis (97 %).

Les « modérés » préconisent le développement d'une approche médico-sociale tout en maintenant un cadre pénal. Principalement composée de femmes et de personnes âgées de plus de 55 ans, cette classe adopte souvent des positions nuancées, optant plus fréquemment que la moyenne pour des réponses telles que « plutôt d'accord » ou « plutôt pas d'accord ». La majorité d'entre eux (75 %) estime que les consommateurs de cannabis représentent un danger pour leur entourage. Toutefois, ces consommateurs sont principalement perçus comme des victimes de leur consommation : 57 % pensent qu'ils sont malades, 71 % qu'ils consomment parce qu'ils ne trouvent pas leur place dans la société, et 73 % à cause de problèmes familiaux. Leur position sur les mesures répressives concernant l'usage de cannabis est moyenne (27 % favorables aux peines de prison, 57 % aux amendes), mais ils soutiennent largement les alternatives comme

les injonctions thérapeutiques, les stages de sensibilisation ou simplement les rappels à la loi. Bien que majoritairement opposés à la légalisation du cannabis (63 %) et à sa mise en vente libre (70 %), la moitié d'entre eux se prononce en faveur de l'abandon des sanctions pour la simple consommation de cannabis.

Les « réformateurs prudents » favorisent la légalisation du cannabis tout en exprimant des préoccupations concernant les risques pour la santé. Cette classe, plutôt masculine, est caractérisée par une surreprésentation des jeunes (36 % ont entre 18 et 34 ans, contre 27 % dans l'ensemble de l'échantillon). Souvent eux-mêmes consommateurs de cannabis (65 %), ils considèrent largement son usage comme un choix de vie (70 %). Ils soutiennent fortement la légalisation du cannabis (75 %) et l'abandon de toutes les sanctions pour les simples consommateurs (79 %). Malgré leur approbation de la légalisation, ils reconnaissent le potentiel de danger du produit et préconisent le maintien de la possibilité pour la justice de prononcer des injonctions thérapeutiques.

Les « pro légalisation sans compromis » sont favorables à une légalisation totale du cannabis. Principalement composée d'hommes et de jeunes, cette classe regroupe les deux tiers des consommateurs de cannabis de l'année. Ils ne considèrent pas que les consommateurs de cannabis représentent un danger pour leur entourage, et ils perçoivent leur consommation comme une simple expression de liberté individuelle plutôt que le résultat d'une souffrance particulière. Ils rejettent catégoriquement toutes les sanctions pénales actuelles liées à la consommation de cannabis, y compris les stages de sensibilisation et les injonctions thérapeutiques. Par conséquent, presque tous les membres de ce groupe sont favorables à la légalisation du cannabis (88 %) et à l'autoculture de la plante (83 %).

En conclusion de cette enquête, plusieurs points clés se dégagent. Bien que les drogues ne soient pas une préoccupation majeure pour la plupart des personnes interrogées, elles sont informées des grandes tendances et semblent mieux renseignées qu'auparavant. Le tabac et l'alcool sont rarement perçus comme des « drogues » au sens strict, terme généralement réservé aux substances illicites. Cependant, les Français sont de plus en plus conscients des dommages sanitaires associés à leur consommation. Leurs perceptions ont évolué au fil des deux dernières décennies, avec une perception accrue de la dangerosité du tabac et de l'alcool. En conséquence, il y a un renforcement du soutien à l'objectif de réduire l'accessibilité du tabac et de l'alcool, ainsi qu'à la visibilité des produits alcoolisés.

Concernant les usagers de drogues illicites, les résultats montrent que les opinions restent fortement liées à la proximité avec ces substances. Les perceptions des usagers varient selon le type de drogue, avec une forte association de dangerosité pour l'héroïne et la cocaïne, contrairement au cannabis qui est souvent perçu de manière plus positive. Comme en 1999, les usagers d'héroïne ou de cocaïne sont vus de manière ambivalente, à la fois comme des délinquants et des victimes. Parallèlement, l'enquête montre une acceptation croissante des mesures de prévention et de réduction des risques, illustrée par un soutien quasi unanime aux salles de consommation à moindre risque. Les usagers de cannabis, quant à eux, sont mieux perçus voire valorisés par une partie de la population. Le cannabis conserve ainsi une place spécifique, certains y voyant un choix de vie individuel légitime et soutenant sa légalisation tant pour la consommation que pour la vente.

En résumé, l'enquête révèle une plus grande acceptation générale du cannabis et de ses usagers au sein de l'opinion publique. Cependant, il est important de considérer avec précaution la mesure des opinions, car celles-ci peuvent être influencées par le niveau de connaissance des répondants, le contexte sociopolitique et la couverture médiatique des événements liés aux drogues. Les réponses des enquêtés peuvent être très affirmées tout en reflétant parfois une compréhension limitée du sujet ou une perception de faible importance de celui-ci.

Lors de l'enquête, le Canada venait de légaliser la production et la vente de cannabis à partir du 17 octobre 2018, tandis qu'en France, il était discuté d'étendre l'amende forfaitaire délictuelle à l'usage de stupéfiants pour compléter la législation existante⁴⁶¹. Le contexte général incluait également une mobilisation sociale notable contre la fiscalité, symbolisée par le mouvement des « gilets jaunes »⁴⁶². Cette actualité médiatisée au moment de l'enquête aurait pu renforcer la méfiance envers l'augmentation des prix comme moyen de limiter la consommation. En effet, certains répondants ont expressément mentionné ces événements. Ainsi, les personnes interrogées étaient plus enclines à soutenir l'utilisation par les pouvoirs publics d'autres stratégies que l'augmentation des prix, telles que la restriction plus stricte voire l'interdiction de la publicité sur l'alcool, pour réduire la consommation.

⁴⁶¹ Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

⁴⁶² Voir note de bas de page n°8, p.26.

Il convient maintenant d'aborder les obstacles liés à l'éthique. L'usage commun associe de façon quasi systématique ce terme au domaine de la médecine et des sciences du vivant à tel point que certains viennent à considérer que l'éthique n'est qu'une sous-matière des disciplines médicale et biologique. Cette situation provient du fait que c'est avant tout dans les domaines de la médecine et de la biologie que l'éthique a acquis une visibilité et bénéficie d'une reconnaissance concrète et institutionnelle. Ainsi, aujourd'hui encore, les rares instances publiques qui se préoccupent d'éthique⁴⁶³ consacrent exclusivement leur activité aux questions d'éthique médicale ou de bioéthique.

Le médical et le biologique ont pris le contrôle de l'éthique dès la fin de la Seconde Guerre mondiale. Elle est la conséquence du choc provoqué par les découvertes concernant la participation de certains médecins aux exactions commises dans les camps de concentration. Dans le cadre du procès international des dirigeants et collaborateurs du régime nazi, le « Code de Nuremberg » a été créé en 1947. Ce texte rassemble dix principes essentiels concernant les expérimentations cliniques, mettant en avant le consentement volontaire et éclairé comme un préalable indispensable à la réalisation de recherche impliquant des sujets humains. Son objectif était de désigner les atteintes aux droits de l'Homme commises dans le domaine de la médecine. Il témoignait également pour la première fois de la prise de conscience de l'indispensable régulation éthique des comportements dans le cadre de la recherche médicale.

« La Déclaration universelle des droits de l'Homme en 1948 et la Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale en 1964 ont réaffirmé et renforcé ces principes. Mais c'est aux États-Unis, après une série de scandales liés à l'expérimentation sur l'être humain, que les règles de l'éthique biomédicale sont définitivement posées au cours des années 70. Quatre principes sont posés, applicables à la recherche biomédicale, mais aussi aux actes de soins : le principe d'autonomie, le principe de bienfaisance, le principe de non-malfaisance et le principe de justice. Il convient d'évoquer en détail ces quatre principes de l'éthique biomédicale »⁴⁶⁴ :

- Le principe d'autonomie affirme que chaque patient est une personne autonome, c'est-à-dire capable de faire des choix et de prendre des décisions : c'est le fondement de la règle du consentement éclairé des patients ;

⁴⁶³ Par exemple, comme les comités d'éthique, créés depuis le début des années 80 au sein des États européens.

⁴⁶⁴ (M.) Marzano, *L'éthique appliquée*, Paris, Ed. P.U.F, coll. Que sais-je ?, PUF, 2018, 128 p.

- Le principe de bienfaisance vise à assurer le bien-être des personnes, ce qui nécessite sur le plan médical une prise en compte du rapport entre les risques et les bénéfices des différents actes de soins ;
- Le principe de non-malfaisance reprend le *primum non nocere* (« ne pas nuire ») de la tradition hippocratique ;
- Le principe de justice, enfin, consiste à ne pas faire de discriminations et à ne pas avantager uniquement les plus favorisés. Il vise à réguler l'allocation de ressources et des moyens limités qu'il s'agisse des organes pour une transplantation ou des budgets de la politique de la santé.

Le terme « bioéthique » s'est imposé au cours de la même période. Il vise alors à prendre en compte les progrès de la médecine et de la biologie dont les pouvoirs sur le corps humain se sont accrus en dépassant le cadre classique thérapeutique pour finalement toucher à l'essence de l'homme. L'impact lié à une découverte ne concerne plus seulement la relation individuelle « médecin-patient ». Elle est susceptible de se répercuter à l'échelle de la société et de l'humanité. C'est pourquoi, au début des années 80, s'est imposée dans les sociétés développées l'idée selon laquelle il faut prévenir les risques liés à une découverte scientifique en encadrant son utilisation et en fixant les règles de son application. Cette mission ne peut pas incomber aux seuls scientifiques⁴⁶⁵. En 1983, la France a joué un rôle de pionnière en la matière en créant le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé dont le modèle inspirera rapidement les autres pays européens.

Cette notion est devenue, grâce au travail des comités d'éthique et d'autres espaces du même nom, de moins en moins une contrainte imposée de l'extérieur aux scientifiques, et de plus en plus, un élément inhérent à leur pensée et à leur pratique. Aujourd'hui, l'éthique fait partie intégrante de la médecine et de la microbiologie. Aucune autre compétence ou secteur d'activité n'a été intégrée à ce niveau. C'est sans doute pour cette raison qu'aujourd'hui l'éthique est confinée, parfois à son détriment, dans une relation d'exclusivité avec la médecine et la biologie.

⁴⁶⁵ (D.) Sicard, *L'éthique médicale et la bioéthique*, Paris, Ed. PUF, coll. Que sais-je ?, 2022, 128 p : « La bioéthique est la mise en forme à partir d'une recherche pluridisciplinaire d'un questionnement sur les conflits de valeurs suscités par le développement techno-scientifique dans le domaine du vivant ».

De nombreuses drogues illicites étaient à l'origine des drogues licites utilisées par la médecine. Mais la dépendance recouvre un large spectre bien au-delà des drogues⁴⁶⁶. Le terme « addiction » est aujourd'hui largement intégré tant par les spécialistes, souvent désignés comme les « addictologues », que par le grand public. Cette notion, traditionnellement associée aux drogues, à l'alcool ou au tabac, est maintenant appliquée à une gamme de comportements de plus en plus diversifiée.

Cette extension de l'usage de la notion d'addiction englobe à la fois l'émergence de nouvelles formes de « pathologies » telles que la « cyberaddiction » et la dépendance aux jeux en ligne, ainsi qu'une réévaluation de problèmes classiques comme les dynamiques de la passion amoureuse, la dépendance « sacrificielle » envers un conjoint abusif, les comportements sexuels compulsifs, voire l'engagement excessif dans un travail monotone et dépourvu de sens.

Malgré des débats souvent techniques et érudits, cette évolution conceptuelle n'échappe pas toujours aux clichés et aux réactions émotionnelles. Dans certains contextes académiques, les discussions peuvent même parfois se rapprocher davantage des échanges de café que des analyses de recherche ou des réflexions théoriques approfondies.

La « médicalisation » de la déviance, suivie par la « pathologisation » du plaisir et la « normalisation » de l'existence à travers l'addictologie, est souvent critiquée comme un masque pour un nouvel hygiénisme ou un retour déguisé à un ordre moral passé. En effet, certains voient la transformation de comportements intempérants de toutes sortes (comme l'alcoolisme, la jouissance excessive, la débauche, le jeu compulsif et la prodigalité) en « maladies » comme un symptôme du laxisme d'une société qui peine à établir clairement ses limites et ses interdictions. Sous prétexte de compréhension, cette société serait accusée de se dérober à son devoir de sanctionner ou de punir.

Cependant, ces critiques faciles ne rendent pas justice à la complexité de l'addiction. La passion entourant ces débats doit elle-même être objet de réflexion : l'histoire récente des maladies addictives, en parallèle avec la persistance de ces comportements à travers les âges, représente une évolution des modes de régulation face à des comportements et des plaisirs qui peuvent devenir envahissants, voire aliénants.

⁴⁶⁶ (M.) Valleur, « À propos des addictions sans drogue », in *Études*, octobre 2007, vol. 407, pp. 331-342.

Il est crucial de ne pas ériger de « frontières étanches » entre des approches scientifiques qui prétendent énoncer une vérité incontestable sur les maladies du cerveau et des discours populaires qui défendent le droit au plaisir, à la passion ou à des habitudes envahissantes. Au contraire, les recherches scientifiques doivent s'inscrire dans une réflexion plus large qui prend en compte les implications sociétales de la construction de l'addictologie. Par exemple, la santé publique s'intéresse de plus en plus aux comportements individuels et ne peut être dissociée de considérations éthiques fondamentales. Une exploration de l'histoire des addictions peut éclairer ces enjeux éthiques.

En outre, les modèles de compréhension des addictions opposent souvent ceux qui privilégient des approches scientifiques et objectives à ceux qui valorisent le sens subjectif, les désirs individuels et l'histoire personnelle de chacun. Une réflexion sur cette opposition, parfois marquée par des polémiques, est essentielle pour saisir les implications profondes soulevées par l'existence même de l'addictologie.

La régulation de l'accès aux jeux d'argent et de hasard constitue un exemple central d'une controverse mondiale concernant le rôle de l'État dans une économie libérale. Faut-il considérer le jeu comme une simple « marchandise comme les autres » ? Est-ce que l'application stricte des lois du marché risque de négliger les souffrances des joueurs excessifs, alors que le jeu pathologique est unanimement reconnu comme l'une des formes d'addiction non liées à des substances les plus indiscutables ?

Il convient ensuite d'aborder les obstacles religieux ou liés à la morale. Les trois religions du « Livre » condamnent l'utilisation de certaines substances, dont les drogues légales ou illégales. Le plus ancien exemple documenté est probablement la prohibition de l'alcool imposée par la loi islamique (charia), habituellement attribuée à certains passages du Coran datant du VII^{ème} siècle de notre ère. Quelques érudits musulmans avancent que l'interdiction coranique ne vise que l'abus d'alcool. Bien que la loi islamique soit généralement interprétée comme proscrivant toute consommation de toxiques (et pas seulement que l'alcool), la pratique préexistante consistant à fumer du haschich persiste à travers l'histoire de l'Islam.

Au XIII^{ème} siècle, Souhdouni Schikhouni, Émir d'Égypte, tente d'interdire la consommation de cannabis dont il juge les conséquences désastreuses pour le pays. En 1729,

l'empereur de Chine interdit également les importations d'opium pour les mêmes raisons⁴⁶⁷. Les drogues sont également prohibées dans l'Europe chrétienne. En 1484, dans sa bulle *Summis desiderantes affectibus*, le pape Innocent VII interdit la consommation de cannabis, opérant ainsi la distinction entre l'usage du cannabis et la pharmacopée. À la suite de la conquête espagnole en Amérique centrale et du Sud, l'usage des plantes hallucinogènes, et plus largement psychotropes, fréquent dans les pratiques rituelles locales (comme par exemple le peyotl⁴⁶⁸) est interdit au Mexique en 1720.

En effet, « les substances psychoactives sont connues des êtres humains depuis les temps les plus reculés »⁴⁶⁹. « Il s'agit autant des substances sédatives ou euphorisantes (les « calmants »), que des psychostimulants (les drogues de « performance »), que des substances psychédéliques dites « hallucinogènes ». Ce sont clairement ces dernières substances qui ont le plus fasciné les hommes par leurs capacités à modifier le cours de la pensée et les perceptions sensorielles, c'est-à-dire à produire des « états modifiés de conscience » »⁴⁷⁰.

Le rôle joué par les substances dans la plupart des civilisations connues est fondamental. Les recherches archéologiques ont clairement montré l'universalité de leur usage par les hommes préhistoriques qu'il s'agisse d'une utilisation à des fins magico-religieuses (chamanisme)⁴⁷¹, initiatiques (rites de passage⁴⁷²) ou à des fins thérapeutiques. Des recherches historiques rapportent leur utilisation en Mésopotamie, en Inde, en Perse, en Égypte, en Afrique,

⁴⁶⁷ (M.-E.) Afework, (M.) Diaz, *La Drogue*, Paris, Ed. Hachette, coll. « Qui, Quand, où ? », 1997, 84 p.

⁴⁶⁸ Le « peyotl », également dénommé peyote (*Lophophora williamsii*), est une espèce de petits cactus sans épines de la famille des Cactaceae, originaire du sud de l'Amérique du Nord. Ce cactus contient plusieurs alcaloïdes dont la mescaline, utilisée pour ses propriétés enthéogènes, psychotropes et hallucinogènes. Il est protégé et son usage est interdit dans certains pays, notamment en Suisse et en France. L'usage du « peyotl » à des fins rituelles par les Amérindiens est ancienne et son utilisation cérémoniale remonte à 3 000 ans. Cet usage rituel persiste de nos jours chez plusieurs populations amérindiennes d'Amérique du Nord. Du fait de son caractère sacré, il est recommandé par les Amérindiens comme une sorte de remède universel notamment comme stimulant, antidote contre le venin de serpents ou remède contre les douleurs articulaires. C'est ce caractère divin qui a évité l'usage hédoniste du « peyotl » chez les Indiens.

⁴⁶⁹ (A.) Benezech, (D.) Deniau, (B.) Lebeau, (C.) Sueur, (C.) Ziskind, « Les substances hallucinogènes et leurs usages thérapeutiques », in *Revue de la littérature*, 2000, 50 p.

⁴⁷⁰ (J.-P.) Valla, *L'expérience hallucinogène*, Paris, Ed. Masson, 1983, 220 p. Du même auteur, *Les états étranges de la conscience*, Paris, Ed. PUF, 1992, 148 p.

⁴⁷¹ (M.) Perrin, « Logique sauvage des psychotropes : le cas des sociétés chamaniques », in *Revue Psychotropes* Vol.VI, n°3, 1991, pp. 115-123.

⁴⁷² (A.) Van Gennep, *Les rites de passage*, Paris, Ed A. et J. Picard, 1981, 226 p.

en Chine, au Japon, en Europe, et dans l'Amérique précolombienne. Dans la plupart des cas, leur usage semble avoir été socialement bien intégré, au point même que certains anthropologues, comme Claude Lévi-Strauss⁴⁷³, considèrent qu'ils ont occupé un rôle social central, voire même que leur utilisation a participé au fondement même de la « culture » de certaines civilisations⁴⁷⁴. Ce n'est qu'à la fin du XIX^{ème} siècle⁴⁷⁵ que certains récits commencent à évoquer le fait que ces substances peuvent poser des problèmes sociaux :

« Ce n'est que lorsque le christianisme devint la religion officielle dans l'Empire romain, que tout sembla désigner les anciennes pratiques et connaissances paganiques à la condamnation, et à une persécution violente. Ainsi, la plupart des connaissances médicales existantes furent rejetées, et avec elles, l'usage de la plupart des riches et anciennes pharmacopées (...) Les boissons alcoolisées, les vins et les bières, furent alors les seules substances psychoactives tolérées »⁴⁷⁶.

L'usage thérapeutique, initiatique ou religieux des substances hallucinogènes, est une constante dans l'histoire des civilisations. Ce sujet est actuellement l'objet de plusieurs études aux États-Unis, en Europe et dans d'autres pays après une longue période de stagnation. Ce n'est qu'avec l'avènement de la médecine scientifique et des mouvements de tempérance et de prohibition de l'alcool au XIX^{ème} siècle que le discours sur les substances psychoactives a radicalement changé. Un changement dans un sens réducteur et de contrôle social excluant toute compréhension anthropologique et symbolique de leur usage.

Le concept d'hallucination reste très difficile à définir et mérite d'être élargi aux « états modifiés de conscience » (selon le concept ASC⁴⁷⁷ des Anglo-saxons), ce qui inclut aussi toutes

⁴⁷³ (C.) Lévi-Strauss (1908-2009) est un anthropologue et ethnologue français qui a exercé une influence majeure à l'échelle internationale sur les sciences humaines et sociales dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle. Il est devenu notamment l'une des figures fondatrices du structuralisme à partir des années 50 en développant une méthodologie propre (l'anthropologie structurale) par laquelle il a renouvelé en profondeur l'ethnologie et l'anthropologie en leur appliquant les principes holistes issus de la linguistique, de la phonologie, des mathématiques et des sciences naturelles.

⁴⁷⁴ (C.) Lévi-Strauss, « Les champignons dans la culture », in *Anthropologie structurale II*, Paris, Ed. Plon, 1973, pp 263-279.

⁴⁷⁵ (E.) Mac Rae: « Santo Daime and Santa Maria. The licit ritual use of ayahuasca and the illicit use of cannabis », in *A Brazilian Amazonian religion, The International Journal of Drug Policy*, 1998, pp. 325-338.

⁴⁷⁶ *Ibidem*.

⁴⁷⁷ Dans le cadre des études de la conscience, les neurosciences se sont intéressées aux états altérés (ou modifiés) de conscience (ASC). Il existe des ASC qui arrivent spontanément comme dans le sommeil, à l'endormissement, et d'autres résultants de conditions physiques ou physiologiques extrêmes, alors que certaines sont observées dans des maladies (psychose, épilepsie) ou lors de la prise de substances pharmacologiques (LSD, etc.). Finalement, on répertorie aussi les ASC induites psychologiquement telles que les transes induites par des rythmes (percussions,

les expériences liées au chamanisme, aux rites initiatiques et de passage à l'âge adulte dans les sociétés traditionnelles, ainsi que celles liées au réveil du coma et aux OBE (Out of Body Experience⁴⁷⁸). L'étude des pratiques chamaniques révèle un usage régulier des champignons hallucinogènes pour un accès collectif ou individuel au monde sacré et à la guérison. Des exemples sont développés à partir de l'utilisation du « peyotl »⁴⁷⁹ dans la culture des Amérindiens huichols, du « cactus » San Pedro qui contient également de la mescaline et également à partir de l'usage thérapeutique de « l'ayahuasca »⁴⁸⁰, expérimenté dans plusieurs recherches actuelles. La conception occidentale de l'usage thérapeutique des hallucinogènes reste cependant associée à la contre-culture des années 60-70, même si quelques expériences (Centre Takiwasi au Pérou)⁴⁸¹ tentent de mettre en place un cadre de traitement pour les toxicomanes⁴⁸². Ces expériences se retrouvent aussi dans les anciennes sociétés africaines⁴⁸³.

Cependant, les toxicomanies, le jeu pathologique et les autres formes d'addictions ne peuvent jamais être considérées comme des maladies tout à fait ordinaires. Cela découle de leur

danse, *etc.*) comme dans la transe chamanique, par déprivation sensorielle, par relaxation, par méditation, par hypnose et par « biofeedback ».

⁴⁷⁸ L'expérience de « hors-corps » (out-of-body experience ou O.B.E. en anglais) désigne une expérience vécue par un individu impliquant la sensation de flotter en dehors du corps.

⁴⁷⁹ Voir note n°467 p 222.

⁴⁸⁰ L'ayahuasca est un breuvage à base d'écorce de lianes du genre *Banisteriopsis* utilisé par les chamans des tribus amérindiennes d'Amazonie pour se relier au monde des esprits. C'est une drogue hallucinogène. Sa consommation entraîne, de façon passagère, une profonde modification de la conscience, une autre perception de soi et du monde. Cette préparation est bue lors de rituels. Ces rituels sont traditionnellement organisés autour de pratiques bien précises et dans un cadre sécurisant avec des accompagnateurs bienveillants et expérimentés appelés « chamans ». Il est vivement déconseillé de consommer ces substances en dehors de ces espaces. L'ayahuasca est utilisé pour entrer en transe dans un but divinatoire, thérapeutique ou comme puissant outil de purification lors de rituels de guérison sacrés.

⁴⁸¹ Le modèle thérapeutique de traitement de la toxicomanie du centre Takiwasi s'avère novateur et unique en son genre. Il se caractérise par la combinaison des ressources des thérapies psychologiques et médicales conventionnelles à celles de la médecine traditionnelle amazonienne. Il constitue ainsi un ensemble cohérent de soins au sein d'un dispositif thérapeutique qui comprend trois espaces complémentaires et qui se « rétro-alimentent » mutuellement. Les plantes médicinales accompagnent étroitement chaque étape du traitement, aussi bien pour la désintoxication initiale, que pour l'exploration par chacun de son univers intérieur. L'accent est mis tout particulièrement sur l'usage ritualisé et contrôlé, selon la tradition ancestrale amazonienne, de plantes médicinales à effets psychosomatiques.

⁴⁸² Voir aussi les travaux de Zoë Dubus sur les psychédéliques.
Zoë Dubus est post-doctorante en histoire de la médecine à l'université of Saskatchewan au Canada.

⁴⁸³ Sur cette question, voir les articles suivants : (J.) Binet « Drogue et mystique: Le Bwiti des Fangs » *in Diogenes*, 1974, vol. 86, pp. 34-57. (S.) Swiderski, « La fonction psychologique et socio-religieuse des drogues sacrées au Gabon », *in Journal of Religion in Africa*, vol. 8, no. 2, 1976, pp. 123-132.

association étroite avec l'abus et l'excès, souvent qualifiés par les patients eux-mêmes de « vice ». Le fait que certaines sources de plaisir puissent devenir l'objet d'un désir incontrôlable ou envahissant constitue précisément le fondement moral ancien. La moralité aristotélicienne du juste milieu, du « ni trop ni trop peu », est aujourd'hui remplacée par des considérations pragmatiques et utilitaires en matière de santé publique. Cependant, dans tous les domaines de consommation ou d'activité, les données statistiques montrent que les attitudes modérées sont le meilleur garant d'une bonne santé : la science moderne examine les mêmes phénomènes et aboutit souvent aux mêmes conclusions que la morale qu'elle prétend parfois transcender.

En outre, il est essentiel de noter que toutes les formes actuelles d'addictions ont été, depuis les premiers temps de l'humanité, au centre des préoccupations religieuses. Si « la drogue » est souvent considérée comme un sujet « tabou », c'est parce qu'elle entretient depuis toujours, tout comme la sexualité, un lien profond avec le sacré et le secret.

Dès 1936, le théologien Philippe de Félice⁴⁸⁴ a exploré les relations étroites entre religion et usage de drogues, mettant en lumière comment de nombreuses religions ont employé des substances psychoactives comme véhicule, une pratique dont les traces persistent dans les rites contemporains. Il a également observé comment les ivrognes, les toxicomanes et d'autres personnes sujettes à l'intempérance peuvent être perçus comme des dévots particuliers, cherchant dans l'extase chimique un substitut à leur foi défaillante : pour eux, l'opium devient la religion du peuple⁴⁸⁵.

Cette interprétation s'étend à d'autres formes d'addictions que celle liée aux drogues : la nourriture, par exemple, est à l'origine des principales pratiques cultuelles de toutes les civilisations. Les rites religieux souvent associés aux cycles de semence et de récolte célèbrent le mystère de la vie à travers celui de la mort et de la renaissance saisonnière de la nature. Dans les religions anciennes, le don de vie devait magiquement permettre à la source de toute vie de retourner ce don au centuple, les sacrifices humains cédant ensuite la place aux sacrifices animaux, l'agneau remplaçant l'enfant comme offrande au dieu.

⁴⁸⁴ Philippe De Félice (1880-1964) est un pasteur de l'Église réformée. Docteur en théologie, il est professeur à la Faculté de théologie protestante de Paris au début du XX^{ème} siècle.

⁴⁸⁵ Dans leur programme en douze étapes, les « Narcotiques Anonymes » font souvent référence à « Dieu tel que vous le concevez », en invitant ainsi à une vie spirituelle beaucoup plus conséquente.

L'indulgence coupable envers la bonne nourriture trouve ses racines dans la sacralisation ancienne de la nourriture, bien avant nos préoccupations modernes de culte de la santé, de la silhouette et de la mode des régimes, ainsi que nos troubles modernes des conduites alimentaires. L'obésité reste toujours, plus ou moins consciemment, associée à un manque de retenue, tandis que le jeûne, voire l'anorexie, évoque la pureté et le détachement des biens matériels. La régulation de la sexualité a également constitué l'un des fondements de la civilisation : selon Freud et le mythe de la horde primitive⁴⁸⁶, elle est vue comme la forme principale de structuration des sociétés humaines. Il est donc évident que les addictions contemporaines telles que la sexualité compulsive, les troubles des conduites alimentaires, les toxicomanies, etc., découlent de comportements qui ont tous eu un caractère sacré, religieux, puis moral, crucial pour le maintien de soi.

Cela s'applique également clairement au jeu pathologique : l'argent et le hasard se sont en effet progressivement dissociés des activités sacrées telles que les procédures oraculaires et les ordalies⁴⁸⁷. De nos jours, le jeu pathologique porte encore la trace de cette origine, ou plutôt de ce lien dialectique avec le monde du sacré.

Au moins de manière implicite ou dans les représentations sociales, une forme de profanation persiste. L'utilisation des osselets, des dés, à des fins de décisions ou de tirage au sort, est documentée dans des textes très anciens tels que la Bible et la mythologie grecque. Ce procédé servait de moyen de jugement ou de prise de décision dans des situations où l'homme se sentait incapable de trancher seul. La réponse des dés était perçue comme un moyen de donner du sens, en recherchant cette signification à la source, auprès des puissances divines. De nos jours, dans leur prière silencieuse à la chance, les joueurs contemporains, tout comme leurs

⁴⁸⁶ Freud reprend les travaux de Darwin sur la « horde primitive » et les analyse à l'aide des travaux de Robertson Smith. Dans cette théorie, les humains sont organisés sous la forme d'une horde sauvage régie sous l'autorité d'un père tout-puissant possédant seul l'accès aux femmes du groupe (comme dans le cas de hordes animales). Les fils, alors jaloux du père, décident de se rebeller contre ce dernier afin de pouvoir accéder aux femmes. Un jour, ils se liguent contre lui et le tuent pour le manger en un repas totémique. Une fois le festin consommé, ils sont pris de remords et la raison pour laquelle ils se sont battus risque de ruiner la structure même de la société (avec notamment une guerre fratricide n'épargnant personne). C'est la raison pour laquelle ils décident d'établir des règles correspondant aux deux tabous principaux : l'interdiction de tuer le totem (meurtre et parricide) et l'interdiction d'entretenir des relations sexuelles avec les femmes appartenant à ce même totem (inceste). Afin que la situation ne se reproduise pas et par crainte des représailles du père, ils décident d'ériger un totem à son effigie et de le commémorer par l'intermédiaire de fêtes commémoratives.

⁴⁸⁷ L'ordalie est un mécanisme ancien utilisé pour rétablir la vérité en soumettant un individu à une épreuve dont l'issue est censée être déterminée par des forces surnaturelles.

ancêtres, interrogent les oracles et les forces supérieures. Lorsqu'ils tombent dans l'excès, la démesure, voire la dépendance, ils se perçoivent souvent non seulement comme des malades mais aussi comme des « vicieux » ou des marginaux.

Il convient maintenant de réfléchir sur la dangerosité sociale de l'usager de drogue et sur la liberté de chacun de se faire du mal⁴⁸⁸. Par le passé, il est arrivé dans notre pays que l'état d'ébriété soit considéré comme une circonstance atténuant la responsabilité pénale d'un délinquant en raison de l'altération de sa conscience. Cette tolérance n'est plus de mise de nos jours. Être sous l'influence de l'alcool n'excuse pas le tort fait à autrui⁴⁸⁹. Il est bien connu que tout abus d'une drogue peut entraîner un tort fait à autrui. Il en est ainsi des nuisances dues à l'abus d'alcool : accidents sur les lieux de travail (particulièrement dans les professions exposées), risques du trafic routier, violences domestiques, *etc.* La délinquance liée au besoin de se procurer de l'argent pour acheter la dose quotidienne d'héroïne ou de crack a été mentionnée plus haut (vols, menaces, coups et blessures). On peut citer aussi l'injustice qui fausse les compétitions sportives quand un joueur s'avère dopé. Mais aussi, les troubles respiratoires causés chez leurs propres enfants par les parents gros fumeurs de tabac. Il y a également les offenses à la pudeur et aux bonnes mœurs que peuvent constituer certaines conduites toxicomaniaques dans des lieux publics (injections intraveineuses, ivrognerie, *etc.*).

Dans la cellule familiale, le comportement d'un enfant toxicomane ou d'un conjoint alcoolique est une source de souffrance, de perturbation des relations, et constitue pour tous les membres de la famille un lourd handicap. Le prosélytisme en faveur d'une drogue, la publicité, l'incitation à consommer (particulièrement auprès des mineurs) sont alors nuisibles. Enfin, conduire un véhicule après avoir absorbé un médicament tranquillisant ou fumé du cannabis peut être tout aussi dangereux que de conduire après avoir absorbé de l'alcool. La fonction répressive de la loi est ici pleinement de mise. Celui qui « perd le contrôle » de sa consommation (intempérance) et de ce fait menace la vie, la santé ou simplement les intérêts d'autrui, doit être sanctionné, de même que celui qui pousse à la consommation ou encourage l'abus.

⁴⁸⁸ Rapport du Comité consultatif national d'éthique, « Pour les sciences de la vie et de la santé sur les toxicomanes », in *Réflexions éthiques : usage, l'abus et le tort fait à autrui, le mal fait à soi-même*, n°43-23, novembre 1994, 66 p.

⁴⁸⁹ Voir notamment plus loin dans nos développements « l'affaire Sarah Halimi ».

La société se doit d'intervenir pour que les personnes mises en danger soient protégées, que les torts soient réparés, que la délinquance ne reste pas impunie. La sanction des fautes doit être proportionnée aux risques et aux préjudices que l'utilisateur ou l'incitateur fait courir aux autres, quel que soit le produit. Il faut donc remettre en question l'indulgence traditionnelle pour les drogues bien intégrées culturellement comme l'alcool. Autrement dit, il y a lieu d'étudier une gradation des peines en fonction de la gravité des actes. L'autorité judiciaire a déjà fait preuve d'une certaine imagination en ce domaine, jouant sur un registre allant depuis le simple avertissement jusqu'à la prison et l'amende, en passant par la contravention, la suspension du permis de conduire ou l'astreinte à des travaux d'utilité publique.

Le tort fait à autrui par les conduites d'abus de drogues n'est pas seulement direct : il est également indirect. Dans un système de santé fondé sur la solidarité, les bien portants paient pour les malades. Cela se comprend pleinement dans la mesure où la maladie est une injustice du sort. Mais on peut argumenter qu'il n'est pas juste de faire supporter à la collectivité les frais occasionnés par des troubles de santé que certains s'infligent à eux-mêmes. Ainsi, de la même façon que ceux qui s'adonnent à des sports dangereux pour leur santé peuvent être astreints à prendre une assurance spéciale qui couvre les risques de leur activité sportive. De même, les taxes prélevées par l'État sur la vente de l'alcool et du tabac peuvent avoir pour justification que les consommateurs de ces substances doivent « compenser » financièrement ce que leur intoxication va coûter aux caisses d'assurance maladie, et donc, à la collectivité. La fonction de la loi n'est plus ici la répression, mais bel et bien la dissuasion. Une politique de répression et/ou de dissuasion n'a de sens que liée à une politique d'éducation et de prévention. Cette dernière rend le citoyen conscient des risques qu'il encourt et qu'il fait courir à autrui, lorsqu'il consomme, prescrit ou promeut d'une façon quelconque des substances actives sur le système nerveux central. Cela implique qu'est disponible une information objective sur les produits, leurs effets, leurs risques, et les précautions à prendre. Pour que cette information existe, la société doit assurer les conditions d'une bonne recherche scientifique, en psychopharmacologie, en épidémiologie, en médecine clinique, en anthropologie, en sociologie ou en sciences de l'éducation.

Lorsque l'usage est abusif et qu'il fait du tort à autrui, on considère que le consommateur de drogues est responsable des torts causés. Mais s'il est responsable et qu'il ne fait de tort qu'à lui-même, il est moins évident que la société doit intervenir. Jusqu'où peut-on faire aux individus l'obligation de ne pas nuire à leur santé ? Certaines personnes supportent très mal

qu'un médecin (ou un ami) leur dise qu'elles devraient s'arrêter de fumer. Elles considèrent qu'il y a là une ingérence insupportable dans leur sphère d'autonomie. Elles revendiquent le droit de gérer leur santé comme bon leur semble, y compris le droit de se détruire. De fait, les conduites suicidaires ne sont pas punissables dans notre pays⁴⁹⁰. Le respect des libertés dans une société démocratique impliquerait que l'usage de drogues par des citoyens adultes, autonomes et bien informés soit toléré jusqu'à un certain point (comme d'autres conduites à risque). Ceci dans la mesure où cet usage n'est pas nuisible pour les autres, et même si, par celui-ci, l'individu semble se nuire à lui-même. Le sujet moral est juge des risques qu'il accepte de prendre. Mais on peut aussi se demander ce que vaut l'expression « ne faire du tort qu'à soi-même », puisque rares sont les personnes dépourvues de tout entourage familial ou amical. La « tolérance » vient de ce que nul n'a le pouvoir de contrôler l'intimité d'une existence. C'est une raison de plus pour développer une prévention des conduites à risque par une information et une éducation très sérieusement conduites. Cependant, lorsqu'il se rend dépendant d'un produit, le sujet aliène sa liberté. Le degré de cette aliénation est variable. Dans les cas graves de toxicomanie, la liberté est prisonnière puisqu'un esclavage intérieur s'installe. Obtenir le produit devient l'objectif majeur et il peut arriver que le sujet se punisse de son intoxication sans avoir la force de rompre avec elle. Cet état du toxicomane assigne une sorte de droit/devoir d'ingérence à ceux qui l'approchent. On ne voit pas pourquoi l'obligation générale, qui intime de porter secours à son prochain, deviendrait ici caduque. Chacun d'entre nous, lorsqu'il s'aperçoit qu'un de ses proches se fait du mal, est alerté et pour ainsi dire, sommé d'agir. Que faire: contraindre ? Sûrement pas. Tendre la main ? Sûrement. Oser aborder le sujet ? Faire une proposition en laissant intacte la liberté de la réponse ? Sur la manière, on peut effectivement hésiter.

Il est précisément important de trouver la juste attitude qui concilie le respect de la liberté d'autrui avec une compassion vigilante et une offre d'aide efficace. En tout cas, l'indifférence relèverait d'un individualisme égoïste. La faiblesse d'un être, sa détresse, sont pour les autres, une injonction à la responsabilité. L'obligation d'assister ceux qui sont en danger ne vaut pas seulement pour les proches, mais aussi pour la collectivité tout entière. Celle-ci a le devoir de mettre en place une politique de santé publique qui soit pour les individus une aide véritable, et qui donc ne reste pas axée sur la seule question de l'abstinence. Elle doit prendre

⁴⁹⁰ En effet, seule « l'euthanasie active » n'est pas légale en France.

en compte l'ensemble des aspects sanitaires et sociaux liés à l'usage des produits actifs sur le système nerveux central.

Après l'angle religieux et moral, le phénomène de l'addiction peut être vu également sous l'angle de la maladie addictive. L'histoire de cette évolution marque l'émancipation du regard médical par rapport aux perspectives religieuses et morales. Cette évolution rejoint des dimensions sociologiques voire politiques, car le partage des compétences entre l'Église, l'État et la médecine demeure un sujet de débat constant. Les frontières entre vice, transgression et maladie sont extrêmement fluides dans ce domaine, et l'élargissement actuel de la notion d'addiction en est une illustration.

L'exploration historique revêt une importance significative ici : les enjeux de pouvoir sont manifestes dès lors qu'il s'agit d'établir des normes et des critères de santé et de maladie concernant des comportements qui mettent en jeu le plaisir, le risque et le désir. Un des premiers textes fondateurs dans le domaine des addictions est un article de Benjamin Rush⁴⁹¹ datant de 1785 sur l'ivrognerie. Rush soulignait déjà l'importance et les limites de la conceptualisation de ces maladies. Il plaidait pour considérer les alcooliques comme des malades afin de leur offrir de l'aide plutôt que de les stigmatiser. Cependant, ce projet humaniste transférait en quelque sorte au médecin des responsabilités qui relevaient auparavant des prêtres, sans que les bénéfices attendus pour les patients soient toujours évidents. Depuis cette époque, la question de la régulation de l'accès aux substances dangereuses, susceptibles d'engendrer des troubles de la volonté, reste d'actualité.

Désormais, les pratiques autrefois prohibées pour des motifs moraux et religieux peuvent être interdites principalement pour des raisons de santé. L'hygiénisme a représenté une convergence du pouvoir, de la médecine et de la religion, qui aujourd'hui se manifeste sous une forme plus scientifique et technique à travers la santé publique. Les débats théoriques contemporains, tels que ceux opposant les partisans et les détracteurs de la notion d'addiction, sont souvent le reflet de luttes d'influence entre des « entrepreneurs de morale » cherchant à

⁴⁹¹ Benjamin Rush (1746-1813) est un médecin, auteur et professeur. Il est considéré comme l'un des « Pères fondateurs » des États-Unis. Ce praticien est le premier à avoir défendu l'idée que l'alcoolisme était, en réalité, une maladie. Durant trente ans, Il mène une véritable croisade politique et médicale contre les dangers physiques et mentaux liés à une consommation excessive de spiritueux. Son ouvrage, *An Inquiry into the Effects of Ardent Spirits on the Human Mind and Body*, publié en 1784, tranche avec la vision ordinaire du milieu médical de l'époque où l'abus d'alcool est largement associé à l'ivrognerie et moralement condamnée.

définir les critères du bien et du mal. Pour chaque forme d'addiction, il est question de discuter des responsabilités respectives du sujet, telles que son impulsivité, sa difficulté à différer les plaisirs, sa « psychopathie », ainsi que celles de l'objet d'addiction, que ce soit la drogue, l'alcool ou même la machine à sous.

La politique en matière de jeu illustre particulièrement l'actualité et l'importance pratique de ce problème. Fondée sur une prohibition séculaire d'origine religieuse, la politique française a canalisé l'offre de jeu à travers des dérogations accordées aux grands monopoles comme la Française des Jeux, le PMU et les casinos. Cette prohibition partielle est aujourd'hui remise en question par les règles économiques européennes, qui prônent la liberté de l'offre et la concurrence. Une nouvelle politique devient donc nécessaire, bien que la prise en compte des problèmes liés au jeu excessif impose au moins des ajustements à un pur libéralisme économique. Les considérations théoriques sur le sens et la fonction du jeu, ainsi que sur les mécanismes des addictions, auront ainsi des implications politiques extrêmement significatives.

Mais n'est-ce pas plutôt un processus ou une quête de sens ? Parmi les nombreuses questions posées par les addictions, celle concernant leur qualification en tant que « vraies maladies » est particulièrement controversée. Certains scientifiques avancent que les addictions sans substances, notamment le jeu pathologique en tête, ne sont que des pathologies en attente de validation, considérant que seules les dépendances aux substances psychoactives sont pleinement établies comme des addictions avérées. Selon cette perspective, la distinction entre une « vraie maladie » et une « maladie métaphorique » réside dans l'existence ou non de marqueurs biologiques, d'un dysfonctionnement objectivable des circuits cérébraux de la récompense⁴⁹².

⁴⁹² Le « circuit de la récompense » décrit un réseau de connexions reliant deux groupes de neurones : l'un situé dans l'aire tegmentale ventrale et l'autre dans le noyau accumbens. Celui-ci est une structure paire. Il en existe un dans l'hémisphère gauche et un autre dans l'hémisphère droit. Le « circuit de la récompense » a été mis en évidence chez l'animal par Messieurs Olds et Milner dans des expériences d'auto-stimulation où l'animal s'auto-administre des drogues. Le « circuit de la récompense » sert à renforcer certains de nos comportements. Par exemple, il intervient dans les comportements alimentaires ou sexuels. Le principal neurotransmetteur émis dans le « circuit de la récompense » est la dopamine, mais d'autres sont aussi présents : le Gaba, la noradrénaline, la sérotonine. La dopamine est la « molécule du plaisir » libérée dans le noyau accumbens. Les neurones à dopamine sont impliqués dans le plaisir et le désir. Les phénomènes de dépendance (addictions aux drogues, à la nicotine, à l'alcool, *etc.*) sont liés à un dérèglement du « circuit de la récompense ». Dans le cadre de la dépendance, les drogues peuvent stimuler la libération de cette fameuse dopamine. Par exemple, les amphétamines, la cocaïne, la morphine, l'héroïne, le cannabis augmentent sa libération dans le noyau accumbens. Les drogues modifient la production de dopamine et produisent une sensation de satisfaction qui conduit le toxicomane à devenir dépendant.

Ainsi, de nombreuses études s'efforcent de prouver l'existence de ces perturbations durables chez les personnes présentant des addictions, et il existe des indications indirectes assez convergentes à cet égard. Le jeu peut être assimilé à une forme de drogue stimulante, l'adrénaline produisant à la fois la sensation de « frisson mystérieux » qui caractérise l'excitation des machines à sous et activant les circuits cérébraux impliqués dans l'addiction.

Ainsi, la recherche ici vise à comprendre un processus morbide qui serait universel dans toutes les formes de dépendance, qu'elles impliquent des substances ou non, reléguant ainsi l'objet de l'addiction au second plan. Ces approches de type biomédical sont contrastées par des perspectives qui rejettent toute réalité « ontologique » de la maladie, la considérant comme un effet normal de comportements largement pratiqués dans la population. Selon cette vision, il existerait une continuité entre le normal et le pathologique, les joueurs pathologiques représentant simplement l'extrémité d'une distribution en forme de cloche⁴⁹³, avec les non-joueurs à l'autre extrémité.

En pratique, il est évident qu'il y a une différence qualitative, une rupture entre un joueur et un joueur pathologique, tout comme il y en a entre une personne obèse et une personne en surpoids, entre une boulimique et une personne gourmande, ou entre une personne souffrant d'anorexie mentale et une personne frugale.

Ce passage est caractérisé par un sentiment subjectif d'aliénation, où la conduite du sujet lui semble étrangère, et où la perte de contrôle devient une « perte de la liberté de s'abstenir ». Les patients eux-mêmes en viennent à percevoir leur comportement comme un processus, parfois sur des bases biologiques, marquant ainsi une rupture avec la perception antérieure de la consommation de substances ou de jeu « pour le plaisir ».

L'opposition entre les approches processuelles et celles centrées sur le sens de la conduite amène une diversité de solutions, reflétant les différentes visions psychopathologiques des addictions. D'un côté, les partisans de l'intoxication, du processus addictif et du primat de la biologie considèrent souvent la « maladie addictive » comme autonome, indépendante de la

⁴⁹³ La « courbe de Gauss » permet de représenter visuellement la distribution d'une série, et en particulier, la densité de mesures d'une série. Elle utilise les deux calculs de l'espérance et de l'écart-type de la série. Pour un échantillon important, il est généralement constaté une courbe en forme de cloche, c'est-à-dire une forte concentration des valeurs autour de la moyenne, puis, des valeurs de moins en moins nombreuses aux extrémités de la série.

structure psychologique et de l'histoire du sujet. De l'autre côté, ceux qui mettent l'accent sur la « toxicophilie » et les déterminants historiques et structurels voient la conduite addictive comme une production symptomatique.

Dans tous les courants de la psychologie et de la psychanalyse, les auteurs se positionnent entre ces deux pôles, tentant souvent de tenir compte du statut intermédiaire des addictions qui peuvent être tantôt envisagées comme des symptômes, tantôt comme des processus. Chaque type d'addiction est unique et il existe un lien entre le choix spécifique d'une addiction et le sens initial de la conduite. Même si l'addiction marque une rupture, il est difficile de comprendre le jeu pathologique sans examiner le jeu « normal », tout comme il est complexe de traiter un toxicomane sans explorer les motivations qui l'ont conduit à consommer des drogues.

Les addictions elles-mêmes peuvent être perçues comme des entités à deux facettes : l'une caractérisée par un processus de « désobjectivation » et de mécanisation de l'existence à travers le développement d'une dépendance physiologique, et l'autre par une quête de sens où le sujet cherche à reprendre le contrôle de sa vie, parfois de manière violente, en remettant en question sa place dans l'existence. Les aspects de transgression et de conduite ordalique, représentant le versant le plus risqué et actif des addictions, s'opposent à leur versant de dépendance, marqué par la recherche d'oubli de soi, de refuge et de répétition.

Ce modèle de « dépendance/ordalie » constitue un hybride complexe, fusionnant des données scientifiques telles que la dépendance inscrite dans le corps (tolérance, sensibilisation, etc.) avec des dimensions plus subjectives comme le jugement personnel sur le besoin de sens. Cette hybridation se distingue des modèles plus traditionnels en s'inscrivant au confluent des sciences et du sens, où les prises de position radicales, parfois conflictuelles, dans le domaine des addictions trouvent leur origine. Les « guerres de la substitution » qui ont agité le milieu des spécialistes de la toxicomanie en sont un exemple marquant.

Les controverses autour de la psychanalyse et de l'évaluation des psychothérapies illustrent bien cette dynamique. Chaque fois que ces sujets sont remis en question, les cliniciens et les chercheurs se trouvent confrontés non seulement à des débats théoriques, mais également à des questions fondamentales touchant à leur conception du monde et à leur épistémologie. Pour certains, ces débats menacent de réduire les individus à de simples objets, tandis que pour d'autres, ils risquent de renouer avec un obscurantisme préscientifique.

Ce qui rend les addictions particulièrement complexes, c'est leur nature composite, située à la frontière mouvante entre des forces antagonistes en perpétuelle évolution. Elles sont à la fois le domaine de la rigueur scientifique et celui des dimensions plus littéraires, narratives et spirituelles de l'existence. Dans le cas du jeu, la quête de sens est manifeste : l'addiction, relativement rare au départ, devient ultérieurement une désymbolisation de la conduite, voire une désubjectivation de l'individu, le transformant en une mécanique existentielle où l'objet extérieur devient vital, prévisible et central dans sa vie. Ainsi, d'autres questions existentielles et les incertitudes des choix de vie difficiles s'effacent. Le jeu pathologique, avec son lien au sens du jeu, illustre parfaitement cette dialectique opposée.

Il est crucial aujourd'hui d'interroger non seulement les mécanismes sous-jacents des addictions aux jeux, mais également le sens même des jeux de hasard et d'argent dans la vie quotidienne des individus, ainsi que dans la société et la culture qui les entourent.

Les jeux de hasard et d'argent se prêtent particulièrement à cette exploration du sens, car leur lien avec le sacré est évident et a été souligné par de nombreux auteurs. Marcel Neveux⁴⁹⁴, à la suite de Roger Caillois⁴⁹⁵, interprète ces jeux comme une réduction des oracles et des ordalies. Dans un monde désenchanté où les dieux sont absents, le jeu devient une pratique culturelle vidée de sens, une récréation ou une parenthèse qui permet temporairement de s'évader des préoccupations graves, une perspective illustrée par le concept pascalien du « divertissement »⁴⁹⁶.

Ainsi, le jeu peut devenir un moyen pour les jeunes en quête de sens, tout comme la drogue peut être une tentative d'explorer une autre dimension existentielle. Pour de nombreux joueurs pathologiques, défier le hasard et le destin constitue initialement une motivation

⁴⁹⁴ Marcel Neveux (1935-1993) est un peintre, poète et architecte français. Il est notamment l'auteur de *Jeux de hasard* (Paris, Ed. Gallimard, 1967, 467 p).

⁴⁹⁵ Roger Caillois (1913-1978) est un écrivain, sociologue et critique littéraire français. Il est notamment l'auteur de *Les Jeux et les Hommes : le masque et le vertige*, Paris, Ed. Gallimard, coll. « Idées », 1958, 306 p. Pour la première fois, celui-ci fait un recensement des sortes de jeux auxquels s'adonnent les hommes. À partir de ce travail, il élabore une théorie de la civilisation et propose une nouvelle interprétation de différentes cultures, des sociétés primitives jusqu'aux sociétés contemporaines.

⁴⁹⁶ La célèbre notion de divertissement dans les *Pensées* (Paris, Ed. Livre de Poche, 2000, 736 p) de Blaise Pascal (1623-1662) peut revêtir deux sens. En effet, derrière la définition pascalienne bien connue qui le comprend comme stratagème pour esquiver la pensée de notre condition mortelle, on peut aussi se risquer à deviner une vision du divertissement comme condition essentielle de l'homme l'empêchant d'accéder à l'instant et à l'éternité.

essentielle, avant que la dépendance ne s'installe. Dans d'autres cas, le jeu fonctionne dès le départ comme un refuge face aux difficultés de la vie, agissant comme un antidépresseur ou un anesthésique. Toutefois, même dans ce dernier cas, le sens du jeu ne se perd pas complètement derrière la mécanique de la dépendance.

Lorsqu'une personne confrontée à une situation extrêmement difficile, telle qu'une maladie grave, un licenciement ou une rupture, se réfugie dans le jeu compulsif, elle cherche probablement, souvent de manière non exprimée et inconsciente, une forme de réparation. À travers la pratique répétée et mécanique du jeu, c'est le hasard qu'elle défie, ainsi que les grandes figures du destin et de la chance.

Il y a le cas particulier des nouvelles addictions aux jeux en réseau. Moins risquées et moins « ordaliques », elles sont d'autres formes de nouvelles addictions, notamment la dépendance aux jeux en réseau sur internet⁴⁹⁷. Mais la distinction radicale entre ces nouvelles formes de dépendance et les toxicomanies classiques réside principalement dans la relation au risque. Ce qui différencie les univers virtuels, comme celui des jeux, de la vie réelle est principalement le fait que la mort y est un événement secondaire, fréquent et non irréversible. Dans ces environnements, prendre des risques, combattre des ennemis, font partie intégrante de l'expérience ludique, correspondant parfaitement à la fonction que Freud attribuait au théâtre, à la littérature, et plus généralement à cet espace d'évasion et de créativité que Winnicott⁴⁹⁸ qualifiait d'espace transitionnel pour les adultes.

De cette perspective, on peut avancer que le sens du jeu résonne avec l'une des interprétations fréquemment données aux comportements addictifs : celle d'une évasion face aux difficultés de l'existence, dans un monde perçu comme injuste et imprévisible. La plupart

⁴⁹⁷ OFDT, « Les Français et les jeux d'argent et de hasard Résultats du Baromètre de Santé publique France 2019 », in *Revue Tendances*, 2020 n°138, 6 p.

⁴⁹⁸ (D.-W.) Winnicott (1896-1971) est un pédiatre et psychanalyste britannique. Il est considéré comme l'un des praticiens les plus novateurs et originaux. Ses influences sont multiples. Outre Freud, il s'inspire également des travaux de Klein et d'Anna Freud. Il cherche surtout à théoriser le développement de la psyché chez le nourrisson et le petit enfant. En France, c'est surtout (A.) Green et (J.) McDougall qui ont fait connaître Winnicott par une lecture critique approfondie. Outre une double pratique clinique enthousiaste de son métier de pédiatre et de psychanalyste (dont il témoigne dans de nombreux ouvrages), on doit à (D.-W.) Winnicott d'importantes découvertes telles que « l'espace transitionnel » situé entre le bébé et sa mère. C'est là que semble se développer l'aire de jeu et de créativité où l'enfant se voit offrir la possibilité de faire des expériences fondamentales pour sa maturation psychique.

des experts hésitent à considérer l'addiction aux jeux en réseau comme une maladie addictive au sens strict. Les jeunes se réfugient temporairement dans le jeu pour éviter de faire face aux réalités difficiles de la vie adulte, particulièrement ses incertitudes. On pourrait alors conclure que les addictions sans substances sont perçues généralement comme moins « dures » que l'alcoolisme ou la toxicomanie, du fait du saut qualitatif moindre de la passion et de l'habitude envahissante vers la maladie, qui semble être plus lié à l'histoire personnelle du sujet qu'à des facteurs pharmacologiques ou neurobiologiques.

Cependant, la réalité est bien plus complexe, comme en témoignent les usages non problématiques de l'alcool ou de drogues d'un côté, et les cas graves de dépression ou de suicide parmi les joueurs pathologiques de l'autre. Dans le cadre évolutif et théorique de leur pratique, les thérapeutes continueront, par nécessité, à naviguer entre les approches scientifiques et celles qui accordent une importance au sens et à la signification des comportements addictifs.

Section II. Les différents leviers

L'opposition continue du pouvoir politique français à toute libéralisation de l'usage des drogues se traduit notamment par une aggravation de la législation dès lors qu'un fait divers impliquant leur usage défraie la chronique. Cela ne favorise pas l'apparition de leviers pouvant être utilisés afin d'amorcer un début de libéralisation. Pourtant récemment, une brèche a été ouverte dans un système d'aggravation continue de la répression : la légalisation du cannabis thérapeutique. Des considérations de santé publique ont permis de rompre avec la condamnation systématique de l'usage de cette substance. Cela ouvre la voie à des questionnements susceptibles de fragiliser le caractère automatique de la condamnation de l'usage de drogues : l'usage de cannabis pourrait-il être bénéfique à la santé de certains malades dans certaines conditions ? Pourrait-on étendre ce raisonnement aux autres drogues ? L'usage des drogues est-il automatiquement mauvais ou seulement son abus ? Quoiqu'il en soit, cette initiative de légalisation du cannabis thérapeutique est une expérimentation jusqu'au 25 mars 2024⁴⁹⁹. Dès lors, il apparaît utile de s'intéresser aux législations des autres pays qui connaissent une libéralisation rapide de l'usage, soulignant davantage le caractère désuet de la législation française en matière d'usage de drogues. Nous examinerons donc, tout d'abord, le levier que

⁴⁹⁹ Elle est finalement prolongée jusqu'à ce qu'un médicament à base de cannabis soit autorisé par les autorités de santé, mais ne pourra pas aller au-delà du 31 décembre 2024.

constitue, en France, la légalisation du cannabis thérapeutique (I) avant d'examiner les leviers inspirés de l'étranger (II).

I. La légalisation en France du cannabis thérapeutique

Elle pourrait être la première étape de la légalisation du cannabis récréatif⁵⁰⁰ et de toutes les drogues en général. Jusqu'au décret du 5 juin 2013, l'utilisation médicale du cannabis et de ses dérivés était strictement prohibée en France. Ce décret a marqué un tournant en permettant l'utilisation de spécialités pharmaceutiques à base de cannabis qui possèdent une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France ou au niveau européen. Il a également légalisé les opérations de fabrication, de transport, d'importation, d'exportation, de détention, d'offre, de cession, d'acquisition ou d'emploi liées à ces spécialités.

À ce jour, deux médicaments ont obtenu une AMM. Le premier, Sativex, prévu pour traiter la sclérose en plaques, n'a jamais été commercialisé en raison de désaccords sur son prix. Le second est indiqué pour des épilepsies pharmacorésistantes et est actuellement disponible sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Depuis décembre 2018, il est en attente d'avis de la commission de transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du Comité économique des produits de santé (CEPS).

De nombreuses publications scientifiques internationales attestent des effets bénéfiques de certaines molécules issues du cannabis, telles que le CBD et le THC, dans le traitement de diverses pathologies comme la sclérose en plaques, l'épilepsie, ainsi que pour certaines douleurs chroniques, notamment les douleurs neuropathiques et les effets secondaires des traitements par chimiothérapie ou trithérapie. En conséquence, l'interdiction de l'usage médical du cannabis est fréquemment contournée en France par des patients qui parviennent à se procurer ces substances par le biais du marché noir, par autoproduction ou en les achetant dans des pharmacies étrangères, notamment aux Pays-Bas, souvent sur prescription médicale que les médecins

⁵⁰⁰ Une proposition de loi est actuellement à l'étude. Monsieur le député François-Michel Lambert en est le rapporteur devant la commission des affaires sociales. Cependant, celle-ci semble plus s'intéresser à ce sujet pour mieux « l'étouffer » qu'à faire naître un vrai débat national faisant émerger une proposition de loi. Par ailleurs, les dernières déclarations du Président Emmanuel Macron, dans un contexte préélectorale de « guerre à la drogue », ne donne aucun espoir pour une évolution libérale possible sous son quinquennat.

français ne sont pas habilités à délivrer. En l'absence de supervision médicale, ces pratiques individuelles exposent les patients à des risques importants, tant sur le plan légal que sanitaire.

À la demande de la ministre des Solidarités et de la Santé en septembre 2018, l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) a mis en place un Comité Scientifique Spécialisé Temporaire (CSST). Ce comité avait pour mission d'évaluer la pertinence de développer en France l'usage médical du cannabis pour certaines indications et de formuler des recommandations pour sa mise à disposition. L'ANSM a approuvé les conclusions positives et les propositions du groupe d'experts du CSST, publiées le 28 juin 2019, concernant le cadre pratique de l'usage médical du cannabis en vue d'une expérimentation en France. L'agence et le ministère des Solidarités et de la Santé se sont engagés à entreprendre les démarches nécessaires pour sa mise en œuvre.

À ce jour, la légalisation du cannabis thérapeutique n'est qu'expérimentale et pour une durée de deux ans. Elle résulte d'un amendement (n°764) au projet de loi de financement de la sécurité sociale 2020 adopté le 17 octobre 2019⁵⁰¹. Le rapporteur de ce projet étant M. Véran actuel ministre de la Santé.

Cet amendement législatif encadre de manière formelle cette expérimentation visant à répondre aux besoins immédiats des patients non soulagés par les traitements actuels, tout en leur assurant l'accès à des traitements sûrs et de qualité. Cette initiative évaluera en conditions réelles l'efficacité du circuit de prescription et de délivrance, ainsi que l'acceptation de ces conditions par les professionnels de santé et les patients, tout en fournissant les premières données françaises sur le rapport bénéfice-risque pour les principales indications ciblées.

Environ 3 000 patients pourraient être concernés par cette expérimentation. Le cadre expérimental prévu permettra également de financer les coûts associés à la mise en œuvre du cannabis à usage médical, y compris l'achat des produits, la création d'un registre de suivi des patients et son utilisation à des fins scientifiques, ainsi que la formation des médecins et des pharmaciens chargés respectivement de la prescription et de la délivrance du cannabis.

⁵⁰¹ Amendement n°764 au PLFSS 2020 présenté par Monsieur (O.) Véran, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, inséré après l'article 29.

Pour une durée expérimentale de deux ans, l'État pourra autoriser l'usage médical du cannabis sous forme de produits répondant aux normes pharmaceutiques, dans des indications spécifiques ou pour des situations cliniques où les traitements actuels sont inefficaces et inaccessibles. Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation seront définies par voie réglementaire, précisant les conditions de prise en charge, le nombre de patients concernés, ainsi que les aspects liés à l'importation, la production, l'approvisionnement, la prescription et la délivrance par les pharmacies hospitalières et de ville, ainsi que les obligations en matière d'information, de suivi des patients et de formation des professionnels de santé.

Six mois avant la fin de l'expérimentation, le gouvernement présentera au Parlement un rapport détaillé portant notamment sur l'usage médical du cannabis pour les patients, leur suivi, l'organisation du circuit de prescription et de dispensation, ainsi que sur les coûts engagés. Ce rapport évaluera également la pertinence d'une extension de l'usage médical du cannabis à l'issue de l'expérimentation et, le cas échéant, les modalités de sa prise en charge par l'assurance maladie.

Sur le fondement de ce texte, la première prescription a eu lieu le 26 mars 2021 pour un patient souffrant de neuropathie centrale au CHU de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), dans le service du professeur Nicolas Authier, président du comité scientifique temporaire sur le cannabis à usage médical.

Toutefois, la France reste très en retard par rapport à de nombreux pays. La commission des affaires sociales a rejeté ce 2 avril 2021 une proposition de loi relative à la légalisation contrôlée de la production, de la vente et de la consommation de cannabis. Cette proposition de loi de deux articles envisageait dans son article 1 de créer un établissement public administratif, dénommé « Société d'exploitation du cannabis (SECA) » disposant du monopole de la production et de la vente au détail du cannabis et de ses produits. Il s'agit de la seule structure habilitée à mettre en œuvre la production, la transformation et la distribution du cannabis et de ses produits. Son article 2 prévoyait que, de manière similaire à ce qui existe pour le tabac, le cannabis et les produits du cannabis vendus au détail ou importés en France continentale seraient soumis à un droit de consommation spécifique. Ce droit à consommation aurait été organisé selon les modalités prévues aux articles 575 à 575 D du Code général des impôts, et qui organise d'ores et déjà le régime fiscal applicable aux tabacs.

II. Les exemples inspirés de l'étranger

Tous les cadres législatifs concernant les drogues trouvent leur fondement dans les conventions internationales sur les stupéfiants. Ces conventions sont issues d'un système de contrôle international des drogues instauré au début du XIXe siècle pour encadrer et réguler un marché légal de l'opium⁵⁰². À cette époque, le commerce et l'usage des stupéfiants n'étaient pas considérés comme criminels. En Europe, de nombreuses préparations médicamenteuses comme le *laudanum*⁵⁰³ contenaient des doses élevées d'opium, tandis qu'en tant que puissance impériale, l'Angleterre a combattu à deux reprises la Chine pour ouvrir son marché à la vente massive d'opium produit dans ses colonies indiennes. Ce commerce était également central dans les économies coloniales, où les métropoles avaient établi des monopoles sur la culture, la production et la vente de substances telles que le kif en Afrique du Nord française, l'opium en Indochine française ou la « Java coca » aux Indes néerlandaises.

Vers la fin du siècle, le discours médical en Occident commence à différencier l'usage médical de l'usage non médical et à sensibiliser le public aux dangers de la « toxicomanie ». Les ravages de l'opiomane en Chine ont été dénoncés durant la « Belle Époque » par des mouvements moralisateurs anglo-américains, lesquels ont progressivement imposé l'idée d'une régulation internationale. Une première réunion formelle a eu lieu à Shanghai en 1909, initiée par l'évêque américain de Manille, Charles Brent⁵⁰⁴, réunissant les pays concernés pour discuter d'un meilleur contrôle de l'économie de l'opium dans leurs territoires respectifs.

L'acte officiel de naissance du système de contrôle international des drogues est la conférence de La Haye, qui s'est tenue à la charnière des années 1911-1912. Les pays participants se sont engagés à encadrer la production et la circulation de l'opium, de la morphine et de la cocaïne, dont la multiplication des usages non médicaux préoccupait les opinions occidentales. Ils ont également convenu de prohiber toute vente ou usage de ces substances qui

⁵⁰² (A) Marchant, « Les conventions internationales sur les stupéfiants au XXème siècle », in *Revue Swaps*, 2015, pp 11-15.

⁵⁰³ Préparation médicamenteuse liquide à base d'opium, utilisée autrefois pour ses propriétés apaisantes et analgésiques (contre la douleur), ainsi que dans le traitement des diarrhées.

⁵⁰⁴ (C.-H.) Brent (1862-1929) est le premier évêque missionnaire de l'Église épiscopale des îles Philippines. Il est également aumônier général des forces expéditionnaires américaines pendant la Première Guerre mondiale (1914-1918) et évêque du diocèse de l'Église épiscopale de l'ouest de New York.

ne serait pas contrôlé par la profession médicale et les industries pharmaceutiques⁵⁰⁵. Cette convention adoptée a servi de modèle à de nombreuses lois nationales.

Aux États-Unis, par exemple, le Congrès a voté en 1914 le « Harrison Act », qui interdit au niveau fédéral les usages non médicaux des opiacés et de la cocaïne. En France, durant la guerre, la loi de 1916 a été adoptée pour prohiber le commerce non médical des mêmes substances, principalement en réponse au détournement des filières de l'industrie pharmaceutique allemande, amplifié par l'hostilité générale envers l'Allemagne à cette époque. Bien que les cas de toxicomanie fussent marginaux à l'époque et que l'ennemi principal fût plutôt l'alcool⁵⁰⁶, la France a également inclus le haschisch dans la catégorie des stupéfiants, influencée par quelques écrivains et administrateurs coloniaux en Afrique du Nord qui entretenaient la tradition baudelairienne des « paradis artificiels ». Cette inclusion ne signifiait pas une lutte française contre le cannabis, mais révélait plutôt la difficulté des médecins à classer ces substances⁵⁰⁷.

Cela est illustré par l'approche mitigée de la France à réguler le commerce du cannabis dans ses colonies. Quarante ans plus tard, la France se trouvait embarrassée par le commerce non médical du cannabis dans ses protectorats du Maroc et de Tunisie, comme en témoigne une note de l'Office central de la pharmacie suggérant d'interdire rapidement ce commerce pour éviter de le faire sous la pression de l'ONU :

« Dans ces deux protectorats, les régies du tabac mettent en vente officiellement des produits dénommés kif et takrouri, qui sont à base de chanvre indien et fumés par les indigènes. Cette pratique a des conséquences sociales déplorables. De plus, elle est très mal vue par les autres pays et notamment par ceux d'entre eux qui luttent contre la consommation de cette drogue, plus connue sous le nom de « marihuana » [...] Le fait que nous tolérions encore cet usage est généralement attribué à des motifs financiers et nous risquons d'être accusés d'entretenir la dépravation des mœurs pour le profit que nous en tirons »⁵⁰⁸.

⁵⁰⁵ (X.) Paules, *L'opium, une passion chinoise (1750-1950)*, Paris, Ed. Payot et Rivages, 2011, 320 p.

⁵⁰⁶ L'absinthe est notamment interdite en 1915.

⁵⁰⁷ (E.) Retaillaud-Bajac, *Les paradis perdus*, Rennes, Ed. PUR, 2009, 472 p.

⁵⁰⁸ Archives du secrétariat général du gouvernement, F.60 1277, *Note sur le kif*, Dossiers préparatoires de la loi de 1953, p.2.

Cependant, cela souligne surtout que certains pays ont pris du temps pour démanteler leurs systèmes lucratifs de monopoles dans leurs empires coloniaux. Il manquait encore un organe supranational de contrôle, qui ne viendra qu'en 1920 avec la création de la Société des Nations (SDN), précurseur de la communauté internationale. Le système a été renforcé par deux conventions signées à Genève, siège de la SDN, en 1925 et 1931. Les États signataires se sont engagés à fournir des informations sur leur production et/ou leurs besoins en stupéfiants à un Comité central permanent sur l'opium de la SDN. L'élément central de ce dispositif était le contrôle bilatéral des quantités de stupéfiants importées et exportées entre les États, régulé par un système de certificats et de double comptabilité pour éviter que ces substances ne tombent entre de mauvaises mains sur le marché clandestin.

Une autre commission de la SDN, le « Comité consultatif de l'opium », s'occupait d'harmoniser les législations nationales tout en protégeant les intérêts économiques des grandes industries pharmaceutiques. Ce comité avait le pouvoir de demander des explications aux États en cas de données douteuses, bien qu'aucune enquête sur le terrain ne soit prévue. Par exemple, le Japon a réussi à dissimuler entre 1929 et 1939 la production de sept tonnes et demie d'héroïne, qui aurait été délibérément diffusée pour asservir les populations des pays conquis pendant la guerre⁵⁰⁹.

Bien que le cannabis ait été inclus dans les conventions dès 1925, l'accent principal du système international portait sur les « drogues manufacturées ». Cependant, certains États avaient déjà devancé la communauté internationale. Aux États-Unis, plusieurs États avaient interdit la marijuana avant même l'adoption de la « Marihuana Tax Act » en 1937, qui a imposé et sévèrement puni les acteurs impliqués dans les circuits de distribution pour marginaliser son usage. Cette législation s'appuyait sur un climat xénophobe qui associait la consommation de cannabis à des crimes sexuels chez les Hispaniques, les Noirs et les Philippins⁵¹⁰.

Jusqu'aux années 1960, le système des conventions visait davantage à contrôler un commerce légal plutôt qu'à lutter contre le trafic, considéré simplement comme un cas typique de contrebande. Jugé inefficace avant la Seconde Guerre mondiale, ce système de contrôle a

⁵⁰⁹ (J.) Jennings. *The Opium Empire : Japanese Imperialism and Drug trafficking in Asia, 1895-1945*, Londres, Ed. Bloomsbury Academic, 1997, 176 p.

⁵¹⁰ (B.) Blum. *Cultures Cannabis*. Paris, Ed. Scali, 2007, 304 p.

été placé sous l'égide de l'ONU en 1946 et a été révisé pour renforcer son efficacité. La Commission des stupéfiants, comité technique du Conseil économique et social de l'ONU, se réunit désormais annuellement pour examiner les résultats de l'application des conventions. Deux organes de contrôle ont été créés avec des pouvoirs exécutifs et judiciaires : le Comité central permanent, héritier du comité de la SDN, et l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), indépendants des États et financés par les Nations Unies. En 1948, un protocole élargit le champ des substances contrôlées en intégrant les opiacés synthétiques. En 1953, un autre protocole autorisa les enquêtes de terrain. Le nombre de pays autorisés à produire légalement de l'opium fut réduit à la Bulgarie, la Grèce, l'Inde, l'Iran, la Turquie, l'URSS et la Yougoslavie. En plus de ces pays, la France, l'Espagne et l'Australie cultivent également le pavot uniquement pour sa paille, sans chercher à extraire des opiacés.

Le système a généralement été fructueux. Les flux légaux sont désormais régulés et en diminution rapide. D'ici 1952, il n'existe plus aucun système de monopole commercial non pharmaceutique de l'opium, même dans les économies coloniales. La production mondiale annuelle de morphine a augmenté de 55 à 75 tonnes entre 1929 et 1952. Cependant, 90 % de cette production a été utilisée pour fabriquer des dérivés comme la codéine pour répondre aux besoins pharmaceutiques mondiaux. La production légale annuelle de cocaïne est passée de 5 700 à 2 140 kg sur la même période, tandis que les quantités annuelles d'héroïne (diacétylmorphine) ont chuté de 3 621 à 120 kg.

À cette époque, les bureaucrates de l'ONU et les délégations nationales, pleins d'optimisme, partageaient le rêve d'un contrôle absolu sur la circulation des produits stupéfiants. Charles Vaïlle⁵¹¹, un Français qui a dirigé deux fois la Commission des stupéfiants (1954-1955), a influencé la rédaction de tous les protocoles de l'après-guerre. Il estimait qu'un régime de prohibition totale des stupéfiants, avec un contrôle absolu sur la façade légale et des frontières imperméables entre le licite et l'illicite, pourrait être instauré d'ici 1959⁵¹².

⁵¹¹ (C.) Vaïlle (1911-2000) a été interne des hôpitaux (1932-1935), chef de section au ministère de la Santé publique (1942), chef du service central de la pharmacie (1944-1956), inspecteur général de la Santé (1956-1977) et ancien chef de laboratoire à la faculté de médecine de Paris. En 1954, il devient président de la commission des stupéfiants des Nations Unies, puis, de l'Académie nationale de pharmacie (1973). Ses travaux s'avèrent magistraux : contribution à l'étude des hyperglycémies médicamenteuses ou toxiques, manuel pratique de législation pharmaceutique, réglementation des substances vénéneuses, code annoté de la pharmacie, *etc.*

⁵¹² (C.) Vaïlle, *Les Stupéfiants, fléau social*. Paris, Ed. Expansion scientifique, 1955, 194 p.

En 1961, la convention unique sur les stupéfiants a consolidé l'ensemble des réglementations internationales antérieures et fusionné les deux organes de contrôle en un seul⁵¹³. Les textes ont été simplifiés en distinguant quatre listes de substances pour faciliter la ratification par les différents États, qui ont appliqué les recommandations de l'ONU. Par exemple, l'introduction en France en 1948 du carnet à souches pour les prescriptions médicales de produits classés stupéfiants était une recommandation de la Commission des stupéfiants pour renforcer le contrôle intérieur.

Dans les années 60, les besoins annuels de la France, enregistrés par l'OICS⁵¹⁴ chargé de surveiller les transactions, étaient par exemple de 200 000 à 240 000 kg d'opium pour deux ans, puis de 150 000 kg à partir de 1978, grâce à la culture renforcée de pailles de pavots françaises⁵¹⁵. Le nombre de manufactures productrices d'alcaloïdes a été réduit pour éviter les fuites vers le marché clandestin, qui était encore très important à l'époque de la « French Connection ». Par exemple, lors d'enquêtes menées conjointement entre Américains et Français en 1963, des soupçons de détournement se sont portés sur l'usine « Sempa », fabricant d'alcaloïdes en région parisienne, où un trafiquant corse, Henri Ordioni, a été arrêté en possession du numéro de téléphone d'un responsable de « Sempa ».

L'enquête menée par l'OCRTIS⁵¹⁶ a rapidement mis en lumière le rôle joué par un fonctionnaire de la Santé, Patrice Giovannetti, ayant des liens avec Henri Ordioni, lui-même connecté à Samil Khoury, un trafiquant libanais de morphine-base et grand fournisseur des clans mafieux corses de Marseille à cette époque⁵¹⁷. Pour renforcer le contrôle, à la fin des années 1970, une seule société détient le monopole de l'extraction et de la fabrication des alcaloïdes : « Francopia », une filiale des laboratoires « Sanofi-Aventis », cultivant par exemple du chanvre et le transformant dans son usine située dans le Gard⁵¹⁸. Elle devient ainsi

⁵¹³ À cette date, l'O.I.C.S. absorbera le Comité.

⁵¹⁴ Organe International de Contrôle des Stupéfiants.

⁵¹⁵ Archives de la Santé, CAC 19900545/1, Correspondance Bureau PH5-OICS, classeurs (1961-68), (1978-79).

⁵¹⁶ Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants.

⁵¹⁷ Archives du BNDD, NARA (États-Unis), correspondance Bureau of Narcotics-OCRTIS, 1963, RG170/7.

⁵¹⁸ (G.) Badou, « Pavot, le triangle d'or français », in *L'Express*, article du 18 mai 1995.

l'équivalent des autres sociétés privées étrangères : « Acaliber SA » (Espagne), « Glaxo » (Grande-Bretagne), « Abbott Laboratories » (États-Unis).

Cette économie contrôlée des stupéfiants reste en place malgré le virage vers la « guerre contre la drogue »⁵¹⁹. Cependant, dans de nombreux pays, la toxicomanie ne résulte plus principalement de prescriptions médicales iatrogènes⁵²⁰, mais prend la forme préoccupante de polyaddictions signalées par d'autres organes de l'ONU comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En 1971, l'OMS s'est alarmée d'un problème devenu une « pandémie des opiacés, auxquels se sont ajoutées une variété de substances stupéfiantes ou non, utilisées par de nombreux jeunes »⁵²¹. De son côté, l'UNESCO, dans ses travaux, a mis en lumière la crise de civilisation affectant la jeunesse des pays industrialisés, qui trouve refuge dans l'usage de drogues⁵²². Toutefois, la rhétorique de guerre imposée par Nixon a presque complètement occulté les aspects légaux de la question des drogues, comme le constate François-Xavier Dudouet⁵²³ :

« La séparation entre offre licite et offre illicite devenait parfaitement nette. Or c'est dans la poursuite de ce but que le contrôle international des drogues avait en grande partie fonctionné depuis ses origines. L'objectif étant atteint, on comprend que « l'attention générale » se soit reportée vers la répression, le traitement et la prévention des usages illégitimes »⁵²⁴.

Ainsi, le système des conventions a également évolué vers le paradigme de la guerre contre la drogue, reposant sur trois piliers : la Convention unique de 1961 et deux autres textes fondamentaux qui ont pris en compte les nouvelles facettes du problème. La conception de la Convention de Vienne de 1971 sur les psychotropes découle de l'observation des nouveaux usages de drogues dans les années 60. Outre l'héroïne, les substances consommées ne sont plus

⁵¹⁹ La « Guerre à la drogue » a été lancée par le président américain Nixon en 1971.

⁵²⁰ Se dit d'une manifestation pathologique due à une acte médical, et spécialement, à un médicament.

⁵²¹ Archives de la santé, CAC 1990545/1, Rapport OMS, Genève 19 mai 1971.

⁵²² UNESCO, *Rapport : les Jeunes et l'usage de drogue dans les pays industrialisés*, Paris, 1974.

⁵²³ (F.-X.) Dudouet est chercheur au CNRS dans le domaine de la sociologie politique et morale. Ses recherches portent sur la production et le maintien des ordres sociaux à l'échelle internationale. Après s'être intéressé à la genèse de la politique mondiale des drogues et à la standardisation technique internationale, il travaille désormais sur la gouvernance des grandes entreprises au niveau mondial, ainsi que sur les théories de la domination et des élites en sciences sociales. En outre, il est directeur adjoint de l'Institut de recherche interdisciplinaire en sciences sociales (IRISSO) à l'Université Paris-Dauphine.

⁵²⁴ (F.-X.) Dudouet, *Le grand deal de l'héroïne*, Paris, Ed. S yllipse, coll. Histoire : enjeux et débats, 2009, 306 p.

seulement les traditionnels grands alcaloïdes : les amphétamines, encore largement légales et disponibles en pharmacie sous des marques comme MaxitonTM, TonédronTM, PréludineTM, ont été largement consommées. De même, les hallucinogènes comme le LSD, symboles de la contre-culture, ont émergé.

La montée des laboratoires clandestins de production d'amphétamines a été combattue tant aux États-Unis qu'en Europe. La communauté médicale internationale a exprimé des préoccupations, notamment lors d'un grand colloque sur les hallucinogènes organisé en septembre 1968 à la Faculté de médecine de l'Université Laval au Québec. Les représentants anglais, américains, canadiens et suédois ont mis en garde contre les dangers de l'injection intraveineuse d'amphétamines comme la Méthédrine chez les jeunes⁵²⁵. Ces médecins ont plaidé, au sein des instances internationales, pour élargir le contrôle aux médicaments psychotropes. C'est ainsi que la Convention de Vienne de 1971 a été adoptée.

Cette convention a établi quatre nouvelles listes pour classer les substances comme les hallucinogènes et les cannabinoïdes (liste I), les amphétamines (liste II) et les barbituriques (listes III et IV). Cela a permis de soumettre à un contrôle vigilant les nouvelles « street drugs », c'est-à-dire les médicaments détournés et revendus par les trafiquants, tels que les « Quaaludes » (méthaqualone) ou le « d'angel dust » (phencyclidine). Le contrôle varie depuis des procédures strictes, similaires à celles de la convention de 1961 pour la liste I, jusqu'à des régimes de licence et d'ordonnances obligatoires pour la prescription pour la liste IV.

De même, les textes ne prévoient plus l'évaluation obligatoire des besoins par les États signataires, une pratique considérée comme l'idée centrale du contrôle supranational depuis 60 ans. Cependant, des résolutions ultérieures du Conseil économique et social de l'ONU, en 1981 et en 1991, insistent sur la nécessité pour les gouvernements de communiquer volontairement leurs besoins. L'article 12 de la convention demande également aux États de prendre des mesures vigoureuses pour prévenir l'abus des substances psychotropes, signalant ainsi un changement de perspective. La toxicomanie n'est plus vue seulement comme un problème de contrôle défaillant d'une économie internationale particulière, mais comme un fléau à combattre.

⁵²⁵ Archives de la Santé, CAC 19760224/183, *Utilisation des hallucinogènes chez les jeunes. Aspects médico-sociaux* (compte rendu du colloque).

D'autres organes de l'ONU, comme l'OMS dont les experts ont participé à la Conférence de Vienne ayant conduit à la convention de 1971, sont encouragés à soutenir l'action jugée désormais insuffisante de la Commission des stupéfiants. Les pays engagés dans la lutte contre la drogue saluent ce texte, comme l'ont souligné les rapporteurs français lors de la ratification de la convention par l'Assemblée nationale en 1974, rappelant qu'il avait été longuement attendu :

« C'est alors qu'il devint évident (vers 1969-1970), à la lecture d'enquêtes et de statistiques, qu'à défaut de pavot ou « d'herbe », tout un arsenal de produits synthétiques, la « psychopharmacologie sauvage » selon l'expression du professeur Delay⁵²⁶ pouvait faire échec, de façon spectaculaire, à cette convention imprudemment appelée unique »⁵²⁷.

En 1971, face à un problème dont les dimensions évoluaient rapidement, les États-Unis ont obtenu de l'ONU la création du Fonds des Nations Unies pour la lutte contre l'abus des drogues (FNULAD), doté d'un financement initial de deux millions de dollars. Les États signataires ont depuis contribué à ce programme à travers diverses initiatives : lutte contre le trafic international, programmes d'éducation et de prévention auprès des populations⁵²⁸, etc.

Quinze ans plus tard, la « guerre contre la drogue » a pris une dimension plus intégrée au sein du système international avec la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, également connue sous le nom de Convention de Vienne, adoptée en décembre 1988 par l'ONU. Cette convention cible désormais le crime organisé international, accentué par l'essor des cartels colombiens de la cocaïne au cours de cette décennie. Pour faire face à la complexité croissante des économies criminelles, la convention recommande l'extradition entre États des grands criminels arrêtés. Deux nouvelles listes régulent la production et la vente des principaux précurseurs utilisés dans le raffinage des drogues (anhydride acétique, acétone, etc.). De plus, elle propose des moyens légaux que les États sont encouragés à mettre en œuvre, tels que les opérations d'infiltration de policiers ou de

⁵²⁶ (J.) Delay (1907-1987) est un psychiatre, neurologue et écrivain français. En 1957, il élabore avec son assistant (P.) Deniker une classification des substances psychotropes qui sera ensuite validée par le congrès mondial de psychiatrie en 1961. Cette classification distingue les substances psychotropes des médicaments et aussi des drogues, en fonction de leur activité sur le système nerveux central.

⁵²⁷ Assemblée nationale, rapport parlementaire numéro 1294, 1974.

⁵²⁸ FNULAD, *Le fond des Nations Unies pour la lutte contre l'abus des drogues (brochure)*, Genève, 1989, 63 p.

douaniers au sein des réseaux criminels⁵²⁹, ainsi que des stratégies visant à « frapper au portefeuille » des trafiquants, en luttant contre le blanchiment d'argent⁵³⁰.

La convention de 1988 marque un tournant dans l'action de l'ONU en se concentrant davantage sur la répression de la toxicomanie. En 1990, le Fonds des Nations Unies pour la lutte contre l'abus des drogues (FNULAD) est transformé en Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID), élargissant ses efforts pour inclure, par exemple, la prévention de la propagation du Sida en Afrique parmi les toxicomanes, en collaboration avec l'OMS. Son administration, basée à Vienne au sein des locaux de l'ONU, voit ses effectifs augmenter, comptant près de 500 fonctionnaires. Cependant, en tant que commission consultative, son rôle se limite principalement à la rédaction de rapports destinés à influencer les votes de l'Assemblée générale de l'ONU ou les initiatives des États, comme la promotion de cultures de substitution pour les populations afghanes ou latino-américaines impliquées dans la production d'opium ou de coca.

Le PNUCID adopte une approche largement inspirée par les pratiques américaines, ce qui trouve un écho favorable parmi les experts choisis dans les divers pays membres, connus pour leurs positions répressives. À sa création, le PNUCID recrute par exemple Bernard Leroy, un magistrat français connu pour son approche ferme en tant que juge d'instruction au tribunal d'Évry dans les années 80. Il a également influencé les politiques répressives liées à la loi de 1970, notamment en ce qui concerne le statut ambigu des « usagers-revendeurs ». (B.) Leroy fut le candidat malheureux de la droite sarkozyste pour la direction de la MILDT⁵³¹ en 2002⁵³².

Un autre signe significatif de cet engagement dans la voie répressive est la fusion en 1997 du PNUCID avec le Centre pour la prévention internationale du crime des Nations Unies, formant ainsi l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). Ce bureau, également basé à Vienne, est dirigé depuis 2010 par Yuri Fedotov, représentant de la Russie, un pays peu enclin à adopter des politiques de réduction des risques (RdR). Alors que l'usage

⁵²⁹ En France, la loi sur les « livraisons surveillées » de décembre 1991 encadre des pratiques que les services répressifs avaient déjà commencé à expérimenter sur le terrain.

⁵³⁰ En 1990, la République française crée ainsi l'Office central de police judiciaire de lutte contre la grande délinquance financière, mais également, la cellule « Tracfin » dépendante de Bercy.

⁵³¹ Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.

⁵³² Archives de la Justice, CAC 19950397/24, Dossiers judiciaires « toxicomanie » de Bernard Leroy.

thérapeutique du cannabis s'est généralisé dans de nombreux pays, l'ONU et le système conventionnel demeurent fermement attachés à une politique prohibitionniste stricte. Depuis 1990, l'ONU organise des sessions spéciales (UNGASS⁵³³) entièrement dédiées à la question des drogues. En 1998, la déclaration finale de l'assemblée visait à éliminer totalement la drogue dans le monde dans un délai de dix ans, incluant la disparition des cultures de pavots et de coca, ainsi qu'une réduction drastique des cultures de cannabis. Après une pause, l'UNGASS ne s'est réunie à nouveau qu'en 2016. Bien que des objectifs aussi répressifs ne soient plus formulés, le ton demeure souvent martial, malgré les nombreux appels des experts internationaux en faveur d'une sortie de la prohibition. En mars 2005, lors de la réunion annuelle de la Commission des stupéfiants, les États-Unis ont officiellement menacé de suspendre leur financement à l'ONUDC si l'organisation mentionnait positivement la réduction des risques (RdR) dans ses publications.

534

Aujourd'hui, l'ambiguïté de la position américaine, notamment avec les expériences de libéralisation du cannabis menées par plusieurs États, pourrait-elle changer la donne ? Cependant, les critiques de l'UNGASS, comme l'International Drug Policy Consortium (IDPC), réseau international de professionnels et d'ONG engagés dans la RdR, continuent de souligner l'absence même du terme « réduction des risques » dans les documents préparatoires des réunions⁵³⁵. Pourtant, une évolution significative de l'attitude de l'UNGASS pourrait marquer une nouvelle ère attendue par tous dans le système international des conventions sur les drogues.

Au niveau international⁵³⁶, le bilan de près de cinquante années de « guerre à la drogue », dont l'objectif principal était la réduction de l'offre⁵³⁷, tend à montrer que les efforts déployés et les énormes sommes d'argent investies n'ont pas permis de faire diminuer la consommation de stupéfiants, pas plus que d'enrayer les trafics. Au contraire. Depuis le début des années 70, la production agricole et la consommation de drogues ont très nettement augmenté. Les zones de production se sont diversifiées. La disponibilité des produits illégaux

⁵³³ United Nations General Assembly Special Session on Drugs.

⁵³⁴ (A.) Labrousse, *Géopolitique des drogues*, Paris, Ed. PUF, coll. Q.S.J., 2011, p.119.

⁵³⁵ Voici un exemple de texte critique (IDPC) :<http://idpc.net/alerts/2016/01/ungass-without-harm-reduction-no-way>.

⁵³⁶ Avis « usages de drogues et droits de l'Homme » de la CNCDH, texte n° 31.

⁵³⁷ À terme, la diminution et la suppression des productions illégales étaient censées provoquer une augmentation des prix de détail et, ainsi, décourager la consommation.

sur le marché mondial a crû, y compris en termes de prix et de qualité. Ainsi, en mars 1995, après trois décennies de guerre contre la drogue, Thomas Constantine⁵³⁸, alors administrateur de la « Drug Enforcement Administration », déclare devant le Congrès des États-Unis que « la disponibilité et la pureté de la cocaïne et de l'héroïne sont plus élevées que jamais »⁵³⁹. Depuis, la production de cannabis, de cocaïne et d'héroïne n'a pas diminué dans la plupart des pays producteurs. En témoignent les exemples du Maroc, du Pérou, de l'Afghanistan, de la Birmanie, du Laos et de l'Inde⁵⁴⁰. Tous les jours, l'actualité démontre l'impossibilité du contrôle du trafic des stupéfiants, la violence qui lui est associée, et la multiplication des activités illicites liées au marché noir. La prohibition a permis au crime organisé de dégager des profits élevés qui dynamisent le marché de la drogue. Par ailleurs, la consommation des drogues n'a jamais diminué.

Alors que la répression des drogues (et notamment de leur production illégale) était devenue le paradigme de la politique internationale, mais aussi des politiques nationales adoptées dans tous les pays, cet échec des politiques « antidrogues » a amené plusieurs États à s'interroger sur la pertinence de ce paradigme. En Europe, l'approche par la santé publique et les droits de l'Homme prône une politique de santé publique de réduction des risques. Cette approche rompt avec l'idée jusqu'alors partagée d'une « tolérance zéro » vis-à-vis de la consommation. Plus pragmatique, elle accepte l'idée d'une consommation encadrée dans le but de minimiser les possibles effets négatifs de leur usage (surdose, VIH/SIDA, hépatite C), sans nécessairement prôner le sevrage ou l'abstinence. Plus récemment, certains États, comme l'Uruguay ou certains États des États-Unis, ont choisi de légaliser le cannabis, en opposition avec les traités internationaux. D'autres pays, comme le Canada ou l'Italie, réfléchissent en ce sens.

Dans un tel contexte, la Colombie, le Guatemala et le Mexique, soutenus par plusieurs autres États, ont demandé à ce que la réunion extraordinaire de l'Assemblée générale sur les drogues⁵⁴¹, prévue pour 2019, soit avancée de trois ans. Elle s'est donc tenue du 19 au 21 avril

⁵³⁸ (T.-A.) Constantine a été administrateur de la « Drug Enforcement Administration (DEA) » entre mars 1994 et juillet 1999. ..

⁵³⁹ (P.-A.) Chouvy, « La guerre contre la drogue : bilan d'un échec », in *La vie des idées.fr*, 13 janvier 2015.

⁵⁴⁰ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), *Rapport mondial sur les drogues*, Vienne, 2014, 192 p.

⁵⁴¹ United Nations General Assembly Special Session on Drugs – UNGASS.

2016 et marque un tournant dans l'appréhension, par les Nations Unies, de la politique de lutte contre la drogue à plusieurs titres.

L'UNGASS 2016 a été le catalyseur d'une nouvelle coalition au sein de la communauté internationale. Cette coalition regroupe les pays appelant à une approche alternative, remettant en question les principes et l'efficacité de la politique internationale existante sur les drogues, et envisageant son évaluation voire une révision éventuelle. D'un côté, les pays « prohibitionnistes » comme la Russie et la Chine défendent les textes existants comme étant la « pierre angulaire » du système. De l'autre côté, la coalition « modérée » représentée par l'Union européenne et les États-Unis privilégie une approche fondée sur la santé publique et les droits de l'homme au sein des traités. Enfin, la coalition dite « alternative » composée de pays comme la Colombie et l'Uruguay souhaite amorcer un processus d'évaluation du système actuel, avec la possibilité d'introduire davantage de régulation des marchés, notamment en ce qui concerne l'utilisation thérapeutique ou médicale de stupéfiants comme le cannabis ou la feuille de coca.

La troisième coalition, à l'origine de l'UNGASS 2016, n'a pas réussi à faire prévaloir ses positions lors de cette session. Le texte final adopté par l'Assemblée générale reflète une synthèse entre une approche répressive et la protection des droits de l'homme. Bien que la dimension répressive demeure centrale dans la lutte contre le trafic illicite et la criminalité, cette session marque néanmoins un véritable tournant en accordant une place accrue à la santé et aux droits de l'homme. La dernière résolution de l'UNGASS⁵⁴², en particulier, représente le texte le plus favorable aux droits de l'homme dans l'histoire de la politique internationale des drogues.

L'aboutissement de cette avancée a été l'intégration officielle de la protection des droits de l'homme dans les systèmes de police et de justice. Cela permet de mettre en place une série de mesures non répressives, voire moins répressives : la prise en compte des alternatives à l'emprisonnement pour les délits liés aux drogues, une proportionnalité des peines adaptée à la gravité des infractions, ainsi que des politiques de développement alternatif. De plus, pour la première fois dans le document, un chapitre complet est consacré à la santé. Ses enjeux occupent une place équivalente à celle des questions de sanction et de répression. Il s'agit d'une méthode moins déséquilibrée qui permet une interprétation plus flexible des conventions. Dans cette

⁵⁴² Nations Unies, UNGASS 2016, résolution adoptée par l'Assemblée générale le 19 avril 2016, S-30/1, *Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue*, A/RES/S-30/1.

démarche, la diminution des risques (en dépit de l'absence de l'expression dans le texte final) a été un facteur déterminant pour dépasser l'opposition « santé/répression » – « malade/délinquant » et pour favoriser une approche pragmatique du phénomène des drogues. Par conséquent, le document comprend les principales mesures sanitaires visant à diminuer les risques et les dommages (équipement d'injection, traitement médical, Naloxone, y compris en prison). Il souligne l'importance de considérer les caractéristiques de genre, d'âge et de culture, les comportements d'usage et les risques qui y sont associés.

Enfin, l'UNGASS 2016 ouvre la porte à une série de débats en vue de la redéfinition du plan d'action de l'ONU sur les drogues en 2019. En effet, il est fondamental de se rappeler que le droit international ne se limite pas à ces conventions contre les drogues, mais qu'il existe aussi des celles relatives à la protection des droits humains fondamentaux.

Examinons maintenant la situation dans certains pays. En Europe tout d'abord.

En *Espagne*, depuis 1983, la possession et la consommation personnelle de drogue ont été décriminalisées. Depuis les années 2000, environ 300 « clubs cannabis » ont ouvert leurs portes. Ces établissements fonctionnent comme des bars où les membres peuvent consommer du cannabis en privé avec d'autres membres.

En *Estonie*, la possession de cannabis est illégale, mais la détention de moins de 10 grammes est passible d'une simple amende. En revanche, la possession d'une quantité supérieure ainsi que le trafic sont punis par des peines pouvant aller jusqu'à 5 ans de prison.

En *Norvège*, le 14 juin 2010, la commission « Stoltenberg » recommande la mise en place de traitement assisté pour l'héroïne. Le 18 juin 2010, Knut Storberget⁵⁴³, ministre de la Justice et de la Police, annonce que le ministère travaillait sur un projet de décriminalisation des drogues sur le même modèle que le Portugal. Il doit être présenté au parlement avant les prochaines élections générales. Mais Storberget change plus tard d'avis, affirmant que la décriminalisation est un débat de chercheurs et qu'il est en faveur à la place de traitements forcés. En mars 2013, le ministre de la Santé, Jonas Gahr Store⁵⁴⁴, a proposé de décriminaliser

⁵⁴³ (K.) Storberget (né le 6 octobre 1964) est un homme politique norvégien. Membre du « Parti du Travail », il devient ministre de la Justice et de la Police du 17 octobre 2005 au 11 novembre 2011. Il démissionne du gouvernement suite aux attentats de 2011 en Norvège perpétrés par un militant d'extrême droite.

⁵⁴⁴ Né le 25 août 1960, (J.-G.) Store est un politicien, président du Parti travailliste et Premier ministre de la Norvège depuis le 14 octobre 2021.

l'usage d'héroïne d'ici 2014 afin de réduire les overdoses. En 201, il y a eu 294 décès par overdoses, comparés à 170 décès liés aux trafics de drogues.

La politique progressiste des *Pays-Bas* en matière de drogues repose sur deux principes fondamentaux :

- L'usage de drogue est considéré comme un problème de santé publique et non comme un crime ;
- Il y a une distinction entre les drogues dures et les drogues douces.

Le cannabis reste une substance contrôlée aux *Pays-Bas*, et la possession ainsi que la production à des fins personnelles sont considérées comme des infractions mineures. Les « coffee shops », bien que tolérés dans la pratique, sont techniquement illégaux selon la loi. Cependant, cette loi n'est pas appliquée de manière stricte, ce qui crée une légalisation de facto. En conséquence, les clients peuvent légalement acheter une substance qui est illégalement fournie aux coffee shops. Bien que longtemps critiquée pour sa supposée augmentation significative de la consommation des produits dépénalisés, cette politique en vigueur aux *Pays-Bas* depuis 1976 n'a pas montré d'augmentation notable de la consommation locale. L'augmentation observée concerne principalement le tourisme lié à la consommation de drogues.

Le *Portugal* a été le premier pays européen à abolir la criminalisation de l'usage personnel de toutes les drogues en 2001. Les consommateurs de drogues sont ainsi orientés vers des soins plutôt que d'être condamnés à des peines de prison grâce à cette politique. D'après des études du « Cato Institute » dirigé par Glenn Greenwald⁵⁴⁵ en 2006, cinq ans après l'entrée en vigueur de la loi, un certain nombre d'effets positifs ont été constatés : la baisse de l'usage de drogues chez les adolescents, la baisse du taux d'infection au VIH chez les consommateurs de drogues, une baisse de moitié du nombre de décès liés aux drogues et le doublement du nombre de personnes suivant un traitement pour drogues. Selon le professeur de criminologie Peter Reuter⁵⁴⁶ de l'université du Maryland, « la décriminalisation au Portugal a accompli son objectif

⁵⁴⁵ Né le 6 mars 1987, (G.) Greenwald est un journaliste politique, avocat, blogueur et écrivain américain.

⁵⁴⁶ (P.) Reuter est professeur à l'École de politique publique et au Département de criminologie de l'Université du Maryland. Il a été rédacteur en chef du « Journal of Policy Analysis and Management » entre 1999 et 2004. Il a également fondé et dirigé le « Drug Policy Research Center de RAND » de 1989 à 1993.

principal, sans accroître l'usage de drogues ». Toutefois, une étude du département d'économie de l'université de Californie à Berkeley a constaté une augmentation du nombre d'homicides liés à la drogue et du taux de mortalité des consommateurs par rapport aux autres pays de l'Union européenne.

En ce qui concerne les quantités limites considérées comme usage personnel au *Portugal*, elles incluent :

- 25 g d'herbe de cannabis
- 5 g de haschisch
- 215 g d'huile de cannabis
- 0,5 g de THC pur
- 500 µg de LSD
- 1 g de MDMA
- 2 g de cocaïne (Hydrochloride)
- 0,3 g de cocaïne (Benzoylecgonine)
- 1 g d'héroïne
- 1 g de méthadone
- 2 g de morphine
- 10 g d'opium
- 1 g d'amphétamine
- 0,1 g de Phéncyclidine (PCP)

Le 14 décembre 2009, la *République tchèque* a adopté une nouvelle loi qui a pris effet le 1er janvier 2010. Celle-ci dépénalise la possession de petites quantités de stupéfiants. Par exemple, la possession des quantités suivantes de drogues est désormais sanctionnée par une simple amende :

- Marijuana : 15 g ou 5 plants
- Haschich : 5 g
- Buprénorphine : sans limite spécifiée
- Champignons hallucinogènes : 40 champignons
- Peyotl : 5 plants
- Coca : 5 plants
- LSD : 5 cachets

- Ecstasy : 4 cachets ou plus de 0,4 g en poudre
- Amphétamine : 2 g
- Méthamphétamine : 2 g
- Héroïne : 1,5 g
- Cocaïne : 1 g

La détention d'une plus grande quantité de marijuana est punie d'un an de prison, tandis que pour les autres drogues illicites, la peine est de deux ans. L'achat est décriminalisé, mais la vente demeure une activité criminelle. Les peines sont plus sévères pour la production et le trafic (à l'exclusion de la possession de cinq plants de cannabis). Les dépenses publiques en matière de drogues ont baissé de 10 % entre 2010 et 2011, soit plus de 2 millions d'euros d'économies, principalement en raison d'une diminution des contrôles liée à la nouvelle réglementation. La consommation de drogues a été stable dans l'ensemble de la population, mais a diminué chez les jeunes. La consommation de méthamphétamine, d'héroïne, d'ecstasy et de champignons hallucinogènes a notamment diminué chez les jeunes de 16 ans, et pour la première fois en 2011, l'usage de cannabis a diminué. Une loi autorisant le cannabis médical a été votée en mars 2013, mais il ne peut être obtenu qu'en pharmacie et sur ordonnance. Pour produire du cannabis médical, les entreprises et les entrepreneurs doivent obtenir une licence, alors que la production personnelle demeure interdite.

En novembre 2018, le Parlement du *Royaume-Uni* vote la légalisation de l'usage du cannabis thérapeutique. Le maire de Londres Sadiq Khan⁵⁴⁷ milite pour la dépénalisation du cannabis. En tête des sondages pour les prochaines élections municipales, Sadiq Khan a annoncé dans son programme électoral qu'il proposerait la création d'une « Commission des drogues de Londres » s'il était réélu. Cette commission aurait pour objectif d'évaluer l'efficacité des lois britanniques sur les drogues, avec un accent particulier sur le cannabis.

Le manifeste de M. Khan souligne la nécessité d'engager un débat sur la législation britannique en matière de drogues. Il met en avant l'idée que les ressources policières pourraient être mieux orientées vers les drogues ayant le plus d'impact négatif.

⁵⁴⁷ Né le 8 octobre 1970 à Tooting (Londres), (S.-A.) Khan est un avocat et politicien britannique (membre du Parti travailliste). Issu d'une famille modeste d'origine pakistanaise, il grandit dans la banlieue sud de Londres. Élu à la Chambre des communes du Royaume-Uni en 2005 pour la circonscription de Tooting, il exerce ensuite des fonctions ministérielles au sein du gouvernement Brown entre 2008 et 2010 en étant successivement ministre d'État aux Communautés, puis, aux Transports. Il est élu maire de Londres en 2016 et réélu en 2021.

Selon un sondage mené par l'institut « Survation », une grande majorité des Londoniens (63 %) soutient la légalisation et la réglementation de la vente et de la consommation du cannabis. Seulement 19 % s'opposent à un assouplissement des règles. À l'échelle nationale, au Royaume-Uni, 47 % des Britanniques sont favorables à la légalisation, tandis que 30 % y sont opposés. Le reste des répondants reste indécis.

En parallèle, le cours des actions dans l'industrie du cannabis au Royaume-Uni est à la hausse, surtout avec des réglementations boursières de plus en plus souples. Ainsi, certaines entreprises du secteur du cannabis peuvent désormais être cotées à la Bourse de Londres.

Sur le plan politique, le gouvernement britannique a critiqué la position de Sadiq Khan. Allegra Stratton, attachée de presse du Premier ministre Boris Johnson, a exprimé dans le journal *The Guardian* que « la politique sur les drogues contrôlées relève du gouvernement britannique » et non du bureau du maire de Londres.

Malgré l'impossibilité pour Sadiq Khan de changer la loi, son manifeste reflète clairement un changement d'attitude envers le cannabis. Le maire a exprimé l'espoir de susciter « un débat national attendu depuis longtemps » sur cette question.

Ce débat pourrait potentiellement orienter le Royaume-Uni vers la voie de la légalisation du cannabis. De plus, avec la plus grande étude sur le cannabis médical actuellement en cours, il est probable que l'utilisation du cannabis à des fins médicales augmente également.

En *Suisse*, bien que la consommation de cannabis soit formellement interdite, elle est largement tolérée. Trois initiatives populaires fédérales⁵⁴⁸ ont été déposées auprès de la Chancellerie fédérale dans le but de libéraliser une ou plusieurs drogues, mais toutes ont été rejetées⁵⁴⁹. Depuis 2013, toute personne âgée de plus de 18 ans surprise en possession de moins

⁵⁴⁸ L'initiative populaire fédérale est un droit civique suisse permettant, sur le plan fédéral, à 100 000 citoyens ayant le droit de vote, de proposer une modification totale ou partielle de la Constitution fédérale et de la soumettre à la votation populaire.

⁵⁴⁹ En 1994, l'initiative populaire « Chanvre Suisse » visait à dépénaliser le cannabis. En 1998, l'initiative populaire « Pour une politique raisonnable en matière de drogue » défendait la légalisation des stupéfiants. En 2008, l'initiative populaire « Pour une politique raisonnable en matière de chanvre protégeant efficacement la jeunesse » avait pour objectif de dépénaliser la consommation, la possession, la culture et l'achat de cannabis.

de 10 grammes de chanvre doit recevoir une amende de 100 francs, qui n'est pas inscrite à son casier judiciaire.

Examinons ensuite la situation en Amérique latine. À partir de la fin des années 2000, plusieurs opinions favorables à la légalisation des drogues ont émergé en Amérique latine.

En 2009, la Cour suprême d'*Argentine* a jugé inconstitutionnelle la législation en vigueur qui criminalisait l'usage personnel de drogue. La Cour suprême se réfère à la notion d'autonomie individuelle : ne pas pénaliser des conduites privées si elles ne nuisent pas aux autres. Les juges ont donc décidé de ne plus emprisonner ceux qui détiennent de faibles quantités de marijuana, ce qui assouplit notablement des lois très dures, en vigueur depuis vingt ans et qui faisaient du consommateur le premier maillon d'une chaîne conduisant tout droit au dealer. Dans le même temps, pour lutter contre le gros trafic, le gouvernement instaure de nouvelles politiques publiques.

En 2013, la *Bolivie* a obtenu de l'ONU que soient légalisées la consommation et la culture traditionnelle de la feuille de coca. La *Bolivie* s'était retirée en 2011 de la Convention sur les stupéfiants de 1961 en signe de protestation face à l'inscription de la feuille de coca sur la liste des produits stupéfiants.

La mastication et l'infusion de la coca constituent des pratiques traditionnelles dans les Andes, à des fins thérapeutiques, contre la faim, la fatigue et les effets de l'altitude, en plus des usages rituels. Mais la feuille de coca sert aussi à produire de la cocaïne.

Depuis 2011, Evo Morales son premier président milite pour la légalisation de la mastication de la feuille de coca. Il avait qualifié son inscription sur les listes de stupéfiants d'« erreur historique ».

La réintégration de son pays à la Convention de 1961, avec cette réserve finalement obtenue, était possible à condition qu'un tiers ou plus des 183 États membres ne s'y opposent pas. Ils ont été 169 à faire pencher la balance en faveur de la Bolivie. La France, les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Italie, le Canada, l'Allemagne et la Russie, notamment, qui y étaient hostiles, ont dû s'incliner. Ils estiment que la réadmission du pays à la Convention de Vienne pourrait entraîner une augmentation de la culture de la feuille de coca et la production illégale de cocaïne.

La *Colombie* a décriminalisé la possession de drogue pour usage personnel depuis qu'une décision de la Cour constitutionnelle, rendue en 1994, a jugé les peines alors en vigueur contraires à l'article 49 de la Constitution de 1991, garantissant la liberté de décision en matière de santé personnelle tant que cela ne porte pas préjudice aux droits d'autrui. Cette décision permettait la possession de quantités limitées de drogue jusqu'en 2009, lorsque le président Álvaro Uribe⁵⁵⁰ a amendé la Constitution pour rétablir la prohibition. Après 2009, la consommation est redevenue illégale, bien que les sanctions soient limitées à des peines administratives telles que des traitements. En août 2011, la Cour suprême de Colombie a jugé que la nouvelle loi violait les libertés individuelles et a confirmé le jugement de 1994. En mai 2012, la culture de coca, de marijuana et d'opium a été décriminalisée.

En 2009, le *Mexique* a décriminalisé la possession de petites quantités de stupéfiants. Désormais, seules les personnes en possession de moins de 5 grammes de cannabis, de 0,5 gramme de cocaïne, de 50 milligrammes d'héroïne et d'un cachet d'ecstasy peuvent être poursuivies. Alors que l'utilisation thérapeutique venait à peine d'être autorisée, le pays a franchi un nouveau cap, le mercredi 10 mars 2021, après avoir voté l'usage « libre » du cannabis, mais cependant sous strictes conditions. La loi prévoit la légalisation de l'usage récréatif de la marijuana et la dépénalisation de sa détention, dans la limite de 28 grammes, pour consommation personnelle. De même qu'elle autorise la culture, dans la limite de six pieds par foyer, un nombre porté à huit si le foyer compte plus d'un consommateur. Au-delà de ces 28 grammes, la possession sera toujours pénalisée. Elle peut être passible d'amende, voire de prison au-dessus de 300 grammes. La loi prévoit également la possibilité de créer des associations de consommateurs, mais qui ne pourront cultiver plus de 50 plants.

Le 10 décembre 2013, le parlement uruguayen a adopté une loi qui légalise le cannabis et crée un Institut de régulation et de contrôle. L'Uruguay devient ainsi le premier pays au monde à permettre la production, la vente et la consommation légales de cannabis. Cette loi remplace une législation datant de 1974 qui autorisait l'usage mais interdisait la production et

⁵⁵⁰ Álvaro Uribe Vélez est un homme d'État colombien de droite. Sénateur de 1986 à 1994, il est élu président de la République en 2002 et réélu en 2006. Sa présidence est principalement marquée par sa lutte contre les Forces armées révolutionnaires de Colombie (FARC), des relations difficiles avec le Venezuela, et de nombreuses controverses afférentes à ses rapports, et à ceux de ses proches, avec le narcotrafic ou le paramilitarisme. Fondateur et dirigeant du Centre démocratique à partir de 2013, il redevient sénateur en 2014, et continue à exercer une influence importante sur la vie politique colombienne, notamment lors du référendum de 2016 sur l'accord de paix avec les F.A.R.C. et lors de l'élection présidentielle de 2018, qui voit la victoire de son candidat : Ivan Duque.

la commercialisation. Selon cette nouvelle réglementation, les Uruguayens peuvent cultiver jusqu'à six plants de cannabis par foyer et jusqu'à 99 plants dans des coopératives agréées. Les entreprises privées peuvent également cultiver du cannabis, mais uniquement pour le vendre à l'État, qui sera responsable de sa distribution dans les pharmacies. Chaque citoyen uruguayen majeur peut acheter jusqu'à 40 grammes par mois, sous réserve d'inscription dans un registre. Le gouvernement a proposé de fixer le prix du cannabis autour de 1 dollar (0,75 euro) le gramme, aligné sur le prix pratiqué pour le cannabis paraguayen vendu dans la rue.

La loi a été signée par le président Mujica⁵⁵¹ le 6 mai 2014. Elle autorise les consommateurs de cannabis (âgés d'au moins 18 ans, résidents en *Uruguay* et inscrits sur un registre d'utilisateurs) à acheter jusqu'à 10 grammes de marijuana. Chaque Uruguayen est également autorisé à cultiver jusqu'à six plants de cannabis ou l'équivalent de 480 grammes pour sa consommation personnelle. La loi prévoit également la formation d'associations de fumeurs composées de 15 à 45 personnes, autorisées à cultiver jusqu'à 99 plants au maximum. Le prix public du cannabis est fixé entre 20 et 22 pesos par gramme, soit environ 0,62 euro.

Aux *États-Unis*, l'usage, la vente, la possession, la culture et le transport de cannabis sont illégaux au niveau fédéral. Cependant, les États ont la possibilité de légiférer individuellement sur la dépénalisation du cannabis, que ce soit à des fins récréatives ou médicales, à condition de mettre en place un système de réglementation. Au niveau national, le cannabis est toujours classé comme une drogue de niveau 1, catégorie réservée aux substances présentant un fort potentiel d'abus et sans usage médical reconnu. Malgré cela, plusieurs États ont légalisé le cannabis.

En *Alaska*, la possession a été légalisée le 4 novembre 2014. Les résidents peuvent avoir sur eux jusqu'à 28 grammes de cannabis et peuvent cultiver jusqu'à 6 plants pour un usage

⁵⁵¹ José Alberto Mujica Cordano, surnommé « Pepe Mujica », est un homme d'État uruguayen, né à Montevideo le 20 mai 1935. Il est président de la République de 2010 à 2015. Guérillero des Tupamaros dans les années 1960-1970, il est détenu en tant qu'otage et torturé sous la dictature militaire. Après le rétablissement de la démocratie, il participe à la création du Mouvement de participation populaire (M.P.P.) avec le Mouvement de libération nationale Tupamaros (M.L.N.T). Élu député en 1995 et sénateur en 2000, il est nommé en 2005 ministre de l'Agriculture du gouvernement Vázquez. En 2009, il remporte la primaire présidentielle au sein de la coalition de gauche du « Front large », puis, est élu au second tour de l'élection présidentielle contre le candidat du Parti national, Luis Alberto Lacalle. En tant que chef de l'État, il refuse les avantages inhérents à sa fonction et mène des réformes sociétales. Ex-guérillero d'extrême gauche, il conduit une politique de nature sociale-démocrate par pragmatisme affiché, tout en dénonçant la logique de consommation engendrée par le système capitaliste, dont il souligne le coût humain et environnemental. En vertu de la Constitution, il ne peut se représenter à l'issue de son quinquennat présidentiel. Il siège ensuite à nouveau au Sénat.

personnel, ou davantage avec un permis professionnel. L'usage thérapeutique est également autorisé, et depuis 2019, l'Alaska est devenu le premier État à légaliser les « cannabis lounges »⁵⁵².

L'*Arizona* a légalisé le cannabis récréatif par le biais de la « Proposition 207 » en novembre 2020. Selon cette nouvelle loi, les individus âgés d'au moins 21 ans peuvent posséder jusqu'à une once (28g) de cannabis et cultiver jusqu'à 6 plants à des fins non commerciales dans leur résidence privée. Le cannabis médical avait déjà été légalisé en novembre 2010 par un vote populaire.

La *Californie* a adopté la « Proposition 64 » le 8 novembre 2016, légalisant ainsi le cannabis avec effet au 1er janvier 2018. La loi permet la possession de 28 grammes d'herbe ou 8g de concentrés, ainsi que la culture de 6 plants de cannabis en intérieur. Auparavant, le cannabis était autorisé uniquement dans un cadre thérapeutique. Les patients californiens munis d'une prescription peuvent posséder jusqu'à 224 grammes (8 onces) de cannabis, cultiver 6 plants en floraison et 12 plants en croissance. La Californie a été pionnière en légalisant le cannabis médical le 5 novembre 1996 par la « Proposition 215 », tandis que la première loi réduisant les peines pour possession de cannabis remonte à juillet 1975.

Depuis le 1er janvier 2014, les résidents du *Colorado* peuvent légalement acheter jusqu'à 28 grammes (7 pour les touristes) de cannabis à consommer exclusivement à domicile. Ils peuvent également cultiver jusqu'à 6 plants chez eux, en vertu de l'amendement 64⁵⁵³ adopté le 6 novembre 2012.

Le *Dakota du Sud* est devenu le premier État américain à légaliser à la fois le cannabis médical et récréatif en novembre 2020, la loi entrant en vigueur le 1er juillet 2021. À partir de cette date, tous les adultes âgés de 21 ans ou plus peuvent posséder jusqu'à une once (28g) de cannabis et jusqu'à 8g de concentré. L'autoculture est autorisée, avec un maximum de 3 plants par personne et 6 plants par foyer.

⁵⁵² Les salons de cannabis sont des endroits où les gens peuvent se rendre pour socialiser et consommer du cannabis. Semblables à l'achat de boissons dans un bar, ces entreprises proposent des produits à base de cannabis comme des fleurs, des joints et des produits comestibles à ceux qui ont l'âge légal pour acheter et utiliser sur place.

⁵⁵³ Nom de l'amendement relatif à la légalisation du cannabis au Colorado.

Dans le *District de Columbia*, la possession est légale jusqu'à 57 grammes depuis le 26 février 2015. Mais la vente reste réservée aux patients. L'usage thérapeutique est autorisé depuis 2009. La culture dans un but récréatif est autorisée jusqu'à 6 plants, mais avec uniquement 3 plants en floraison en même temps. L'initiative 71 avait été votée le 4 novembre 2014.

Depuis juin 2014, les résidents adultes de l'*État de Washington* peuvent acheter jusqu'à 28 grammes de marijuana. Seuls les utilisateurs à des fins thérapeutiques sont autorisés à cultiver chez eux. Tous les vendeurs, distributeurs et producteurs de marijuana doivent détenir un permis délivré par l'État, conformément à l'initiative 502 adoptée en novembre 2012.

En *Illinois*, depuis 2016, la possession de moins de 10 grammes de cannabis est une simple infraction passible d'une amende de 100 à 200 dollars. Au-delà de 10 à 30 grammes, elle peut entraîner jusqu'à un an de prison et une amende significative. À partir du 1er janvier 2020, le cannabis est légal pour les adultes de plus de 21 ans en Illinois, une initiative prise par le gouvernement de l'État plutôt que par référendum populaire.

Le Maine a légalisé le cannabis le 8 novembre 2016, avec le début des ventes légales à partir du 1er août 2017. La marijuana médicale y est légale depuis le 2 novembre 1999. La possession de jusqu'à 75 grammes de cannabis a été dépénalisée à partir du 1er mai 2009, et les villes de Portland et South Portland ont légalisé la possession de moins de 75 grammes le 5 novembre 2013.

Dans le *Massachusetts*, le cannabis récréatif a été légalisé le 8 novembre 2016 avec l'approbation de 53,5 % des électeurs. Cette loi autorise la culture personnelle de 6 plants et la possession de 280 grammes de cannabis. La possession de moins de 28 grammes a été dépénalisée le 4 novembre 2008 (avec une amende pouvant aller jusqu'à 100 dollars à l'époque). La marijuana médicale a été légalisée le 6 novembre 2012 par référendum avec un soutien de 60 %.

L'*État du Michigan* a légalisé le cannabis récréatif lors des élections législatives de 2018, approuvée par 56,8 % des électeurs contre 43,2 %. Les individus peuvent posséder jusqu'à 283 grammes de cannabis chez eux, mais seulement 70 grammes dans les lieux publics, et ils sont autorisés à cultiver jusqu'à 12 plants. Les ventes légales n'ont pas encore débuté.

Le *Montana* a légalisé le cannabis en novembre 2020 par le biais de l'initiative 190, permettant la consommation, la production et la vente de cannabis par des adultes. Le cannabis médical y est légal depuis 2014.

Dans le *Nevada*, le cannabis a été légalisé lors du vote du 8 novembre 2016, permettant la culture personnelle de jusqu'à 6 pieds de cannabis. La possession de cannabis était déjà dépénalisée pour les adultes. L'usage médical est légal depuis le 7 novembre 2000.

Le *New Jersey* a légalisé le cannabis en novembre 2020 avec le soutien de 67 % des votes. L'usage thérapeutique du cannabis y est autorisé depuis le 18 janvier 2010. Ce qui en fait l'État le plus peuplé du nord-est à légaliser pleinement cette drogue. Le New Jersey est maintenant l'un des 14 États à légaliser la possession de cannabis pour les adultes, tout en allégeant plusieurs pénalités quant à la possession de drogue des mineurs et en permettant la création d'un marché réglementé.

L'*État de New York* a légalisé le cannabis le 31 mars 2021, après avoir dépénalisé la possession auparavant. Le cannabis médical y est légal depuis le 7 janvier 2016, date à laquelle le programme de cannabis médical a été lancé à New York. L'accès au cannabis médical a été élargi en même temps que la légalisation du cannabis pour adultes.

En *Oregon*, la possession de 28 grammes de cannabis a été légalisée le 1er juillet 2015. Depuis le 1er janvier 2016, les résidents de plus de 21 ans peuvent posséder jusqu'à 224 grammes de cannabis et cultiver jusqu'à 4 pieds de cannabis par ménage. Toutefois, il reste illégal d'avoir plus de 28 grammes de cannabis en public. La « mesure 91 » a été adoptée par vote le 4 novembre 2014. En novembre 2020, l'État a dépénalisé toutes les drogues et légalisé la thérapie à la psilocybine⁵⁵⁴.

Le *Vermont* a légalisé la vente de cannabis en octobre 2020. À partir du 1er juillet 2018, le cannabis récréatif était légal, mais sans point de vente. Les adultes de plus de 21 ans avaient le droit de posséder jusqu'à 28 grammes de cannabis, ainsi que de cultiver 4 plants jeunes et 2 plants matures. Les ventes de cannabis sont restées illégales jusqu'en octobre 2020, date à laquelle le gouverneur a approuvé une loi au lieu d'une consultation populaire traditionnelle.

⁵⁵⁴ Substance psychédélique utilisée pour cette psychothérapie.

En outre, les consommateurs encourent une peine pouvant aller jusqu'à 45 jours de prison et une amende de 1 000 \$. La possession de plus de 4,5 kg est considérée comme une intention de vente et peut entraîner une peine maximale de 18 ans de prison ainsi qu'une amende de 100 000 \$. En mars 2015, une proposition visant à légaliser le cannabis thérapeutique a été rejetée par la Chambre des représentants de l'État, avec une interdiction de reconsidération pendant 2 ans.

Le *Dakota du Nord* a réduit la possession de moins de 14 grammes de cannabis d'un délit à une contravention passible d'amende. De plus, les infractions pour possession de plus de 14 grammes ont été déclassées de crimes à des délits.

Au *Delaware*, depuis le 19 juin 2015, la possession de moins de 28 grammes de cannabis pour usage récréatif est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 100 \$. La consommation médicale est également autorisée.

Dans le *Maryland*, la possession de moins de 10 grammes de cannabis a été dépénalisée à partir du 1er octobre 2014 (les lois ont été votées le 14 avril 2014). Les amendes pour possession commencent à 100 \$ pour le premier délit, 250 \$ pour le deuxième, et 200 \$ plus obligation de traitement pour le troisième. L'usage médical est légalisé et est réglementé par des commissions qui délivrent des permis aux cultivateurs, aux dispensaires, aux médecins et aux patients. Cette législation, votée en 2013, est entrée en vigueur en 2017.

Au *Minnesota*, l'État a légalisé le cannabis médical en 2014 pour neuf pathologies spécifiques. Depuis août 2023, le cannabis est légalisé dans cet État, étendant ainsi l'accès à cette substance.

Au *Mississippi*, la possession de 30 grammes ou moins de cannabis pour un premier délit est punie d'une amende de 250 \$. Le cannabis médical a été légalisé en novembre 2020 pour traiter 22 conditions médicales spécifiques. Les patients peuvent obtenir jusqu'à 2,5 onces (70g) de cannabis médical tous les 14 jours, mais l'autoculture n'est pas autorisée.

Au *Missouri*, le cannabis a été légalisé lors des élections législatives de novembre 2018, y compris pour l'autoculture.

Au *Nebraska*, la possession de moins d'une once de cannabis (environ 28 grammes) pour un premier délit est passible d'une amende maximale de 300 \$ et de sessions de prévention sur

les drogues. Pour un deuxième délit, les contrevenants peuvent recevoir jusqu'à 500 \$ d'amende et 5 jours de prison, tandis que pour un troisième délit, l'amende peut atteindre 500 \$ avec une semaine de prison.

Au *Nouveau Hampshire*, la marijuana médicale est autorisée depuis le 23 juillet 2013. Sans prescription, les consommateurs risquent jusqu'à 1 an de prison et 2 000 \$ d'amende. Depuis 2017, la possession de petites quantités de cannabis est passée du statut de délit à celui de contravention. Les personnes arrêtées en possession de moins de 21 grammes de cannabis encourrent une amende de 100 \$. Cette amende passe à 300 \$ pour une troisième récidive dans une période de trois ans. Au-delà de la quatrième récidive dans la même période, des poursuites pénales peuvent être engagées.

Au *Nouveau-Mexique*, le cannabis thérapeutique est légal depuis avril 2007. Depuis avril 2019, la possession de moins de 14 grammes de cannabis n'entraîne qu'une amende de 50 \$. La possession de petites quantités de cannabis a été déclassée de délit à contravention.

Dans l'*Ohio*, la possession de cannabis est toujours considérée comme un délit, mais pour moins de 100 grammes, elle n'entraîne pas d'incarcération, seulement une amende. De plus, 18 villes, y compris Toledo et Dayton parmi les plus peuplées, ont totalement décriminalisé la possession de cannabis. L'usage thérapeutique a été légalisé en juin 2016, avec une mise en application effective le 8 septembre 2016.

Au *Rhode Island*, la possession de 28 grammes ou moins de cannabis est passible d'une amende de 150 \$. En cas de trois violations en 18 mois, des amendes plus lourdes et des peines de prison sont possibles. L'usage thérapeutique du cannabis est autorisé depuis le 3 janvier 2006 pour les patients atteints de cancer, du VIH ou d'hépatite, leur permettant de posséder jusqu'à 70 grammes de cannabis et d'acheter dans des centres de compassion depuis 2009.

En *Arkansas*, le cannabis thérapeutique est légalisé depuis le 8 novembre 2016. Sa distribution est assurée par un réseau restreint de 40 dispensaires qui ont ouvert au printemps 2017. Bien que l'usage de la marijuana médicale ait été soumis à un référendum en novembre 2012, seulement 48 % des votants ont voté en faveur de cette mesure. La possession de moins de 112 grammes reste passible d'une amende de 2 500 \$ et d'une peine d'emprisonnement d'un an.

Au *Connecticut*, l'usage thérapeutique du cannabis a été légalisé en 2012. Depuis lors, le programme de cannabis médical a été étendu et l'État compte actuellement une vingtaine de dispensaires.

Dans le *Dakota du Nord*, le cannabis médical est autorisé depuis le 8 novembre 2016 pour traiter des troubles spécifiques tels que le glaucome, le cancer, le VIH, l'épilepsie et la sclérose en plaques. Les patients peuvent se procurer du cannabis dans des dispensaires ou cultiver leurs propres plants s'il n'y a aucun dispensaire dans un rayon de 65 km.

En *Floride*, le cannabis sous forme fumable a été autorisé à partir du 8 novembre 2016. Cependant, la culture personnelle reste interdite. Les patients en phase terminale ont un accès illimité à la dose ou à la puissance du cannabis. La possession de moins de 20 grammes reste un délit pouvant entraîner la suspension du permis de conduire pendant un an. Posséder plus de 20 grammes est considéré comme un crime.

En *Géorgie*, le cannabis est légalisé uniquement sous forme d'huile CBD à des fins médicales. Depuis 2019, la production et la vente d'huile sont autorisées. Auparavant, les patients devaient se procurer leur huile sur le marché noir ou à l'extérieur de l'État.

À *Hawaï*, seul l'usage thérapeutique du cannabis est autorisé depuis le 15 juin 2000.

En *Illinois*, la consommation thérapeutique de cannabis est légale depuis le 1er janvier 2014, date à laquelle un décret en ce sens a été signé le 1er août 2013. En août 2016, l'Illinois a également dépénalisé la possession de cannabis à des fins récréatives : posséder moins de 10 grammes est désormais considéré comme une infraction civile passible d'une amende maximale de 200 \$.

En *Louisiane*, l'utilisation du cannabis est strictement thérapeutique. Depuis le 30 juin 2015, les peines ont été significativement réduites mais restent sévères. Le premier délit de possession est puni d'une amende de 300 \$ et de 15 jours de prison. Le deuxième délit entraîne une amende de 1 000 \$ et 6 mois de prison, tandis que le troisième délit est passible d'une amende de 2 500 \$ et de 2 ans de prison. À partir du quatrième délit et des suivants, les sanctions peuvent aller jusqu'à 5 000 \$ d'amende et 8 ans de prison. La culture du cannabis est interdite et l'usage de cannabis ne doit pas se faire sous forme fumable.

L'*Oklahoma*, qui était parmi les États les plus sévères en matière de cannabis (la possession d'un « grinder »⁵⁵⁵, de « space cake »⁵⁵⁶ ou de « hashish »⁵⁵⁷ pouvait entraîner la prison à vie), a récemment autorisé l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques.

Dans l'*État du Colorado*, les résidents peuvent posséder jusqu'à 224 grammes de cannabis, cultiver 6 plantes en floraison et 6 en croissance, ainsi que des edibles⁵⁵⁸ et des concentrés.

En *Pennsylvanie*, la possession de moins de 30 grammes de cannabis constitue un délit passible de 30 jours de prison et d'une amende de 500 \$. Pour des quantités supérieures à 30 grammes, les contrevenants encourent jusqu'à un an de prison et 5 000 \$ d'amende. Le cannabis thérapeutique a été autorisé en avril 2016.

Dans l'*État du Rhode Island*, la légalisation de l'usage thérapeutique du cannabis a été approuvée par vote en 2006. L'autoculture est permise.

En *Utah*, depuis les élections législatives de novembre 2018, l'usage thérapeutique du cannabis est légal.

En *Virginie-Occidentale*, une loi sur la légalisation du cannabis médical a été adoptée en 2017, mais aucun dispensaire n'est actuellement opérationnel.

En *Alabama*, la possession de cannabis à des fins personnelles est illégale et peut entraîner une amende de 6 000 \$ et jusqu'à un an de prison pour un premier délit. La vente de cannabis est punissable de 20 ans de prison et de 30 000 \$ d'amende, ou 60 000 \$ si vendu à un mineur.

En *Caroline du Sud*, le premier délit de possession de cannabis peut mener à une année de mise à l'épreuve.

En *Idaho*, la possession de moins de 85 grammes (3 onces) de cannabis pour un usage personnel est un délit passible d'un an de prison et de 1 000 \$ d'amende. Pour des quantités

⁵⁵⁵ Moulin à herbes.

⁵⁵⁶ Il s'agit d'une pâtisserie à laquelle on ajoute du cannabis sous forme de haschich ou d'herbe.

⁵⁵⁷ Il s'agit de la résine de cannabis. Il est issu d'une extraction de la résine des fleurs femelles de cannabis et peut être mélangé à des matières à moindre coût pour augmenter sa masse et donc sa rentabilité.

⁵⁵⁸ Produit alimentaire au cannabis.

entre 85 grammes et moins de 450 grammes, il s'agit d'un crime punissable de 5 ans de prison et de 10 000 \$ d'amende.

En *Indiana*, la possession de cannabis est passible de 6 mois de prison et d'une amende de 1 000 \$. L'usage médical de la marijuana est interdit.

En *Iowa*, toute possession de cannabis est considérée comme un délit pour les trois premières infractions. Après trois infractions, les individus peuvent être dirigés vers des programmes de désintoxication. La vente ou la culture de cannabis peut entraîner une amende de 100 000 \$ si un mineur est impliqué ou s'il y a une école située dans un rayon de 300 mètres.

Au *Kansas*, un projet de loi proposé le 10 janvier 2013 aurait permis aux patients thérapeutiques de cultiver jusqu'à 12 plants et de posséder jusqu'à 180 grammes de marijuana médicale. Cependant, ce projet est actuellement bloqué dans les méandres de l'administration depuis le 28 février 2014. La possession de cannabis est donc toujours punie d'un an de prison et d'une amende de 1 000 \$ pour un premier délit. Le deuxième délit peut entraîner une amende pouvant aller jusqu'à 100 000 \$. Pour un troisième délit, l'amende peut aller jusqu'à 300 000 \$.

Dans le *Kentucky*, la possession de moins de 230 grammes de cannabis ou de 5 plants est considérée comme un délit. Au-delà de ces quantités, il s'agit d'un crime. L'usage thérapeutique du cannabis n'est pas encore légalisé, mais le sera en 2025.

Dans le *Tennessee*, la possession de moins de 14 grammes de cannabis reste un délit passible d'une année de mise à l'épreuve, à moins que le cannabis ne soit utilisé sous forme d'huile pour traiter les crises d'épilepsie, et ce, avec une ordonnance.

Au *Texas*, l'huile de cannabis est légale depuis le 1er juin 2015. La possession de moins de 56 grammes de cannabis peut entraîner une peine de 6 mois de prison et une amende de 2 000 \$. Plusieurs politiciens influents appellent actuellement à la réforme de la législation sur la marijuana dans cet État.

En *Virginie*, 30 jours de prison, 500 \$ d'amende et la perte du permis de conduire en cas de premier délit. Les citoyens peuvent choisir un programme pour les primodélinquants, avec des travaux d'intérêt général, des cours sur les drogues et la perte du permis de conduire pour seulement 6 mois.

Au *Wyoming*, être sous l'influence de la marijuana peut être sanctionné par 90 jours de prison et une amende de 100 \$. La possession de moins de 85 grammes de cannabis peut quant à elle entraîner une peine d'un an de prison et une amende de 1 000 \$.

Aux *États-Unis*, il est important de noter que certaines réserves indiennes ont le droit de produire et de consommer de la marijuana, tandis que d'autres territoires inhabités, comme les Samoa américaines, continuent de prohiber l'usage du cannabis.

Enfin, *au Canada*, depuis le 17 octobre 2018, le cannabis est légal et est régi par la loi C-45, concernant le cannabis et modifiant celle réglementant certaines drogues et autres substances, le Code criminel et d'autres lois. Il devient le premier pays occidental à légaliser la substance.

La *Colombie-Britannique* est la première province canadienne à connaître la dépénalisation de la détention de petites quantités de drogues dures : l'héroïne, la cocaïne, les opiacés et autres drogues dures⁵⁵⁹.

* *
*

⁵⁵⁹ « Nous faisons ça pour que les personnes qui prennent de la drogue retrouvent leur dignité et leur droit de choisir » a notamment expliqué Carolyn Bennett, ministre de la Santé mentale et des dépendances (*in le journal Le Monde en ligne*, le 1^{er} juin 2021).

CHAPITRE II. VERS UNE LÉGALISATION DE L'USAGE DE TOUTES LES DROGUES

Au commencement, c'est une affaire particulièrement médiatisée qui amène la société française à s'interroger sur l'état actuel de notre législation en matière de stupéfiants (**section I**). Afin d'envisager la meilleure réforme possible, il nous est apparu évident que celle-ci se devait de respecter strictement les libertés publiques, ainsi que les droits fondamentaux. C'est la raison pour laquelle il convient d'analyser les propositions faites par la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme dans un avis donné le 8 novembre 2016 et ayant pour titre « Usage de drogues et droits de l'Homme » (**section II**). En grande partie, ces conclusions nous ont confortés dans notre réflexion sur la nécessité absolue de légaliser l'usage de toutes les drogues, et ceci pour différentes raisons (**section III**).

Section I. L'élément déclencheur : l'affaire Sarah Halimi

Le 4 avril 2017⁵⁶⁰, Kobili Traoré, après l'avoir rouée de coups, jette sa voisine Lucie Attal (dite Sarah Halimi) par-dessus la rambarde de son balcon. Le 19 décembre 2019, confirmant la décision de première instance du 12 juillet 2019, la cour d'appel a rendu à l'encontre de Kobili Traoré un arrêt d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Cette décision se fonde sur le droit et des expertises psychiatriques ayant, pour deux d'entre elles, retenu l'abolition du discernement et, ainsi, à l'irresponsabilité pénale de l'auteur des faits.

C'est sur la base de ces éléments que le docteur Daniel Zagury⁵⁶¹, expert psychiatre, a procédé à l'examen de Kobili Traoré, afin de déterminer s'il était atteint d'un trouble ayant

⁵⁶⁰ (J.) Mucchielli, « Affaire Sarah Halimi : cannabis, meurtre antisémite et irresponsabilité pénale », *in Dalloz actualité*, 14 janvier 2020.

⁵⁶¹ Daniel Zagury, né en 1950 à Courbevoie, est un psychiatre des hôpitaux français, spécialiste de psychopathologie et de psychiatrie légale. Il est également chef de service et expert près la Cour d'appel de Paris.

altéré ou aboli son discernement. Le docteur Zagury explique que ces troubles psychotiques ont été induits par la prise de cannabis. Son diagnostic est le suivant :

« En dépit de la réalité indiscutable du trouble aliénant, l'abolition du discernement ne peut être retenue du fait de la prise consciente et volontaire régulière du cannabis en très grande quantité. Il s'agit d'une appréciation légale constante (...) En revanche, la nature des troubles dépassant largement les effets attendus justifie que l'on considère son discernement comme ayant été altéré au sens du deuxième alinéa de l'article 122-1 du Code pénal ». ⁵⁶²

Dans une expertise complémentaire, le praticien explique cette différence entre les effets attendus du cannabis et la psychose survenue chez Kobili Traoré :

« La bouffée délirante aiguë n'est pas l'ivresse cannabique. Elle était la réaction psychique, à un moment donné, à la consommation habituelle du sujet (...) Une fois déclenché, le processus délirant agit indépendamment, pour son propre compte, même si la personne interrompt sa consommation » ⁵⁶³.

L'ivresse cannabique n'est donc pas une cause d'irresponsabilité pénale. La loi prévoit qu'elle est une circonstance aggravante, mais seulement en matière délictuelle, et non lorsqu'il s'agit de faits criminels. Le juge d'instruction a ordonné une nouvelle expertise, réalisée cette fois-ci, par un collège de trois experts. Celui-ci fait état d'un « brief psychotic disorder » ⁵⁶⁴ (au sens du DSM) chez Kobili Traoré et conclut à la dimension psychopathique (ou sociopathique) de sa personnalité. Dans leur rapport, les experts évoquent le rôle possiblement déclencheur de la consommation chronique de cannabis et un possible « mode d'entrée » dans une schizophrénie en raison de la durée anormalement longue de l'épisode et de sa résistance au traitement. Les experts reviendront sur ce pronostic de schizophrénie, mais maintiendront leurs conclusions :

« ce trouble psychotique bref a aboli son discernement, car l'augmentation de la consommation de cannabis (augmentation très relative) s'est faite pour apaiser son angoisse et son insomnie,

⁵⁶² (J.) Mucchielli, *op.cit*, note n° 559 p 271.

⁵⁶³ *Ibidem*.

⁵⁶⁴ Selon le DSM-5, le « trouble psychotique bref » est l'apparition soudaine d'un comportement psychotique qui dure moins d'un mois, suivie d'une rémission complète avec de possibles rechutes futures. Il se différencie du trouble schizophréniforme et de la schizophrénie par la durée de la psychose. Le diagnostic est souvent préventif ou rétrospectif en raison de l'exigence diagnostique d'une rémission complète dans un délai d'un mois.

prodromes⁵⁶⁵ probables de son délire, ce qui n'a fait qu'aggraver le processus psychotique déjà amorcé »⁵⁶⁶.

Une troisième expertise est diligentée : les docteurs Julien Guelfi⁵⁶⁷, Jean-Charles Pascal⁵⁶⁸ et Roland Coutanceau⁵⁶⁹ vont également conclure à l'abolition du discernement de Kobili Traoré, posant le même diagnostic que leurs précédents confrères⁵⁷⁰.

Dans les débats menés en première instance, le procureur de la République avait demandé le renvoi de Kobili Traoré devant une cour d'assises, expliquant que, « par son comportement volontaire de consommation de stupéfiants, Kobili Traoré a directement contribué au déclenchement de sa bouffée aiguë. Le fait qu'il n'ait pas souhaité être atteint de ce trouble et commettre les faits ne peut suffire à l'exempter de toute responsabilité »⁵⁷¹. M^e Francis Szpiner⁵⁷², avocat de la famille de la victime, rejoint également cette analyse : « les choses sont assez simples, à dire vrai : je consomme un produit illicite, je suis comptable des conséquences que cette consommation peut avoir par la suite »⁵⁷³. Devant la chambre de l'instruction, l'avocat général s'est rangé à l'avis des juges, qui est celui de l'irresponsabilité pénale de Kobili Traoré. La chambre de l'instruction, après avoir relevé que des charges suffisantes d'homicide volontaire avec la circonstance aggravante de l'antisémitisme pouvaient être retenues à l'encontre du mis en examen, a conclu, le 19 décembre 2019, à l'abolition du

⁵⁶⁵ Symptôme avant-coureur d'une maladie.

⁵⁶⁶ (J.) Mucchielli, *op.cit*, note n° 559 p 271.

⁵⁶⁷ (J.) Guelfi est un neuropsychiatre français, professeur émérite de psychiatrie à l'Université Paris-Descartes, praticien attaché à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale à l'hôpital Sainte-Anne.

⁵⁶⁸ (J.-C.) Pascal est l'ancien président de la « Fédération Française de Psychiatrie » et un des membres fondateurs de la Société de l'Information Psychiatrique dont il est le rédacteur en chef adjoint (revue éponyme). Il est également co-rapporteur du plan d'étape « Pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale ».

⁵⁶⁹ (R.) Coutanceau est un psychiatre français, expert en criminologie et spécialiste de victimologie. Depuis 2000, il est également le président de la « Ligue française pour la santé mentale ».

⁵⁷⁰ « L'infraction reprochée apparaît en lien direct avec une bouffée délirante aiguë d'origine exotoxique » est-il précisé dans leur rapport d'expertise.

⁵⁷¹ (J.) Mucchielli, « Affaire Sarah Halimi : cannabis, meurtre antisémite et irresponsabilité pénale », *in Dalloz actualité*, 14 janvier 2020.

⁵⁷² (F.) Szpiner est un avocat et homme politique français. Il est connu pour avoir défendu plusieurs personnalités impliquées dans des affaires politico-financières. Il est maire du XVI^{ème} arrondissement de Paris depuis 2020.

⁵⁷³ (J.) Mucchielli, *op.cit*, p. 238.

discernement de Kobili Traoré et, en conséquence, à son irresponsabilité pénale. La partie civile a annoncé former un pourvoi en cassation, sans plus de précision pour le moment⁵⁷⁴. Dans un arrêt du 12 mai 2010, la chambre criminelle avait rejeté un pourvoi portant sur une décision de non-lieu rendue par la cour d'appel, sur la base d'expertises concluant à une bouffée délirante aiguë ayant eu lieu au moment de la survenue de faits d'homicide volontaire, bouffée délirante consécutive à une consommation de cannabis. Les juges de la cour d'appel ont immédiatement rendu une ordonnance d'hospitalisation d'office. La chambre d'instruction de la cour de Paris a récemment rendu une décision⁵⁷⁵ par laquelle Kobili Traoré a été déclaré pénalement irresponsable, l'empêchant ainsi de comparaître devant une cour d'assises

L'état de démence au moment de la commission du crime a conduit à l'irresponsabilité pénale de l'auteur, empêchant toute poursuite judiciaire. Ce principe, existant depuis l'Antiquité romaine⁵⁷⁶, n'implique en aucun cas une absolution, mais repose sur l'impossibilité de mener un procès équitable dans de telles conditions pour rendre une décision de justice légitime. La question de la prise en charge et de la sécurité d'un individu atteint de troubles mentaux incombe à l'État, qui doit prévenir les comportements nuisibles par l'internement et les traitements nécessaires. L'arrêt de la chambre d'instruction n'a en aucun cas mentionné que la consommation de cannabis constituait une circonstance atténuante. Le dossier est complexe du fait que l'abolition du discernement lors du crime a été attribuée à une consommation excessive de cannabis par une personne psychologiquement vulnérable.

Sur le plan juridique, l'article 122-1 du Code pénal, succédant à l'article 64 de 1810, définit les conditions dans lesquelles une personne peut être déclarée pénalement irresponsable. Il dispose que « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de

⁵⁷⁴ La Cour de cassation a confirmé le mercredi 14 avril 2021 l'irresponsabilité pénale du tueur de la retraitée de confession juive Sarah Halimi, déjà prononcée en 2019 par la Cour d'appel. Actuellement en psychiatrie, Kobili Traoré ne sera donc pas jugé.

⁵⁷⁵ (R.) de Castelnau, « Affaire Sarah Halimi : le sens d'une décision judiciaire », *in vu du droit*, 20 décembre 2019.

⁵⁷⁶ Sur cette question, voir la bibliographie suivante : (H.) Arendt, « Questions de philosophie morale », *in Responsabilité et jugement*, Paris, Ed. Payot & Rivages, 2009, p.115, (M.) Bénézech, (C.) De Beaurepaire, (C.) Kottler, « Introduction à l'étude de la dangerosité », *in Les Dangerosités*, Paris, Ed. John Libbey Eurotext, 2004, pp. 7-11, (B.) Bouloc, « Les causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité », *in Droit pénal général*, Paris, Ed. Dalloz, 2009, p.329, (M.) Foucault, *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère*, Paris, Ed. Gallimard, coll. Folio Histoire, 1973, 432 p, etc.

ses actes ». L'article prévoit également l'atténuation de la responsabilité en cas d'altération du discernement. Suite à des avis divergents d'experts psychiatres, une série d'expertises a été ordonnée pour déterminer si l'abolition du discernement était applicable, avec finalement six experts attestant de cette conclusion, contre l'avis initial du Docteur Zagury.

En application du premier alinéa de l'article 81 du Code de procédure pénale, le juge d'instruction a ordonné une nouvelle expertise réalisée, cette fois-ci, par un collège de trois experts qui ont tranché en faveur de « l'abolition du discernement ». Face à ces avis divergents, une troisième expertise a été ordonnée et confiée à un collège de trois autres experts qui ont, eux aussi, choisi cette même « abolition du discernement ». Nous avons donc eu l'avis de six experts psychiatres assermentés, contre celui du seul Docteur Zagury. Cette décision de justice, juridiquement bien rendue, invite à la réflexion : Monsieur Traoré est coupable d'usage et même de trafic de stupéfiants. Ces activités sont passibles de peines qui auraient pu le conduire à passer plusieurs années en prison. En revanche, alors qu'il a commis un meurtre, il n'est pas poursuivi, mais envoyé dans un établissement de soins, après avoir commis un meurtre en l'absence de discernement.

En tant que consommateur, il aurait été plus utile de l'inviter à se soigner. Cela aurait pu éviter la dégradation de son état psychologique et le meurtre en résultant par la suite. La consommation de substances illicites a pu créer ou au moins aggraver cette maladie mentale déjà existante. Par ailleurs, on peut considérer qu'en tant que personne souffrant de la maladie de la dépendance, cette affection abolit son discernement lorsqu'il consomme des drogues. En tant que dépendant, dispose-t-il réellement de son libre arbitre ? Si l'addiction est une maladie, peut-on parler de liberté et donc de libre arbitre dans la prise de drogues ?

La frontière entre les notions de maladie et de faute pénale non imputable pour absence de discernement est très fine, presque artificielle. Cela donne un résultat choquant, mais conforme au droit, ce qui invite à le changer. En effet, ce dernier ne traduit pas exactement la réalité sociale qu'il est censé encadrer. Le « talon d'Achille » de cette législation répressive, c'est sans aucun doute l'atteinte manifeste aux droits fondamentaux⁵⁷⁷.

⁵⁷⁷ Communiqué de presse de laCNCDH, *Respectons la dignité des personnes. Dépénalisons l'usage de toutes les drogues*, 8 novembre 2016.

Section II. Une piste à suivre ? : les propositions faites par la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

Parmi la pléthore de rapports et d'études récemment publiés sur les addictions et les usages de drogues, il est frappant de constater que très peu se contentent de la situation actuelle. La grande majorité appelle à des évolutions significatives. Pourtant, malgré ce consensus apparent, le débat sur la consommation de drogues reste souvent biaisé par des considérations politiques, morales ou idéologiques, ce qui rend complexe la pleine compréhension du problème dans toute sa diversité et son ampleur.

Certains observateurs estiment donc qu'il est grand temps de « sortir de l'hypocrisie »⁵⁷⁸. Selon la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH), il est impératif de dépasser les schémas binaires traditionnels qui opposent répression et dépénalisation, ainsi que les distinctions simplistes entre « usager-délinquant » et « usager-malade », ou encore entre drogues dures et douces, licites et illicites.

Dans cette optique, la Commission⁵⁷⁹ formule une série de recommandations visant à mettre l'accent sur la lutte contre les addictions **(I)**, à améliorer les dispositifs de prévention **(II)**, à renforcer la prise en charge sanitaire **(III)** et à développer les mesures de réduction des risques et des dommages **(IV)**. De plus, elle encourage vivement le gouvernement français à adopter une nouvelle approche sur la scène internationale concernant le problème mondial de la drogue **(V)**. Enfin, elle encourage à envisager un cadre légal respectueux des libertés individuelles et axé sur la santé publique, par le biais de modifications des sanctions pénales liées à l'usage de stupéfiants et de la régulation de l'offre **(VI)**.

I. Intégrer le concept d'addiction dans le Code de la santé publique

Il est crucial de réaliser que l'idée d'un « monde sans drogues » relève de l'illusion. Les motivations derrière la consommation de substances psychoactives sont variées, allant de l'usage récréatif à la quête de soulagement de la douleur ou de fuite face aux difficultés de la vie. Chaque individu a son propre parcours et ses propres raisons. Pourtant, pour lutter efficacement contre les comportements addictifs, il est essentiel que la société prenne

⁵⁷⁸ (D.) Vaillant, *Pour mieux lutter contre le cannabis : sortir de l'hypocrisie*, intervention à l'Assemblée nationale (groupe socialiste, radical et citoyen), le 5 juillet 2011.

⁵⁷⁹ CNCDH, Avis du 8 novembre 2016, *Usages de drogues et droits de l'Homme*, JORF n°0055 du 5 mars 2017 texte 31 sur 63.

conscience de la réalité de la consommation, de ses risques et de la nécessité d'apporter un soutien aux personnes qui en souffrent.

Bien que la réponse ne puisse se limiter à des mesures légales, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) estime qu'il est crucial que la lutte contre les addictions soit clairement établie comme une priorité de la société. Cela pourrait passer par une refonte du Code de la santé publique, afin de refléter cette ambition de manière explicite. Actuellement, ce code datant de 2000, souffre d'une accumulation de textes disparates, rendant sa compréhension difficile et reflétant en partie une idéologie dépassée, comme le souligne Yann Bisiou⁵⁸⁰ :

« Il est temps de consacrer l'addiction comme concept structurant des politiques de santé publique dans le droit français. Il faut tout d'abord moderniser le vocabulaire pour que le droit de la santé s'accorde avec les progrès réalisés dans l'approche des questions de dépendance. Le terme « fléaux sociaux » a bien été remplacé par la « lutte contre les maladies et les dépendances », mais l'esprit de la législation n'a pas changé. Le Code de la santé publique reste marqué par l'idée qui prévalait dans les années 1950 à 1970 selon laquelle la « toxicomanie », terme qui n'a pas été remplacé, est une maladie transmissible qui peut provoquer une épidémie »⁵⁸¹.

Une réforme d'ampleur concernant la lutte contre les addictions nécessiterait plusieurs étapes essentielles. Tout d'abord, il serait primordial de définir la notion d'addiction dans la loi, ce qui permettrait d'apporter une réponse globale et cohérente à ce problème. Ensuite, il serait nécessaire de revoir la structure de la troisième partie du Code de la santé publique afin de distinguer clairement les maladies des dépendances, une distinction actuellement absente du

⁵⁸⁰ (Y.) Bisiou est Maître de conférence en droit privé. Outre son activité universitaire, il cumule différentes responsabilités : membre du Conseil Scientifique de l'Office Européen des Drogues et des Toxicomanie, membre du Conseil Scientifique de la Mission interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (1999-2002), expert juridique auprès du ministère de la justice Helvétique pour le programme de recherche sur le crime organisé (2000-2001), expert juridique auprès de la Commission d'enquête indépendante sur les drogues du ministère de l'intérieur britannique (1999-2000), expert juridique auprès de l'Union Européenne pour différents programmes de recherches sur la toxicomanie (1996, 1999, 2000), expert associé du Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues (1995-1996), collaborateur de la Commission « Justice pénale et droit de l'homme » présidée par M. Delmas-Marty sur la réforme de la procédure pénale française (1991), expert juridique auprès du ministère de la Justice pour l'étude des interdictions professionnelles dans le cadre de la réforme du Code pénal français (1990-1991).

⁵⁸¹ (Y.) Bisiou, « En quoi le cadre légal et réglementaire actuel est ou n'est pas un obstacle à la RdRD ? Quelles en seraient les évolutions souhaitables pour favoriser la RdRD ? », intervention lors de l'audition publique organisée par la Fédération Française des Addictions (FFA), *Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives*,⁷ et 8 avril 2016.

code. De plus, il faudrait abandonner la classification par produits opérée par le code, qui sépare l'alcoolisme, la toxicomanie, le tabagisme et le dopage dans des livres distincts. Une approche plus pertinente consisterait à organiser le code en fonction des différents comportements pris en charge, qu'ils posent problème ou non, ainsi que des axes des politiques publiques, tels que la prévention, la lutte contre la publicité et l'accompagnement sanitaire et social.

La question de la présence de dispositions pénales dans le Code de la santé publique, plutôt que dans le Code pénal, a suscité des débats. Bien que leur présence suggère que la priorité est accordée à la protection de la santé publique plutôt qu'à l'ordre public, la CNCDH recommande néanmoins que les comportements considérés comme des infractions dans le but de protéger la santé soient regroupés dans un titre spécifique du Code pénal. Cela permettrait d'améliorer la clarté de la loi pénale et de renforcer la cohérence du message législatif.

II. Bâtir une véritable politique de prévention à destination de l'ensemble de la société

Définir une politique globale de lutte contre les addictions revêt une importance cruciale dans la société contemporaine. En effet, cela permettrait de mettre en place des conditions favorables à des moyens de prévention efficaces et durables. Cette tâche, bien que complexe, constitue un impératif pour la préservation de la santé publique et le bien-être des individus.

Une approche exhaustive implique la diffusion de connaissances scientifiquement validées sur les produits psychoactifs et leurs effets. Cette démarche vise à établir un socle de savoirs partagés, accessible à tous et adapté aux diverses réalités sociales, culturelles et professionnelles. De surcroît, il est essentiel de définir des objectifs précis en matière de prévention, en tenant compte des différents niveaux de consommation et des risques associés. La prévention ne se limite pas uniquement à décourager l'usage⁵⁸², mais doit également adresser la transition vers une consommation nocive.

Pour que la prévention devienne un pilier central des politiques publiques de lutte contre les addictions, il est impératif de mettre en place des structures dédiées à la coordination, au

⁵⁸² En France, selon les enquêtes ESCAPAD, seulement 6,6 % des adolescents de 17 ans n'ont jamais essayé le tabac, l'alcool ou le cannabis. Ces enquêtes sont menées régulièrement depuis l'an 2000 par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), avec le soutien de la Direction du Service National, dans le cadre de l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (ESCAPAD). Elles interrogent les jeunes Français lors de leur participation à la « Journée défense et citoyenneté », portant sur leur santé et leur consommation de substances psychoactives.

suivi et à l'évaluation des actions entreprises. Cependant, en France, la diversité des acteurs et des interventions dans ce domaine n'a malheureusement pas été accompagnée d'un processus systématique d'évaluation scientifique ni d'une coordination efficace. Cette lacune entrave l'efficacité des mesures préventives et compromet la gestion globale des addictions dans le pays.

Ainsi, il est crucial d'engager des réformes profondes pour renforcer le dispositif de prévention et en assurer une mise en œuvre efficace sur le long terme, afin de mieux répondre aux défis complexes posés par les addictions dans la société moderne. Une collaboration étroite entre les différents acteurs concernés est également essentielle pour maximiser l'impact des initiatives de prévention et garantir une approche holistique et cohérente dans la lutte contre les addictions. En France, contrairement à de nombreux pays étrangers, les bonnes pratiques ne sont pas aisément échangées, et les programmes éprouvés peinent à être diffusés. La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) identifie cette lacune et propose plusieurs mesures pour remédier à cette situation.

Tout d'abord, il est impératif de réaliser un recensement exhaustif des interventions menées dans divers contextes, en accordant une attention particulière au milieu scolaire, où la prévention revêt une importance cruciale. Ce recensement permettrait d'établir un état des lieux complet et actualisé des pratiques préventives en vigueur.

Ensuite, il est primordial d'engager une évaluation scientifique approfondie des principaux programmes de prévention déployés par les acteurs majeurs dans ce domaine. Ces acteurs comprennent notamment la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), les forces de police et de gendarmerie, les associations spécialisées, ainsi que les agences régionales de santé (ARS).

Cette évaluation scientifique permettra de mesurer l'efficacité des programmes existants, d'identifier les bonnes pratiques et les éventuelles lacunes, et de déterminer les orientations à privilégier pour renforcer les actions de prévention. En outre, elle contribuera à garantir une utilisation optimale des ressources disponibles et à orienter les politiques publiques vers des mesures fondées sur des données probantes et une approche pragmatique.

En somme, la mise en œuvre de ces recommandations par les autorités compétentes constitue une étape essentielle pour améliorer l'efficacité des stratégies de prévention des addictions en France. Elle favorisera également une meilleure coordination entre les différents

acteurs impliqués dans ce domaine et contribuera à l'élaboration de politiques publiques plus cohérentes et mieux adaptées aux besoins de la population.

L'élaboration d'une politique de prévention solide repose sur une démarche de recensement et d'analyse visant à identifier les programmes de prévention les plus efficaces, basés sur des preuves scientifiques. Cette approche est essentielle pour garantir l'efficacité des interventions et optimiser l'allocation des ressources disponibles. La récente création de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA.) par la MILDECA constitue une avancée importante dans ce domaine.

À terme, la CIPCA. devrait être en mesure de compiler et de diffuser un répertoire national des programmes de prévention ayant fait l'objet d'une évaluation positive ou d'un label de qualité. Cette initiative permettrait aux acteurs de la prévention d'accéder à des ressources fiables et éprouvées, facilitant ainsi la mise en œuvre de stratégies efficaces.

Cependant, pour garantir le succès de cette démarche, il est crucial que les équipes chargées de l'évaluation des programmes adoptent une approche indépendante, scientifique et rigoureuse. De plus, il est nécessaire de fournir à la CIPCA. les ressources financières adéquates pour soutenir ses activités, ce qui peut être un défi compte tenu des contraintes budgétaires actuelles.

Par ailleurs, il est primordial de définir clairement les mécanismes de coordination entre la MILDECA et l'Agence de santé publique, nouvellement créée. Cette coordination permettra d'optimiser les efforts de prévention et d'assurer une approche cohérente et intégrée dans la lutte contre les conduites addictives.

La prévention des addictions doit être envisagée comme des programmes structurés sur le long terme, visant des objectifs comportementaux précis, tels que le retardement de l'âge de la première expérimentation. Ces programmes nécessitent une coordination étroite entre les différents acteurs impliqués, afin de mobiliser des compétences complémentaires et d'assurer une efficacité optimale. Contrairement aux actions ponctuelles initiées de manière isolée, les programmes de prévention impliquent une concertation préalable et une planification stratégique.

Cependant, la CNCDH a observé une grande disparité dans les critères des appels à projets des Agences Régionales de Santé (ARS) pour les actions de prévention des addictions.

Il est donc essentiel d'harmoniser ces appels à projets avec la politique nationale de prévention afin de garantir une approche cohérente et d'éviter les tendances passagères. À cette fin, la définition des actions de prévention des usages de drogues, financées par les ARS dans le cadre des projets régionaux de santé, devrait être alignée sur les orientations de la MILDECA

Cette coordination accrue entre les ARS et la MILDECA permettrait de renforcer l'efficacité des actions de prévention à l'échelle régionale et nationale. Elle favoriserait également une utilisation optimale des ressources disponibles et une meilleure diffusion des bonnes pratiques en matière de prévention des addictions. Enfin, elle contribuerait à promouvoir une approche intégrée et cohérente dans la lutte contre les conduites addictives, en mettant l'accent sur la complémentarité des interventions et la prise en compte des spécificités locales.

Le succès des programmes de prévention dépend également de l'adoption d'une approche d'intervention précoce, visant à réduire le laps de temps entre l'apparition des premiers signes d'un comportement à risque et la prise en charge adéquate, en particulier pour les individus en difficulté personnelle ou sociale, quel que soit leur âge. Cette démarche, située à la frontière de la prévention et des soins, implique un processus de détection précoce, initié par l'établissement d'un dialogue entre l'utilisateur et son entourage (parents, école, pairs, collègues de travail, *etc.*), et pouvant conduire à une évaluation plus approfondie si nécessaire. Elle vise également à fournir à l'entourage les outils nécessaires pour reconnaître et réagir face à d'éventuels signes de vulnérabilité.

Pour les jeunes, des initiatives telles que la diffusion d'un guide de repérage précoce des troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent auprès du personnel éducatif et social de l'éducation nationale ont été mises en place. Des sessions de formation sur le repérage des élèves consommateurs de psychotropes et l'accompagnement des élèves consommateurs ont également été organisées dans quatre académies au cours des années scolaires 2011-2012 et 2012-2013, à l'intention des professionnels de la santé en milieu scolaire. Il serait judicieux d'étendre ces programmes de formation à l'ensemble des académies et des professionnels travaillant avec les jeunes, tels que les enseignants, les personnels de la médecine scolaire, les assistants de service social, les éducateurs et les animateurs.

Dans le milieu professionnel, une enquête réalisée par l'OFDT et la MILDECA révèle que les dirigeants, les cadres et les responsables des ressources humaines sont souvent mal informés sur les dispositifs d'accompagnement disponibles pour gérer les conduites

addictives⁵⁸³. Dans le cadre du plan « santé au travail 2016-2020 », qui accorde une priorité à la prévention des pratiques addictives, il est essentiel d'encourager les entreprises à mettre en œuvre des actions de prévention et d'information. À cet effet, il est recommandé de sensibiliser et de consulter le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou à défaut les délégués du personnel, en collaboration avec les services de médecine du travail. De plus, les entreprises peuvent bénéficier de partenariats avec les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) ainsi que la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), ou encore des organismes spécialisés dans la prévention professionnelle comme l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics.

Pour renforcer la sensibilisation sur les risques associés à la consommation de produits psychoactifs et sur les ressources disponibles, des brochures destinées à un large public pourraient être largement diffusées. Il serait bénéfique de les mettre à disposition de manière systématique dans divers lieux tels que les cabinets médicaux, les maisons de santé, les services médico-sociaux et les missions locales. Ces brochures serviraient à informer les individus sur les dangers potentiels de la consommation de substances psychoactives et sur les structures disponibles pour fournir des conseils et un accompagnement.

Parallèlement, il est essentiel de promouvoir activement le site internet et le numéro vert du service national d'information et de prévention sur les drogues et les dépendances, « Addictions drogues alcool info service »⁵⁸⁴. En assurant une large publicité à ces ressources, le public pourra facilement accéder à des informations précieuses et à des conseils pertinents. De plus, ce service national est chargé de recenser, de mettre à jour et de rendre accessibles au public les informations sur l'ensemble des structures spécialisées dans le traitement des addictions. Cette centralisation des ressources permettrait aux individus cherchant de l'aide de trouver plus facilement les services appropriés à leurs besoins.

⁵⁸³ De plus, ce service national a pour mission de répertorier, de mettre à jour et de rendre accessibles au public les informations sur l'ensemble des structures spécialisées dans le traitement des addictions. Selon l'étude intitulée « *Impact des consommations de substances psychoactives sur le travail : le regard des dirigeants, des responsables R.H. et des représentants du personnel/syndicats* » publiée par l'OFDT en octobre 2015, bien que les dirigeants, les cadres et les responsables des ressources humaines soient généralement bien informés sur les addictions dans le milieu professionnel, ils connaissent moins les dispositifs d'accompagnement disponibles pour faire face à ces situations. Environ trois quarts d'entre eux (73 %), en particulier dans le secteur public, déclarent être bien informés, mais seulement la moitié sait comment répondre efficacement à ces situations. En revanche, les représentants du personnel/syndicats semblent moins au fait : environ deux tiers d'entre eux (64 %) affirment maîtriser le sujet, et moins de la moitié (47 %) sont informés sur les dispositifs disponibles.

⁵⁸⁴ Voir <http://www.drogues-info-service.fr>.

Pour prévenir l'expérience à risque chez les adolescents et éviter la banalisation des effets des substances psychoactives, il est crucial de mettre en œuvre une politique de prévention axée sur le renforcement des compétences psychosociales. Dans une expertise collective de 2014 portant sur les conduites addictives chez les adolescents, menée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), des interventions de prévention jugées efficaces ont été synthétisées à partir de la littérature scientifique disponible⁵⁸⁵.

Cette étude met en évidence que les interventions visant à développer les compétences psychosociales (CPS) des adolescents se révèlent parmi les plus efficaces. Les compétences psychosociales englobent la capacité d'une personne à faire face de manière efficace aux défis de la vie quotidienne, à maintenir un bien-être mental et à adopter des comportements adaptés et positifs dans ses relations avec les autres, sa culture et son environnement⁵⁸⁶.

Ainsi, il est impératif d'intégrer des programmes de développement des compétences psychosociales dans les stratégies de prévention ciblant les adolescents. Ces programmes visent à renforcer les capacités des jeunes à prendre des décisions éclairées, à résister aux pressions sociales et à adopter des comportements sains face à la consommation de substances nocives. En investissant dans le développement de telles compétences, il est possible de promouvoir la santé mentale et le bien-être des adolescents, tout en réduisant les risques liés aux addictions. Les recherches scientifiques indiquent que des comportements à risque pour la santé, comme la consommation de substances psychoactives, les comportements violents ou les rapports sexuels à risque (non protégés), sont plus courants chez les individus ayant des compétences psychosociales (CPS) peu développées. Les faibles compétences psychosociales sont donc un facteur déterminant de ces comportements, et leur développement apparaît comme une stratégie clé pour prévenir les problèmes liés à l'addiction.

L'éducation des jeunes sur les risques liés à l'usage de substances et à certains comportements doit impérativement être couplée à des mesures visant à fortifier leurs compétences psychosociales et leur capacité à s'affirmer. Selon les conclusions de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), le renforcement de ces compétences devrait être intégré dans une démarche collective et dynamique, incluant des ateliers créatifs, des jeux de rôle, des discussions de groupe, et d'autres méthodes interactives.

⁵⁸⁵ INSERM, *Conduite addictive chez les adolescents. Usage, prévention et accompagnement*, Paris, Ed. INSERM, 2014, 60 p.

⁵⁸⁶ OMS, *Life skills education in schools*, Genève, Ed. OMS, 1993, 49 p.

L'ajustement des horaires scolaires, particulièrement en école primaire, représente une occasion précieuse pour l'implémentation de telles initiatives. Bien que des programmes de ce type soient déjà en place au niveau national, leur structure reste dispersée et incohérente. Il est envisagé de débiter ces programmes éducatifs dès la fin du primaire pour des thèmes tels que le tabac, l'alcool, l'usage d'internet et des jeux vidéo, et de les étendre au début du collège pour y inclure également le cannabis ainsi que les jeux de hasard et d'argent. Il est crucial que ces programmes soient non seulement intégrés tout au long de la scolarité et de la formation professionnelle mais aussi qu'ils soient adaptés et évolutifs pour répondre efficacement aux besoins des élèves. Pour cela, s'inspirer de programmes ayant fait leurs preuves à l'international est recommandé, tout en prenant en compte les spécificités culturelles françaises, étant donné que la majorité des interventions validées émanent de pays anglo-saxons. L'utilisation de « leaders d'opinion » tels que des pairs ou des personnalités influentes a été identifiée comme particulièrement efficace pour modifier les perceptions et les comportements. Cela révèle une faiblesse majeure des approches préventives traditionnelles : le message émis par un adulte est souvent moins bien reçu. D'où l'importance d'accroître l'emploi de la prévention par les pairs. En outre, il est essentiel de renforcer le soutien aux familles, reconnues comme un des fondements cruciaux dans l'élaboration d'une stratégie de prévention efficace contre les addictions, afin d'engendrer un environnement propice au développement sain des jeunes.

En effet, des recherches ont démontré que divers aspects de la parentalité sont étroitement liés aux comportements addictifs des adolescents, notamment leur passage éventuel de l'expérimentation à une consommation régulière. Il est donc crucial de sensibiliser les parents à leur rôle central dans l'accompagnement de leurs enfants adolescents, même s'ils se sentent parfois désarmés face à ces enjeux.

Pour ce faire, il est recommandé de fournir aux parents des informations régulières sur les dangers associés à une consommation précoce de substances psychoactives, ainsi que sur les évolutions des tendances de consommation chez les jeunes et sur les stratégies marketing ciblant spécifiquement cette population pour promouvoir la consommation. Ces informations devraient être complétées par des conseils pratiques et des repères concrets sur la manière d'établir une communication efficace avec les adolescents.

En outre, il est nécessaire de mettre en place des programmes d'éducation parentale visant à renforcer les compétences parentales en matière de prévention des addictions chez les adolescents. Ces programmes pourraient inclure des séances de formation, des ateliers

interactifs et des groupes de soutien où les parents peuvent partager leurs expériences et bénéficier de conseils d'experts en matière de parentalité et de santé mentale. En renforçant le rôle des parents dans la prévention des addictions, on pourrait contribuer de manière significative à réduire l'incidence des comportements addictifs chez les jeunes.

Pour les familles les plus vulnérables, il serait bénéfique de mettre en œuvre des dispositifs de soutien individualisés, comprenant un accompagnement des parents, une assistance sociale et un soutien scolaire, entre autres. Il est essentiel de noter que le renforcement des compétences parentales, ou plus largement le soutien à la parentalité, peut être initié dès la période précoce de la grossesse, notamment pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité⁵⁸⁷.

En outre, il est primordial de souligner que, dans le domaine de la prévention, l'engagement de l'État devrait se traduire par la mise à disposition de ressources financières adéquates. Cela garantirait une mise en œuvre efficace des initiatives de soutien aux familles et de renforcement des compétences parentales, contribuant ainsi à prévenir les comportements à risque chez les adolescents.

III. Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale

La qualité de la prise en charge sanitaire dépend en grande partie de la formation des professionnels de santé, domaine où la France présente des lacunes significatives. Pour combler ces lacunes, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) préconise un renforcement substantiel de la formation médicale, tant initiale que continue, en addictologie. Ceci implique plusieurs mesures, notamment :

- Le renforcement de l'enseignement de l'addictologie dans les cursus de médecine, de pharmacie et de soins infirmiers ;
- La promotion et la facilitation de la validation des acquis de l'expérience en addictologie.

La proximité revêt une importance capitale dans l'efficacité de la prise en charge des individus confrontés à des addictions. Disposer d'une structure spécialisée en addictologie à

⁵⁸⁷ Le programme « Nurse-Family Partnership » (États-Unis) a montré, par un suivi à long terme, un bénéfice sur la fréquence de consommation d'alcool des enfants à l'âge de 15 ans.

proximité du lieu de résidence est essentiel, répondant ainsi au principe d'égalité en matière d'accès aux services de santé. C'est également un élément crucial pour les patients, dont la motivation à entamer un parcours de soins peut être précaire.

Cependant, l'éloignement géographique des structures et les délais d'attente excessivement longs pour obtenir une place dans les établissements existants représentent des obstacles majeurs à l'accès aux soins. Pour améliorer l'accessibilité géographique des établissements médico-sociaux, notamment dans les zones rurales, et pour remédier aux disparités territoriales, la CNCDH, suivant les recommandations du « rapport Reynaud »⁵⁸⁸, propose de structurer le maillage territorial à partir d'un schéma régional d'addictologie intégré dans le plan régional de santé. Ce schéma, conçu de manière transversale en englobant les domaines de la prévention, du médico-social et du sanitaire, pourrait être coordonné par une commission régionale addiction.

Afin de diversifier l'offre de soins et de répondre pleinement aux besoins des usagers, il est recommandé d'étendre l'offre de soins résidentiels et de mettre en place de véritables réseaux de soins. La CNCDH préconise ainsi le développement de « réseaux addictions » qui auraient une triple mission. Tout d'abord, coordonner les parcours de soins entre tous les acteurs médico-psychosociaux d'un territoire donné autour de la situation du patient. Ces réseaux faciliteraient les échanges entre professionnels, coordonneraient leurs actions et assureraient une continuité dans la prise en charge du patient. Ensuite, ils soutiendraient et formeraient les professionnels de soins en apportant expertise et documentation. Enfin, ils pourraient également accompagner la mise en œuvre de nouvelles pratiques professionnelles, comme la primoprescription de méthadone en médecine de ville, lorsque nécessaire.

Au-delà de l'importance de mettre en place un réseau cohérent de soins accessibles à tous, il est primordial de considérer spécifiquement les services de soins destinés aux individus consommateurs de drogues au sein des établissements pénitentiaires. Il est essentiel d'examiner divers facteurs structurels, tels que la configuration et la capacité des institutions pénitentiaires, ainsi que le genre, le volume et l'ampleur des programmes de santé disponibles pour les détenus. Chaque aspect de la prise en charge en milieu carcéral doit être soigneusement planifié pour répondre efficacement aux besoins des détenus dépendants ou à risque. Il s'agit d'intégrer des services de santé mentale et de traitement des addictions adaptés à l'environnement spécifique

⁵⁸⁸ (M.) Reynaud, rapport à la MILDT, *Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages*, 2013.

de la détention, prenant en compte la haute prévalence des problèmes de consommation de substances. Cette démarche requiert une approche multidisciplinaire, impliquant des professionnels de la santé formés à la gestion des addictions dans un cadre pénitentiaire, pour garantir que les personnes détenues reçoivent le soutien nécessaire pour faire face à leurs dépendances et préparer leur réintégration dans la société post-détention.

Pour assurer un accès optimal aux soins et garantir la continuité des traitements, la CNCDH préconise la mise en place d'une coordination spécifique des soins destinés aux personnes souffrant d'addictions en milieu carcéral. Il est primordial d'améliorer la visibilité et le rôle des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) désignés comme référents dans les établissements pénitentiaires. Bien que la visite médicale d'entrée constitue un moment crucial pour repérer les conduites addictives, elle peut être inopportune pour le détenu en raison de divers facteurs tels que le choc de l'admission, la fatigue due à la garde à vue, la peur de la stigmatisation et des risques de discriminations. Ainsi, il est nécessaire de repenser ce repérage tout au long de la détention.

De plus, la préparation à la sortie revêt une importance capitale pour assurer la continuité des soins et favoriser l'adhésion du patient à son projet de réinsertion. Cette préparation doit débuter dès l'entrée en détention, en transmettant les coordonnées des structures externes lors du premier rendez-vous médical, au cas où une sortie ou un transfert surviendrait avant le deuxième rendez-vous. Il est crucial d'entretenir cette relation tout au long de la détention en facilitant la mise en relation avec des partenaires extérieurs pour assurer un suivi adéquat du patient après sa libération.

IV. Poursuivre et renforcer la politique de réduction des risques

La politique française de réduction des risques a démontré l'efficacité d'une approche pragmatique face aux usages de drogues. Néanmoins, les auditions conduites par la CNCDH ont mis en évidence la nécessité d'explorer des pistes d'amélioration dans trois domaines spécifiques : les programmes d'échanges de seringues, les traitements de substitution aux opiacés (TSO), ainsi que les salles de consommation à moindre risque. Ces domaines représentent des axes essentiels pour renforcer la politique de réduction des risques en France

La CNCDH recommande vivement une expansion et une sécurisation des programmes d'échange de seringues. Cela implique plusieurs mesures clés :

- premièrement, il est crucial d'instaurer la gratuité des kits d'échange de seringues, facilitant ainsi l'accès pour les personnes concernées ;
- deuxièmement, il est impératif que les pharmacies d'officine mettent en place ces dispositifs d'échange de seringues, assurant ainsi une accessibilité étendue sur tout le territoire ;
- troisièmement, il est nécessaire d'expérimenter les programmes d'échange de seringues en milieu carcéral. Bien que l'article 41 de la loi santé du 26 janvier 2016⁵⁸⁹ permette théoriquement cette pratique, sa mise en œuvre nécessite l'élaboration de modalités d'application précises via un décret en Conseil d'État.

La CNCDH formule également des recommandations spécifiques concernant le traitement de substitution aux opiacés. Elle préconise :

- la formation des médecins à la prescription et à l'accompagnement des traitements de substitution aux opiacés ;
- l'extension de la possibilité de primoprescription de la méthadone à la médecine de ville, actuellement limitée aux centres spécialisés et aux structures hospitalières ;
- la formation des pharmaciens en officine et leur encouragement à délivrer ces traitements ;
- l'élargissement de l'offre de produits de substitution en diversifiant les produits et les modes d'administration.

De plus, la CNCDH estime crucial de développer des programmes de réduction des risques et des dommages (RdRD) ciblant des populations souvent négligées, telles que les jeunes, les femmes, les personnes en situation de privation de liberté, les migrants et les personnes âgées. Enfin, bien que la loi du 26 janvier 2016 autorise l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque, la CNCDH estime que ce dispositif pourrait être étendu. Elle suggère notamment l'installation de ces espaces au sein des structures existantes (CAARUD et CSAPA), favorisant ainsi l'accès aux services d'accompagnement et de soins.

⁵⁸⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 41 : « IV.-La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral ».

Face aux défis posés par les overdoses aux opiacés (avec 300 décès attribués chaque année en France selon les statistiques officielles)⁵⁹⁰, plusieurs associations⁵⁹¹ préconisent une démarche de mise à disposition communautaire de la naloxone⁵⁹², rendue accessible aux usagers et à leurs proches. Bien que l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ait octroyé le 27 juillet 2016 une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) pour un « spray » nasal contenant de la naloxone⁵⁹³, cette avancée est jugée insuffisante. En effet, la naloxone ne sera délivrée que sur prescription médicale dans les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), excluant ainsi les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) de l'ATU

Cette restriction est particulièrement préoccupante compte tenu du projet d'implémentation d'espaces de consommation à moindre risque adossés à des CAARUD. De plus, la question du coût des « kits » bénéficiant de l'ATU et du financement de ceux-ci pour les CSAPA reste en suspens : disposeront-ils de ressources financières supplémentaires pour les acquérir ?

La CNCDH préconise ainsi la mise à disposition étendue de la naloxone dans les structures de proximité fréquentées par les usagers de drogues les plus exposés aux risques d'overdose mortelle, telles que les CAARUD et les associations d'usagers. Cette distribution devrait être proposée à un prix abordable et s'inscrire dans un cadre de financement approprié.

V. Promouvoir au niveau des Nations Unies une politique proactive en faveur d'une révision du système conventionnel

L'environnement international en matière de lutte contre les drogues montre des signes d'évolution, principalement sous la pression de certains pays confrontés à des défis considérables liés à la criminalité ou au trafic de drogues et aux répercussions dévastatrices sur

⁵⁹⁰ Les associations estiment que ce chiffre est largement sous-estimé.

⁵⁹¹ Comme notamment « Médecins du Monde », « Fédération addiction », « ASUD ».

⁵⁹² La naloxone est le principal antagoniste des récepteurs de la morphine. Antidote aux opiacés, elle retarde les effets de l'overdose. Elle a l'avantage de présenter peu d'effets indésirables.

⁵⁹³ Le « Nalscue » est proposé par le laboratoire « Indivior ».

la société et l'économie. Cette évolution vise à atténuer de manière pragmatique les impacts négatifs du cadre légal et réglementaire actuel concernant les substances contrôlées. Elle nécessite donc une révision de certains aspects du système conventionnel en place.

Il est important de souligner que les trois conventions des Nations Unies ne prévoient pas explicitement la criminalisation de l'usage de drogues. Cependant, la convention de 1988 a introduit une exigence pour les États-parties de punir pénalement la possession, l'achat et la culture de drogues à des fins de consommation personnelle illicite. La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) souligne ainsi la nécessité de prendre en compte cette dimension dans les politiques nationales et internationales de lutte contre les drogues.

Depuis les années 70, la France a adopté une approche résolument stricte envers les interdictions établies par les conventions internationales, que ce soit en ce qui concerne la manière dont ces interdictions sont transposées, la liste des substances prohibées ou encore la sévérité des sanctions imposées aux comportements répréhensibles. Cette politique se veut en accord avec les normes internationales. Mais elle soulève des questions quant à sa cohérence avec les principes des droits de l'homme.

Ainsi, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) préconise une action claire au sein des Nations Unies en vue d'abroger les dispositions contenues à l'article 3.2 de la convention de 1988, qui encouragent les États à réprimer les individus consommant des substances classées en dehors des usages médicaux⁵⁹⁴. Cette recommandation vise à harmoniser la législation internationale avec les droits fondamentaux des individus tout en reconnaissant notamment le droit à la santé et à l'autonomie individuelle.

De manière plus générale, la France est encouragée à promouvoir le respect et la protection des droits humains dans toutes ses politiques de contrôle des substances. Cela inclut notamment l'abolition rapide de la peine de mort⁵⁹⁵, une mesure essentielle pour garantir le respect de la dignité humaine et des droits fondamentaux, même dans les cas les plus graves.

⁵⁹⁴ ONU, *Convention contre le trafic des stupéfiants et des substances psychotropes*, 1988, article 3-2 : « Sous réserve de ses principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de son système juridique, chaque partie adopte les mesures nécessaires pour conférer le caractère d'infraction pénale conformément à son droit interne, lorsque l'acte a été commis intentionnellement, à la détention et à l'achat de stupéfiants et de substances psychotropes et à la culture de stupéfiants destinés à la consommation personnelle en violation des dispositions de la Convention de 1961, de la Convention de 1961 telle que modifiée ou de la Convention de 1971 ».

⁵⁹⁵ Amnesty International, *Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les drogues: une occasion manquée pour les droits de l'homme alors que le nombre d'exécutions augmente*, 19 avril 2016.

En agissant ainsi, la France contribuerait à renforcer les valeurs universelles des droits de l'Homme et à promouvoir un système de justice plus équitable et respectueux des droits individuels.

En outre, il est crucial de souligner que l'accès aux médicaments contre la douleur constitue un droit fondamental, consacré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et inscrit dans les textes internationaux. Toutefois, l'OMS estime que plus de 5,5 milliards de personnes dans le monde, soit plus de 80 % de la population mondiale, ne disposent pas d'un accès adéquat aux traitements contre les douleurs modérées et sévères⁵⁹⁶.

Cette situation découle en grande partie de contraintes d'ordre légal. En effet, bien que le droit à la santé prévoit en principe un accès approprié aux opioïdes, ces médicaments sont soumis au contrôle international des drogues, tel que réglementé par les Nations Unies. Selon la Convention unique de 1961, c'est l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS)⁵⁹⁷ qui assume la responsabilité de surveiller la mise en œuvre du traité. Son rôle inclut la régulation de la culture, de la production, de la fabrication et de l'utilisation des stupéfiants afin de répondre aux besoins médicaux et scientifiques⁵⁹⁸.

Cependant, malgré cette réglementation, des obstacles persistent quant à la disponibilité et à l'accessibilité des opioïdes pour les patients souffrant de douleurs chroniques et sévères. Ces entraves légales réduisent souvent la capacité des professionnels de la santé à fournir des soins adéquats et compromettent le droit des patients à un traitement efficace de la douleur. Ainsi, il est impératif d'explorer des solutions qui permettent de concilier les objectifs de contrôle des stupéfiants avec les impératifs de santé publique, afin d'assurer un accès équitable et approprié aux médicaments contre la douleur pour tous ceux qui en ont besoin.

Les politiques mondiales et nationales visant à interdire l'usage non médical d'opiacés ont souvent eu pour effet de restreindre également leur usage médical dans les pays à faibles et moyens revenus. Cependant, il est essentiel de rappeler que la Convention sur les substances psychotropes de 1971 reconnaît l'importance de l'utilisation médicale et scientifique de ces

⁵⁹⁶ OMS, *Briefing note, Improving access to medication controlled under international drug conventions*, OMS, Genève, février 2009, 4 p.

⁵⁹⁷ Organe International de Contrôle des Stupéfiants.

⁵⁹⁸ ONU, *Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972*, Article 9.4.

substances, soulignant la nécessité de garantir un accès sans entraves à des fins légitimes⁵⁹⁹. Cette obligation a été renforcée par diverses résolutions adoptées par des organes des Nations Unies, dont l'Assemblée mondiale de la santé (WHA) et le Conseil économique et social (ECOSOC).

La Commission des stupéfiants (CND) a également exprimé son intention de promouvoir des niveaux adéquats de disponibilité des drogues pour les besoins médicaux et scientifiques⁶⁰⁰, comme en témoignent ses résolutions successives, notamment la Résolution 53/4 de 2010 et la Résolution 54/6 de l'année suivante. Ces résolutions ont incité l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC)⁶⁰¹ à réviser ses lois types pour garantir un accès aux médicaments, un processus déjà en cours.

Cependant, l'Organisation internationale de contrôle des stupéfiants (OICS) a eu un impact mitigé dans ce domaine, en raison de son orientation globale et des fonctions qui lui sont attribuées par les conventions de contrôle des drogues. Son interprétation étroite des traités internationaux a parfois entravé l'accès aux médicaments nécessaires contre la douleur. C'est pourquoi l'Assemblée générale des Nations Unies a consacré une section de la résolution de « l'UNGASS 2016 » à la disponibilité des substances réglementées, marquant ainsi une prise de conscience de ce problème.

Face à cette situation, la CNCDH encourage les pouvoirs publics à soutenir une réforme de la gouvernance et du fonctionnement de l'OICS, afin de garantir à la population un accès adéquat aux médicaments essentiels et aux traitements de soulagement de la douleur. Le dernier rapport de la « Global Commission on Drug Policy » met en lumière de façon incontestable l'échec retentissant de l'approche répressive de la « guerre contre la drogue ». Malgré les ressources considérables allouées à ces politiques, les conséquences sont désastreuses à l'échelle mondiale, engendrant des problèmes de sécurité, de santé publique, de violation des droits de l'Homme, d'altération de la gouvernance et de frein au développement dans de nombreux pays.

⁵⁹⁹ ONU, *Convention sur les substances psychotropes*, 1971.

⁶⁰⁰ ONU, CND, *Resolution 53/4, Promoting adequate availability of internationally controlled licit drugs for medical and scientific purposes while preventing their diversion and abuse*, 12 mars 2010.

⁶⁰¹ ONU, CND, *Promoting adequate availability of internationally controlled narcotic drugs and psychotropic substances for medical and scientific purposes while preventing their diversion and abuse*, 2011.

La France, confrontée à des défis similaires sur son territoire⁶⁰², doit impérativement entreprendre des réformes à la fois nationales et internationales. Il est crucial que la France se joigne aux nombreux appels plaidant en faveur d'une refonte du cadre international, reconnaissant ainsi la nécessité d'une approche plus équilibrée et humaine dans la politique des drogues, tout en jouant un rôle actif dans la promotion de solutions alternatives et la lutte contre les préjudices engendrés par les politiques actuelles.

La prochaine « UNGASS 2019 » constitue un évènement majeur dans le domaine des politiques sur les drogues au niveau international. Il est crucial que la diplomatie française s'engage pleinement dans le processus de préparation de cette assemblée générale et qu'elle veille à ce que celle-ci soit véritablement un forum ouvert et inclusif, prenant en compte toutes les perspectives possibles⁶⁰³. L'UNGASS doit offrir une plateforme pour un débat ouvert, intégrant les diverses approches des États membres, des agences de l'ONU, de la sphère académique et de la société civile.

Contrairement à l'UNGASS 2016⁶⁰⁴, où le processus préparatoire était critiqué pour son manque d'inclusivité et de transparence, il est essentiel que les préparatifs de l'Assemblée générale soient ouverts et transparents. La CNCDH encourage ainsi les autorités françaises à prendre en considération les propositions de la société civile et à travailler en étroite collaboration avec elle.

En amont, cela implique la consultation des experts de la société civile, des ONG, des professionnels de la santé et des associations d'usagers lors de l'élaboration de la position française, à toutes les étapes, aussi bien lors des réunions préparatoires à New York que lors des réunions à Vienne au sein de la Commission des stupéfiants (CND). De plus, lors de l'UNGASS proprement dite, il est essentiel d'intégrer activement des représentants de la société civile au sein de la délégation officielle française, suivant l'exemple d'autres États comme le Japon, la Suède, la Bolivie ou la Suisse lors de l'assemblée précédente en avril 2016.

⁶⁰² Certains territoires subissent de « plein fouet » l'impact de cette activité criminelle. Une illustration de cette emprise est fournie par les règlements de compte meurtriers associés au contrôle de ces marchés.

⁶⁰³ Propos de Ban Ki-Moon, Secrétaire général des Nations Unies, *Secretary-General's remarks at special event on the International Day against Drug Abuse and illicit trafficking*, 26 juin 2013.

⁶⁰⁴ Nations Unies, UNGASS 2016, *Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 19 avril 2016, S-30/1 - Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue*, A/RES/S-30/1

VI. Faire évoluer la législation pénale sur les stupéfiants

Les observations réalisées dans les sections initiales de son rapport amènent la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) à recommander fortement l'adoption d'une politique qui respecte davantage les droits individuels. Concernant la consommation de drogues, l'objectif est de favoriser une perspective axée sur les droits de la personne plutôt qu'une approche essentiellement punitive.

Il existe un accord général sur le fait que la législation pénale peut être un outil efficace pour dissuader certains comportements qui pourraient menacer la sécurité d'autrui. Par exemple, l'interdiction de conduire sous l'influence de substances altérant les capacités cognitives ou motrices, ou la restriction de consommer des substances psychoactives pour ceux occupant des postes cruciaux en matière de sécurité et de sûreté, sont des mesures légitimes et nécessaires. La violation de ces interdictions doit être justement sanctionnée puisqu'elle représente un risque pour la société. Toutefois, quand il s'agit de l'autonomie individuelle, notamment la liberté d'altérer sa conscience et d'utiliser son corps comme on l'entend, le rôle de l'État change. Il ne s'agit plus de protéger la société mais plutôt d'informer l'individu sur les dangers potentiels de ses actions et de fournir un soutien pour réduire ces risques⁶⁰⁵. Cette démarche s'applique clairement à la consommation de substances psychoactives, une activité qui concerne principalement l'individu et qui impacte principalement sa propre santé. Dans de tels cas, l'intervention doit viser à éclairer l'utilisateur sur les conséquences de ses actions et à encourager des pratiques responsables. Ce principe s'applique déjà à la consommation d'alcool et de tabac où l'objectif n'est pas d'interdire, mais de promouvoir une utilisation prudente et informée. Ainsi, la CNCDH suggère de prioriser les approches axées sur la santé plutôt que la répression. Le système pénal actuel est perçu comme un frein majeur à l'efficacité des stratégies de réduction des risques et à la sauvegarde de la santé publique.

L'importance de la dépénalisation de l'usage de drogues, notamment par injection, a été largement mise en avant par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Selon cette institution, cette dépénalisation pourrait avoir un impact significatif sur l'efficacité des interventions en matière de santé publique, en particulier, en ce qui concerne la réduction des risques et le traitement des usagers de drogues⁶⁰⁶. En alignant les politiques sur les recommandations de

⁶⁰⁵ MILDT, *Savoir plus, risquer moins*, Paris, Ed. Seuil, coll. Points Virgule, 2001, 146 p.

⁶⁰⁶ OMS, *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, Genève, Ed. OMS, 2014, 159 p.

l'OMS, les gouvernements pourraient améliorer la santé publique et réduire la propagation du VIH et du SIDA, comme le souligne également l'ONUSIDA⁶⁰⁷.

De même, le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé a souligné les conséquences néfastes de la pénalisation de l'usage et de la possession de drogues sur l'accès aux soins de santé. Il a affirmé que la décriminalisation ou la dépénalisation de l'usage de drogues est essentielle pour garantir le droit fondamental à la santé⁶⁰⁸. En adoptant de telles mesures, les gouvernements pourraient améliorer l'accès aux services de santé pour les usagers de drogues et réduire les obstacles qui entravent actuellement la prestation de soins efficaces.

La promotion d'une nouvelle politique de santé publique par la CNCDH repose sur la nécessité de prévenir toutes les formes d'addiction, incluant l'alcool, le tabac, les psychotropes et les substances actuellement classées comme stupéfiants. Cette approche exige une transition loin de la logique punitive. Il est impératif d'établir un cadre législatif et administratif favorisant l'engagement actif des usagers en tant qu'acteurs de leur propre santé, plutôt que de les considérer comme des sujets, des délinquants ou des patients⁶⁰⁹. Ce modèle de prévention, reflet d'une vision sociétale progressiste, requiert une modification légale préalable : celle des sanctions pénales liées à l'usage de stupéfiants.

Cette évolution vers une approche plus inclusive et centrée sur la santé publique implique un changement de paradigme, où les individus sont considérés comme des agents responsables de leurs choix, et où les politiques adoptées visent à les soutenir dans leurs décisions éclairées. En accordant une place prépondérante à la prévention et à la réduction des risques, cette approche reconnaît la complexité des enjeux liés à la consommation de substances psychoactives et vise à atténuer les dommages potentiels pour les individus et la société dans son ensemble.

Il est désormais opportun de fournir des éclaircissements terminologiques concernant les concepts de décriminalisation, de dépénalisation et de légalisation. En effet, l'utilisation de

⁶⁰⁷ ONUSIDA, *The Gap Report*, Genève, Ed. ONUSIDA, , 2014, 79 p.

⁶⁰⁸ (A). Grover, *Rapport sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, Washington, Ed. Nations Unies, 27 avril 2010, 24 p.

⁶⁰⁹ Audition publique de (F.) Olivet et (G.) Lachaze, « ASUD », du 13 mai 2016.

ces termes varie considérablement, ce qui entraîne une confusion et des malentendus préjudiciables à un débat constructif et à une évolution réfléchie de notre système juridique.

Alain Morel⁶¹⁰, dans le contexte de ses réflexions au sein de la F.F.A. (Fédération Française d'Addictologie), présente une définition différente de celle de la CNCDH⁶¹¹ concernant les termes tels que la « dépenalisation », la « légalisation » et la « décriminalisation ». Il souligne que ces mots sont souvent utilisés de manière inappropriée et confuse dans le récent débat en France sur un éventuel changement de politique en matière de drogues.

Afin d'approfondir cette analyse, il est essentiel de clarifier les trois niveaux d'infractions présents dans la législation française, à savoir les contraventions, les délits et les crimes. De plus, nous allons détailler les trois termes fondamentaux qui permettent de différencier les différentes orientations des politiques concernant l'approvisionnement et/ou la demande de drogues : la dépenalisation, la légalisation et la régulation. Par ailleurs, pour garantir la cohérence avec les principes juridiques, une rigueur méthodologique minimale exige de distinguer les actes liés à la consommation de drogues de ceux associés à l'offre et à l'accès à ces substances, ainsi que de différencier les comportements qui portent préjudice à autrui de ceux qui n'ont d'impact que sur soi-même.

La « dépenalisation » ou « dépenaliser » implique l'abandon de la sanction pénale pour un acte précédemment considéré comme un délit. Il est essentiel de rappeler qu'un délit est une infraction jugée par un tribunal correctionnel et se situe entre une contravention et un crime. Les délits peuvent entraîner des peines d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 10 ans, ainsi que des amendes, des stages de citoyenneté, des travaux d'intérêt général, *etc.* Actuellement, dans le cadre du droit français, la consommation de stupéfiants est considérée comme un délit, même si elle ne nuit qu'à l'individu lui-même et est passible d'une peine d'emprisonnement pouvant atteindre un an, accompagnée d'une amende pouvant atteindre 3 500 €

⁶¹⁰ Alain Morel est psychiatre, directeur général de l'association « OPPELIA » et animateur de la « Fédération Addiction ». Directeur médical du centre de soins spécialisé pour toxicomanes le « Trait d'union », il est président de l'Association « Pour la recherche et la promotion des approches expérientielles » (ARPAE), cofondateur de la Fédération européenne des intervenants en toxicomanie. Il est également l'auteur de *Drogues : faut-il interdire ?* (2011) aux éditions Dunod, ainsi que de nombreux ouvrages sur l'addiction.

⁶¹¹ (A.) Morel, *Débat sur légalisation, dépenalisation, décriminalisation, libéralisation des drogues. Éléments de langage pour sortir de la confusion et des malentendus*, Paris, Ed. FFA, 16 mars 2012, 6 p. Disponible sur https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/04/legalisation_elements_de_langage.pdf

Dans le contexte du débat sur les drogues, « dépenaliser » implique la cessation de la sanction pénale pour l'acte de consommation de stupéfiants, avec des degrés de dépenalisation variables. Elle peut aller jusqu'à une forme de « déjudiciarisation », où l'acte cesse d'être considéré comme une infraction. Par exemple, l'ivresse alcoolique à domicile est souvent déjudiciarisée, bien qu'elle ne soit pas encouragée, tandis que l'ivresse en public demeure une infraction. De plus, la dépenalisation peut entraîner une réduction du niveau de l'infraction, passant du délit à la contravention. Ces dernières représentent la catégorie la moins sévère des infractions pénales, sanctionnées principalement par des amendes, parfois accompagnées de sanctions complémentaires telles que la suspension du permis de conduire. Elles sont classées en cinq catégories en fonction de leur gravité et des peines qui leur sont associées.

En 2001, au Portugal, une politique de dépenalisation de l'usage de drogues a été mise en œuvre. Cependant, il est important de noter que malgré cette mesure, l'usage public de drogues demeure toujours considéré comme une infraction, bien que désormais réprimée comme une contravention, permettant ainsi l'intervention des forces de l'ordre et l'application de mesures de protection⁶¹². La clarification des circonstances dans lesquelles l'usage de drogues reste une infraction est un aspect essentiel de la politique de dépenalisation, qu'il s'agisse d'usage privé, public ou lié à la conduite de véhicules, entre autres situations. Il convient de noter que la dépenalisation peut être appliquée à certains stupéfiants spécifiques, tels que le cannabis, ou à l'ensemble des substances, comme cela a été le cas au Portugal. Malgré l'usage fréquent du terme « dépenalisation », il est important de souligner qu'il ne se réfère pas uniquement à une drogue ou à un groupe de drogues spécifique et que la dépenalisation de l'usage ne sous-entend en aucun cas une légalisation de l'offre de ces substances.

Le concept de « décriminalisation » est parfois confondu avec celui de « déjudiciarisation ». Cependant, il peut également être interprété comme la décision de ne pas sanctionner pénalement une infraction considérée comme criminelle. Un crime constitue l'infraction la plus grave, entraînant des peines d'emprisonnement, parfois à perpétuité, et éventuellement d'autres sanctions telles que des amendes ou des peines complémentaires. Les crimes sont jugés par la cour d'assises. En ce qui concerne les stupéfiants, seuls les actes de trafic sont considérés comme des crimes. Ainsi, substituer le terme « décriminaliser » à « déjudiciariser » peut sembler inapproprié. L'emploi de ce dernier terme souligne la volonté

⁶¹² L'obligation de se présenter devant un service d'évaluation pour mise en place éventuelle d'un traitement ou d'une aide.

de déplacer l'infraction du domaine judiciaire vers celui de la santé et de l'éducation, marquant ainsi une transition vers une approche plus axée sur la prévention et la réduction des risques liés à la consommation de drogues.

La notion de « légalisation » ou de « légaliser » implique l'établissement d'un cadre juridique autour d'une substance ou d'une action qui était auparavant hors du cadre légal. En d'autres termes, cela ouvre la voie à un accès légal à la substance en question. Cependant, la légalisation peut revêtir différentes formes, allant de la plus stricte à la plus libérale, en fonction des restrictions et des contrôles instaurés pour la production, le transport et la vente de la substance. Dans le contexte du débat sur les stupéfiants, cela impliquerait de remplacer le système de prohibition⁶¹³ par un système de contrôle étatique, de la production à la vente. Certaines personnalités et organisations ont plaidé en faveur d'une forme de légalisation du cannabis, mettant en avant différents arguments en faveur de cette approche.

La notion de « régulation » ou de « réguler » implique l'exploration de solutions politiques et juridiques appropriées visant à réduire les dommages associés à l'usage de substances, tout en reconnaissant qu'il n'est pas toujours possible ni souhaitable d'éliminer complètement ces substances. Cette approche vise à trouver un équilibre pragmatique dans la gestion des interactions entre les individus et les drogues (ou d'autres sources de plaisir), sans souscrire à une politique de répression totale ni à une libéralisation sans discernement. En d'autres termes, la régulation cherche à instaurer des mesures permettant de minimiser les risques pour la santé publique et la société tout en reconnaissant la complexité et la diversité des situations. Elle favorise une approche nuancée qui prend en compte les réalités sociales, médicales et économiques liées à l'usage des substances psychoactives.

Pour la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCNDH), il est crucial de clarifier les termes utilisés dans le débat sur les politiques relatives aux drogues, car leur interprétation peut varier selon le contexte⁶¹⁴. Contrairement à d'autres définitions, la CNCNDH considère qu'un comportement est criminalisé lorsqu'il est sanctionné par le droit

⁶¹³ Interdiction de toutes les étapes et modalités d'offre de la substance, en dehors de certains usages médicaux.

⁶¹⁴ LaCNCNDH se réfère ici aux définitions doctrinales retenues : (L.) Hulsman, *Rapport sur la décriminalisation*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1980, pp. 9-13, (C.) Lazerges, « Les fonctions de la peine et la toxicomanie », in *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1988, pp. 857 et suivantes, (C.) Lazerges, « Les problèmes actuels de politique criminelle », in *Problèmes actuels de science criminelle*, vol. V, Institut de sciences pénales et de criminologie, Aix-en-Provence, Ed. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 1992, pp. 91-110, (J.) Pradel, *Droit pénal général*, Paris, Ed. Cujas, 19ème édition, 2012, 828 p., pp. 23 et suivantes.

pénal, que ce soit en tant que crime, délit ou contravention. En revanche, la décriminalisation se réfère à la sortie d'un comportement du champ d'application du droit pénal. Ce processus peut se dérouler en deux étapes : d'abord, une décriminalisation de fait, marquée par un déclin des poursuites et des condamnations, puis une décriminalisation en droit, qui consiste en l'abrogation de l'incrimination légale.

Actuellement, on observe un tel processus de décriminalisation de fait dans le cas de l'usage du cannabis, qui concerne une partie des usagers, mais pas tous, créant ainsi une inégalité devant la loi pénale, que la CNCDH juge inacceptable. De plus, la décriminalisation, qu'elle soit de fait ou en droit, est souvent précédée par une série de textes caractérisant un mouvement de dépénalisation. Cette évolution progressive des politiques publiques reflète une volonté de réévaluer les approches traditionnelles en matière de drogues et de privilégier des solutions plus orientées vers la santé publique et les droits individuels.

La dépénalisation implique une modification du statut pénal d'un comportement réprimé (passant par exemple du statut de crime à celui de délit, puis de délit à contravention), sans pour autant exclure ce comportement du domaine pénal. Dans cette optique, certains, comme la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA)⁶¹⁵, suggèrent que la simple consommation de stupéfiants soit considérée comme une contravention. Selon leurs arguments, cette approche offrirait une réponse pénale plus rapide et une efficacité accrue dans la lutte contre les infractions liées aux drogues.

La dépénalisation est souvent caractérisée par une démarche progressive vers une réduction des sanctions, que ce soit sur le plan législatif ou dans la pratique judiciaire. Au niveau légal, cette évolution se traduit par une diminution de la peine maximale encourue, établie par la loi ou les règlements en vigueur, notamment en ce qui concerne les contraventions. Dans la réalité des tribunaux, cela se manifeste par le classement sans suite des affaires, le recours à des alternatives aux poursuites telles que le rappel à la loi ou la médiation, ou encore par l'imposition de peines symboliques. Ce processus graduel mène finalement à la décriminalisation, le meilleur exemple étant l'évolution observée dans des domaines comme le vagabondage ou l'émission de chèques sans provision.

⁶¹⁵ Voir Rapport de la Mildeca : http://abonnes.lemonde.fr/addictions/article/2016/08/11/un-groupe-de-travail-interministeriel-preconise-la-contraventionnalisation-du-cannabis_4981324_1655173.html#clFeoUPYDvZU1dIT.99

La décriminalisation ne signifie pas forcément la légalisation intégrale. En réalité, l'absence de sanction pénale n'entraîne pas automatiquement une absence totale de réponse. Celle-ci peut revêtir diverses formes, qu'elles soient administratives, civiles ou médicales, selon les circonstances spécifiques de chaque cas. Dans le contexte des substances illicites, décriminaliser l'usage suppose la mise en place de mesures alternatives, telles que des programmes de prévention ou des interventions médicales, relevant notamment des législations en matière d'éducation et de santé publique. Ainsi, la décriminalisation de l'usage de drogues ne justifie nullement une inertie des autorités publiques. Au contraire, elle implique un transfert de responsabilité du système judiciaire vers les instances sanitaires et l'ensemble de la société.

Le terme « légalisation » est fréquemment invoqué dans le cadre du débat sur les drogues. Il ne se limite pas à la simple suppression de l'infraction, mais implique l'instauration d'un cadre juridique pour des substances ou des pratiques qui étaient auparavant interdites. La légalisation peut revêtir diverses formes, allant de mesures strictes à des approches plus libérales, selon les règles et les contrôles établis pour la production, la distribution et la vente des substances en question.

Pour mieux comprendre, examinons trois modèles de légalisation de l'accès aux substances psychoactives. Tout d'abord, le modèle étatique implique une réglementation stricte par les autorités publiques, qui supervisent étroitement toutes les étapes, de la production à la vente⁶¹⁶. Ensuite, le modèle « capitalistique » repose sur la participation d'entreprises privées dans la fabrication et la distribution des produits, similaire au système en place pour l'alcool en France ou pour le cannabis dans certains États américains. Enfin, le modèle autogestionnaire et associatif se caractérise par une approche décentralisée, où des groupes ou des associations, comme les « social clubs »⁶¹⁷ du cannabis en Espagne, gèrent la production et la distribution dans le cadre de règles établies par la communauté.

⁶¹⁶ C'est le modèle du tabac ou des médicaments en France. C'est également la voie suivie par l'Uruguay pour en ce qui concerne le cannabis.

⁶¹⁷ Le « Cannabis Social Club » ou « Club Social Cannabique » (C.S.C.) est un modèle de régulation du cannabis similaire au concept des associations pour le maintien d'une agriculture paysanne. Il s'agit d'un groupe organisé sous forme d'association à but non lucratif, composé exclusivement de personnes majeures, qui supervise la production et la distribution de cannabis dans un cadre fermé destiné aux besoins personnels de ses membres. L'organisation non gouvernementale européenne « ENCOD » (European NGO Council On Drugs and Development) revendique l'origine de ce concept, ayant publié en 2006 un Code de conduite pour les Cannabis Social Clubs en Europe, qui a servi de référence aux mouvements européens. Les partisans de ces structures invoquent une décision-cadre de l'Union européenne du 25 octobre 2004 comme principal argument. Les Cannabis Social Clubs s'adaptent aux législations locales de chaque pays et produisent généralement une quantité de cannabis correspondant strictement aux besoins personnels de leurs membres. Ces derniers s'engagent à ne pas

Chaque modèle présente des avantages et des inconvénients, et le choix entre eux dépend souvent des valeurs culturelles, des préoccupations en matière de santé publique et des considérations économiques propres à chaque société. La légalisation n'est pas seulement une question de suppression des sanctions pénales, mais aussi de mise en place de politiques et de structures régulatrices pour encadrer efficacement l'accès aux substances psychoactives, tout en tenant compte des risques potentiels pour la santé publique et individuelle.

Pour résumer, la dépénalisation implique qu'un comportement spécifique relève toujours du domaine pénal, mais avec une réduction de la sévérité des sanctions et une révision à la baisse de son niveau d'infraction. Ce processus peut entraîner une requalification de l'infraction en tant que contravention, marquant ainsi un changement dans le traitement juridique de l'acte incriminé.

D'autre part, la décriminalisation va plus loin en retirant complètement un comportement du champ pénal. Cela signifie que cet acte n'est plus considéré comme une infraction pénale et ne fait plus l'objet de poursuites judiciaires. Toutefois, même en cas de décriminalisation, l'État peut envisager d'autres types de réponses ou de mesures, telles que des sanctions administratives, civiles ou médicales, pour réguler ou encadrer le comportement en question. Ainsi, bien que l'acte ne soit plus criminalisé, il peut toujours être soumis à certaines formes de contrôle ou de régulation.

Enfin, la légalisation va au-delà de la simple décriminalisation en rendant légal ce qui ne l'était pas auparavant. Cela implique la modification des lois ou des réglementations pour permettre un accès légal à un bien ou à une liberté précédemment restreinte. En établissant des conditions spécifiques pour l'accès ou l'exercice de cette liberté, la légalisation vise à encadrer de manière appropriée la pratique ou l'utilisation de ce qui était auparavant considéré comme illicite ou répréhensible.

Suite à cette clarification terminologique, il convient d'examiner trois alternatives possibles à la politique de répression actuellement menée en France. Il est essentiel de souligner que le maintien du *statu quo* ne peut être considéré comme une option viable, étant donné

vendre le cannabis ni à inciter autrui à en consommer, tout en couvrant les coûts de production par le biais de cotisations adaptées à leurs besoins.

l'échec manifeste du dispositif répressif en place et l'insuffisance des politiques actuelles en matière de prévention et de santé publique.

La première option envisagée consiste en la dépénalisation et la contraventionnalisation exclusive de l'usage de drogues. Dans ce scénario, l'usage de toutes les drogues serait traité comme une simple contravention, avec des sanctions proportionnées à la gravité de l'infraction.

Une deuxième possibilité consisterait à établir une distinction entre le cannabis et les autres substances stupéfiantes. Dans ce cas, l'usage de cannabis serait décriminalisé, tandis que l'usage des autres drogues resterait dépénalisé et contraventionnalisé. En ce qui concerne l'offre, les infractions pénales demeureraient pour les substances autres que le cannabis, tandis que différentes options de régulation seraient envisagées pour ce dernier.

Enfin, une troisième option serait basée sur la décriminalisation de l'usage de toutes les drogues, accompagnée d'une régulation de l'offre par l'État. Il est important de souligner que, quelle que soit l'alternative choisie, elle ne saurait constituer une réponse unique ou une solution miracle à la problématique des addictions. Une approche complète et efficace doit impérativement inclure une politique proactive d'information sur les drogues, de prévention des comportements addictifs et de prise en charge médico-sociale des personnes dépendantes aux substances psychoactives.

Les options 1 et 2, qui reposent sur l'idée de dépénalisation, prennent leur inspiration des mesures mises en œuvre au Portugal. Fort de 15 années de recul sur sa politique de dépénalisation, le Portugal est souvent cité en exemple. Son modèle de dépénalisation n'a pas aboli les sanctions pour possession de drogue, mais les a transformées en infractions administratives plutôt que pénales, assorties d'obligations de suivi médical. Cette approche s'applique à l'usage ou à la possession de toutes les drogues illicites, y compris le cannabis, l'héroïne et la cocaïne, dans la limite d'une quantité équivalant à dix jours de consommation (conformément à la loi n° 30/2000 du 29 novembre 2000). Les individus appréhendés en possession de drogues illicites sont dorénavant tenus de participer à des programmes de réhabilitation dispensés par des organismes dédiés, appelés « Commissions pour la dissuasion de la toxicomanie » (CDT). Parallèlement, des investissements substantiels ont été réalisés dans les services d'accompagnement, de soins et de prévention. La dépénalisation a permis de soulager le système pénal portugais de la charge liée aux affaires de drogue, permettant ainsi à la police de se concentrer sur les infractions plus graves, notamment le trafic de stupéfiants. En

2010, les principaux acteurs de cette politique étaient largement d'accord pour dire que l'augmentation du nombre d'utilisateurs de drogues dans la population adulte avait été minime ou modérée. Les données postérieures à 2010 indiquent une tendance à la baisse de la consommation globale de drogues, et les effets observés depuis la dépénalisation sont généralement positifs⁶¹⁸.

* Option 1 : la contraventionnalisation de l'usage de stupéfiants

Dans cette perspective prospective, la première option envisagée tire son inspiration du modèle mis en œuvre au Portugal. Il préconise une transformation des infractions liées à l'usage de stupéfiants en contraventions⁶¹⁹. Cette démarche de dépénalisation vise à éliminer les sanctions privatives de liberté actuellement prévues par la législation en cas d'usage simple de drogues illicites, tout en renforçant les dispositifs de prise en charge médico-sociale. Dans ce cadre, la contraventionnalisation est envisagée comme une solution favorisant une réponse adaptée sur le plan médico-social. L'imposition d'une amende demeure exceptionnelle, étant donné qu'elle peut être remplacée par une ou plusieurs mesures alternatives telles que des peines privatives ou restrictives de droits.

La contravention de cinquième classe émerge comme une solution adaptée dans ce contexte spécifique. Contrairement aux contraventions des autres catégories, qui se traduisent généralement par une sanction financière automatique sous forme d'une amende forfaitaire, la contravention de cinquième classe offre une flexibilité accrue en termes de sanctions. Elle autorise en effet l'imposition de peines privatives ou restrictives de droits en complément ou en substitution de l'amende, comme l'indiquent les articles 131.14, 131.15 et 131.15-1 du Code pénal. De plus, elle permet également la possibilité de dispense de peine, conformément à l'article 132-58, alinéa 1er du Code pénal.

⁶¹⁸ Légère augmentation de la consommation de drogues illicites chez les adultes, mais forte diminution chez les adolescents (15-19 ans), réduction du fardeau des délinquants toxicomanes sur le système de justice pénale, augmentation du nombre de traitements médicamenteux, réduction des décès liés aux opiacés et des maladies infectieuses, augmentation des saisies de drogues par les autorités.

⁶¹⁹ Le Sénat a suggéré de requalifier le délit d'usage de produits stupéfiants en contravention de troisième classe lors de sa première lecture du projet de loi visant à moderniser notre système de santé. Cependant, cette proposition a été rejetée par l'Assemblée nationale. La contravention de troisième classe présente comme inconvénient de ne pas permettre le maintien de certains aspects tels que la prise en compte de la récidive ou l'orientation vers des traitements sanitaires pour les consommateurs dépendants.

Pour mettre en pratique cette approche, il pourrait être envisagé une révision du Code pénal, incluant éventuellement l'ajout d'un nouvel article, le 131-15-2. Ce dernier aurait pour objet de permettre à la juridiction de substituer à la peine d'amende, pour toute contravention de cinquième classe sanctionnant l'usage illicite de substances ou de plantes classées comme stupéfiants, des mesures telles que l'orientation vers une structure sanitaire ou sociale, l'obligation de suivre un stage de sensibilisation aux risques liés à l'usage de stupéfiants, ou une injonction thérapeutique.

Cette proposition de dépénalisation prévoit le maintien des sanctions pénales pour certaines infractions spécifiques, telles que les délits routiers liés à la conduite sous l'influence de substances ou les infractions au Code du travail concernant les postes de sécurité. De même, les sanctions pour les crimes ou délits liés au trafic de drogue resteraient inchangées. Il est important de souligner que cette dépénalisation de l'usage de drogues ne s'accompagnerait pas d'une régulation de l'offre, ce qui signifie que la production et la vente de substances illicites demeureraient des infractions pénales. En d'autres termes, seules les sanctions pour la consommation personnelle seraient révisées, sans impacter les infractions liées à la chaîne d'approvisionnement des drogues.

* Option 2 : la décriminalisation de l'usage du cannabis et la contraventionnalisation de l'usage des autres produits classés stupéfiants.

La deuxième option envisage une approche ciblée consistant à décriminaliser exclusivement l'usage des produits dérivés du cannabis, tout en optant pour la contraventionnalisation de l'usage des autres substances stupéfiantes, selon le principe énoncé dans le scénario initial. Cette démarche vise à maintenir une prohibition sur la consommation des substances jugées les plus addictives, tout en écartant la possibilité de poursuites pénales à l'encontre des consommateurs de drogues, ce qui les prémunit contre le risque d'incarcération. La décriminalisation de l'usage du cannabis présente l'avantage d'alléger la charge imposée aux forces de l'ordre et au système judiciaire, étant donné qu'une proportion significative des interventions policières, des gardes à vue et des condamnations découle uniquement de l'usage de cette substance. Toutefois, il est important de noter que cette décriminalisation ne remettrait pas en cause les sanctions actuellement prévues pour certaines infractions spécifiques, telles que les délits routiers ou les violations du Code du travail.

Dans le contexte de la décriminalisation de l'usage du cannabis, il existe plusieurs alternatives à considérer en ce qui concerne sa production et sa distribution. Une première option consisterait à maintenir les sanctions pénales pour la production, l'importation, la vente et l'offre de cannabis, une approche adoptée par certains pays comme les Pays-Bas. Cependant, cette stratégie présente des inconvénients importants, notamment en ce qu'elle perpétue les activités criminelles et favorise le « marché noir », où des produits contrefaits circulent, pouvant être nocifs et plus dangereux pour la santé publique.

Une deuxième alternative, inspirée du modèle espagnol, offre une approche novatrice en instaurant un cadre justificatif pour la production et la distribution de produits cannabiques au sein de structures associatives autogérées. En Espagne, la législation réprime sévèrement la culture et la possession de cannabis dans le dessein de trafic, mais elle accorde une marge de liberté pour la consommation privée et la production à des fins personnelles. Cette flexibilité a donné naissance, dès 2002, aux « Cannabis social clubs » (CSC), des entités à but non lucratif où les consommateurs se regroupent pour cultiver et partager leur propre cannabis.

Actuellement, l'Espagne compte près de 700 CSC, répartis sur tout le territoire⁶²⁰. Ces clubs proposent un modèle unique et régulé, garantissant un contrôle rigoureux sur l'origine, la qualité et la composition des produits consommés. Contrairement au « marché noir », où la provenance et la qualité des produits restent incertaines, les membres des CSC ont l'assurance d'avoir accès à des produits de qualité, cultivés de manière responsable et conformes aux normes établies.

Le fonctionnement des CSC repose sur un processus bien défini. Tout d'abord, chaque club doit s'enregistrer en tant qu'association, et les membres doivent adhérer à une convention collective qui fixe les règles de fonctionnement et de participation. Ensuite, les clubs acquièrent ou louent des terrains et des équipements nécessaires à la culture et à la distribution du cannabis. La quantité produite est calculée en fonction des besoins estimés de chaque membre et la culture est assurée par des membres bénévoles ou du personnel rémunéré.

⁶²⁰ Le modèle pourrait se développer au Mexique à la suite de l'arrêt rendu le 4 novembre 2015 par la Cour suprême. Cet arrêt autorise l'ouverture du premier club de culture de la marijuana (société mexicaine d'autoconsommation responsable et tolérante ou « SMART »). Sur cette question, voir http://www.lemonde.fr/ameriques/article/2015/11/08/le-mexique-entrouvre-la-voie-a-la-legalisation-de-la-marijuana_4805297_3222.html.

La distribution se fait exclusivement au sein du club, et les produits sont réservés aux membres. Cette approche vise à garantir la sécurité et la qualité des produits tout en évitant la propagation du cannabis sur le marché illégal. De plus, les prix pratiqués sont généralement inférieurs à ceux du « marché noir », ce qui rend le cannabis plus accessible à ceux qui en ont besoin tout en décourageant le trafic illicite⁶²¹. En outre, chaque CSC offre des services de soutien complets, comprenant des conseils en matière de prévention et de gestion des risques liés à la consommation de cannabis. Ces services jouent un rôle essentiel dans la promotion d'une consommation responsable et dans la réduction des dommages potentiels associés à l'usage de cette substance.

Dans l'ensemble, le modèle des « Cannabis social clubs » représente une approche équilibrée et innovante pour réguler la consommation de cannabis. En offrant un cadre sûr, transparent et régulé, ces clubs contribuent à réduire les risques pour la santé publique tout en préservant les libertés individuelles des consommateurs.

Une troisième alternative, qui suscite un certain intérêt en France⁶²², propose d'établir un accès légal, mais strictement contrôlé par l'État, aux produits cannabiques, sur le modèle adopté en Uruguay. Le rapport récent du laboratoire d'idées « Terra Nova » va même jusqu'à suggérer de confier la vente de cannabis à des détaillants agréés par une autorité de régulation spécialement créée, l'Autorité de régulation du cannabis (A.R.C.A.), au sein du réseau des débitants de tabac, des officines pharmaceutiques ou d'un nouveau réseau de magasins. À l'instar du tabac, cette commercialisation serait soumise à des restrictions telles que l'interdiction de vente aux mineurs, l'apposition d'avertissements sanitaires et l'utilisation d'un emballage neutre, ainsi que l'interdiction de consommation dans les lieux publics fermés et couverts⁶²³. En ce qui concerne la production, celle-ci pourrait être confiée à des agriculteurs

⁶²¹ Cela permet de limiter le tourisme de la drogue et d'éviter la reproduction des problèmes rencontrés aux Pays-Bas.

⁶²² Audition publique de Anne-Yvonne Le Dain du 6 septembre 2016. (D.) Vaillant, *Légalisation contrôlée du cannabis*, Rapport à l'assemblée nationale du Groupe de travail parlementaire de députés SRC, Paris, 15 juin 2011, 7 p, (C.) Ben Lakhdar, (P.) Kopp, (R.) Perez, *Cannabis : réguler le marché pour sortir de l'impasse*, Paris, Ed. Terra Nova, 19 décembre 2014, 29 p., (C.) Ben Lakhdar, (J.-M.) Costes, *Contrôler le marché légalisé du cannabis en France. L'exemple fondateur de l'ARJEL*, Paris, Terra Nova, 4 octobre 2016, 24 p.

⁶²³ (C.) Ben Lakhdar, (P.) Kopp, (R.) Perez, *Cannabis : réguler le marché pour sortir de l'impasse*, Paris, Ed. Terra Nova, 19 décembre 2014, 29 p.

français autorisés par des licences délivrées par le ministère de l'Agriculture, ou à des entreprises étrangères⁶²⁴, avec une limitation du taux de THC (delta-9-tétrahydrocannabinol).

* Option 3 : décriminalisation de l'usage de stupéfiants et régulation de l'accès aux produits

Dans le cadre de la troisième option, une approche audacieuse de décriminalisation de l'usage de tous les produits stupéfiants est envisagée. Cette proposition impliquerait une modification fondamentale de la façon dont la société aborde la consommation de drogues. Concrètement, les individus utilisant des drogues ne seraient plus soumis à des poursuites judiciaires ni à des sanctions pénales, et ne seraient plus considérés comme des criminels aux yeux de la loi.

Cette décriminalisation ne signifierait pas pour autant une totale absence de régulation. En effet, les infractions spécifiques telles que la conduite sous influence ou la violation des règles de sécurité au travail demeurerait passibles de sanctions pénales, préservant ainsi la sécurité publique et professionnelle.

L'objectif principal de cette approche est d'améliorer l'accès aux programmes de prévention et aux services de santé pour les consommateurs de drogues. Actuellement, ces initiatives sont souvent entravées par le poids de la stigmatisation et de la répression pénales. En libérant les individus de la menace de sanctions judiciaires, il serait possible de créer un environnement plus propice à l'écoute et à l'engagement des personnes concernées dans des programmes de réduction des risques et de traitement de la dépendance.

En parallèle, la décriminalisation permettrait de soulager la charge de travail des institutions judiciaires et de réduire les coûts associés à la poursuite et à la condamnation des délits liés à la drogue. Ces ressources pourraient alors être réaffectées à des initiatives de santé publique et de lutte contre la toxicomanie, renforçant ainsi les capacités de la société à répondre de manière holistique aux défis posés par la consommation de drogues.

Se pose la question de savoir s'il est nécessaire d'aller au-delà de la simple décriminalisation de la consommation et d'envisager une régulation de l'offre de toutes ou de certaines substances actuellement illicites, suivant le modèle adopté pour les produits alcooliques et tabagiques. En effet, la décriminalisation de l'usage sans une régulation adéquate

⁶²⁴ *Ibidem.*

de l'accès aux substances maintient intact le problème majeur lié aux trafics mafieux, tout en laissant subsister les risques associés à la consommation de produits altérés ou de qualité inférieure.

Certains protagonistes de la décriminalisation de l'usage estiment qu'une approche plus globale est nécessaire, impliquant une réflexion approfondie sur la régulation des marchés, qu'ils soient licites ou illicites, ainsi que sur les mesures pratiques à mettre en place pour y parvenir. Cette position est soutenue par plusieurs voix influentes, tant au niveau national qu'international. Au niveau mondial, la « Global Commission on Drug Policy », composée d'anciens chefs d'État et de personnalités éminentes, plaide en faveur d'une approche pragmatique, reconnaissant qu'un monde dépourvu de drogues est une utopie. Elle préconise plutôt une organisation rationnelle de la distribution des substances pour contrer les effets dévastateurs des trafics criminels qui en résultent.

En France, la charte de la « Fédération Addiction », pour une autre politique des addictions »⁶²⁵, met en avant l'importance cruciale de réguler les usages de toutes les drogues, ainsi que les comportements présentant un risque potentiel d'addiction, dans le but de réduire les dommages sur le bien-être individuel et collectif. Cette vision de la régulation dépasse le simple cadre de la décriminalisation pour s'intéresser aux moyens politiques et juridiques les plus appropriés pour limiter les dommages liés à l'usage de substances. Elle reconnaît également que l'éradication totale des drogues est irréaliste et qu'il convient d'adopter des mesures pragmatiques pour atténuer les effets négatifs du marché illicite et des activités criminelles qui en découlent⁶²⁶. En somme, la régulation vise à favoriser une approche holistique et à long terme pour répondre aux défis complexes posés par les drogues et les addictions.

Si l'on optait pour cette perspective, elle impliquerait la mise en place d'un système où l'accès aux produits stupéfiants serait légalisé, mais étroitement réglementé par l'État. Plus précisément, le cannabis serait traité comme une marchandise similaire à l'alcool et au tabac, mais avec un contrôle strict exercé par les autorités publiques. Cette approche préconiserait un

⁶²⁵ Voir Fédération addiction, *Pour une autre politique des addictions*, juillet 2012 :<http://www.federationaddiction.fr/pour-une-autre-politique-des-addictions-signez-la-charte>.

⁶²⁶ Global Commission on Drug Policy, *Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues*, Paris, Ed. GCDP, septembre 2014, 45 p.

monopole gouvernemental sur la distribution, les prix et la qualité des produits, afin de garantir une supervision efficace de l'ensemble du processus.

Dans cette optique, une stratégie initiale consisterait à fixer le prix du cannabis sur ce nouveau marché légal à un niveau comparable à celui du marché noir existant. Cette mesure viserait à réduire l'attrait du marché clandestin et à tarir les sources de financement des réseaux criminels associés au trafic de stupéfiants⁶²⁷. Par la suite, une augmentation progressive des prix pourrait être envisagée afin de dissuader la consommation excessive et de réduire la prévalence générale.

Au-delà de ces considérations économiques, la légalisation offrirait également la possibilité d'affecter des ressources substantielles, provenant des taxes prélevées sur la vente, à des programmes de prévention et de prise en charge des addictions. En orientant ces fonds vers les populations à risque, elle permettrait une meilleure sensibilisation et un meilleur accompagnement des individus susceptibles de développer des conduites addictives. Enfin, en agissant sur les prix de vente plutôt que sur des mesures répressives inefficaces, la légalisation offrirait un moyen plus efficace de contrôler le niveau global de consommation de cannabis dans la société. Cette approche, qui repose sur des stratégies de prévention et une augmentation des prix, a démontré son efficacité dans la réduction significative du tabagisme en France⁶²⁸, un exemple salué par plusieurs rapports récents⁶²⁹, dont celui du laboratoire d'idées « Terra Nova » et de diverses associations françaises⁶³⁰. Pourtant, cette même démarche pourrait également s'inspirer des politiques mises en œuvre en Uruguay.

⁶²⁷ Le coût d'acquisition perçu sur le marché légal est alors nettement plus bas que sur le « marché noir », du fait de la disparition des risques policiers, judiciaires et sanitaires. En effet, cela permet d'assécher les filières clandestines.

⁶²⁸ Par ailleurs, le cannabis présentant l'avantage sur le tabac de ne pas avoir fait l'objet de pratiques commerciales et marketing agressives incitant à la consommation.

⁶²⁹ Sur cette question, voir Anne-Yvonne Le Dain, Audition publique du 6 septembre 2016. (D.) Vaillant, *Légalisation contrôlée du cannabis*, Rapport à l'assemblée nationale du Groupe de travail parlementaire de députés SRC, 15 juin 2011, Paris, 7 p. (C.) Ben Lakhdar, (P.) Kopp, (R.) Perez, *Cannabis : réguler le marché pour sortir de l'impasse*, Paris, Ed. Terra Nova, 19 décembre 2014, 29 p. (C.) Ben Lakhdar, (J.-M.) Costes, *Contrôler le marché légalisé du cannabis en France. L'exemple fondateur de l'ARJEL*, Paris, Ed. Terra Nova, 4 octobre 2016, 24 p.

⁶³⁰ Voir notamment, audition publique de Fabrice Olivet et Georges Lachaze, « ASUD », du 13 mai 2016, audition publique de Jean-Pierre Lhomme et Olivier Maguet, « Médecins du Monde », du 30 mai 2016, audition publique de Nathalie Latour, « Fédération addiction », du 30 mai 2016.

Depuis 1974, l'Uruguay a opté pour la décriminalisation de la consommation de tous les stupéfiants, tant qu'elle n'engendre pas de trouble à l'ordre public. Cependant, c'est à partir de 2012 que le pays a franchi une étape supplémentaire en mettant en place un système de contrôle étatique pour lutter efficacement contre les réseaux criminels du trafic de drogue, visant ainsi à reléguer les « barons de la drogue » au second plan.

Cette stratégie uruguayenne de contrôle et de régulation du marché du cannabis repose sur quatre axes majeurs : le renforcement du système de santé pour traiter et réduire les risques liés à la consommation de drogues, la promotion du rôle de l'État dans la promotion de la paix et la réduction de la violence, la lutte renforcée contre le trafic illicite de drogues, d'armes et le blanchiment d'argent, et enfin la mise en œuvre d'une politique de régulation de la production et de la vente de cannabis.

Concrètement, les Uruguayens ont le droit de faire pousser jusqu'à six plants de cannabis par foyer ou d'acheter jusqu'à 40 grammes par mois et par personne, dans des clubs ou des pharmacies, sous la supervision du gouvernement. Cette approche vise à créer un marché légal du cannabis, régulé et contrôlé par les autorités publiques, dans le but de démanteler progressivement le « marché noir » et de réduire l'impact des réseaux criminels associés au trafic de drogue.

En adoptant une approche similaire, la France pourrait envisager d'intensifier ses efforts dans la prévention et la sensibilisation tout en mettant en place des mesures réglementaires strictes pour contrôler et réguler le marché du cannabis. Ce faisant, elle pourrait espérer obtenir des résultats similaires à ceux observés en Uruguay en matière de réduction des trafics illicites et des nuisances associées à la consommation de drogues.

La plupart des rapports et études qui promeuvent l'idée d'une régulation contrôlée des stupéfiants mettent en évidence une distinction entre le cannabis et d'autres substances psychoactives telles que l'héroïne, la cocaïne ou les drogues de synthèse. Cette distinction souligne la complexité des enjeux liés à chaque type de substance et la nécessité d'adopter des approches différenciées en matière de régulation. En effet, si le cannabis peut être considéré comme une substance moins nocive dans certains contextes, les substances telles que l'héroïne, la cocaïne ou les drogues de synthèse présentent des risques plus importants pour la santé publique et la sécurité. Il est donc essentiel d'envisager une réglementation plus stricte pour ces substances, avec des mesures visant à limiter leur accès et leur distribution. Dans cette optique,

la délivrance des produits ne serait autorisée que sur prescription médicale et au sein de réseaux de distribution spécifiquement agréés par les autorités compétentes. Cette approche permettrait de mieux contrôler l'accès aux substances et de réduire les risques associés à leur consommation, tout en garantissant un suivi médical approprié pour les patients concernés. Par exemple, la prescription médicale d'héroïne existe en Grande-Bretagne ou en Suisse⁶³¹. En Grande-Bretagne, la prescription d'héroïne et de morphine injectable existe depuis 1920, si celle-ci peut permettre au patient de « mener une vie utile ». En 1968, les autorisations de prescription ont été limitées aux seuls médecins détenteurs d'une licence délivrée tous les trois ans par le ministère de l'Intérieur avec accord de celui de la Santé.

En pratique, seuls les psychiatres affiliés aux centres de traitement de la toxicomanie du « National Health Service » ont le privilège de prescrire de l'héroïne. Cette restriction vise à garantir une prise en charge médicale spécialisée et appropriée pour les patients souffrant de dépendance à cette substance. Toutefois, il est à noter qu'il n'existe pas de politique nationale uniforme en la matière. Les protocoles de traitement varient d'un centre à l'autre, tout comme les critères d'admissibilité des patients. De plus, il n'y a pas de limite légale quant au nombre de doses pouvant être rapportées chez soi ni de dose limite légale de prescription, ce qui laisse une certaine marge de manœuvre aux praticiens.

En ce qui concerne la délivrance de l'héroïne, elle est effectuée par des pharmacies de quartier, munies de tampons et d'eau pour permettre l'administration à domicile. Cette pratique facilite l'accès à la substance pour les patients, qui se rendent généralement quotidiennement à la pharmacie pour récupérer leur dose. L'héroïne est disponible sous différentes formes, notamment en poudre sèche en ampoules de diverses concentrations pour l'injection intraveineuse, mais aussi en comprimés, en cigarettes imprégnées d'héroïne ou encore en solution. Les doses prescrites varient selon les besoins individuels des patients, oscillant généralement entre 10 mg et 1000 mg par jour.

En Suisse, l'approche en matière de gestion des stupéfiants est hautement réglementée et soigneusement structurée. Le Programme expérimental de prescription de stupéfiants (P.E.P.S.), lancé à Genève en 1995, représente une illustration probante de cette approche méthodique. Ce programme offre un cadre multidisciplinaire de premier plan pour la prise en charge des patients. Doté d'une équipe complète comprenant des psychiatres, des internistes,

⁶³¹ Voir le compte-rendu des 40^{ème} rencontres du « Crips Ile-de France » organisées avec le soutien de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Île-de-France lors de la journée du 16 novembre 2000.

des assistantes sociales et des infirmiers, le P.E.P.S. garantit un suivi médical complet et personnalisé pour chaque patient. En outre, les patients bénéficient d'une grande flexibilité en matière de choix des traitements, notamment en ce qui concerne les modes d'administration, avec la possibilité d'opter pour la méthadone en complément de l'héroïne.

Actuellement, la Suisse compte 16 centres de prescription d'héroïne, chacun avec ses propres modalités de fonctionnement, qu'ils soient publics, universitaires, associatifs ou intégrés à d'autres structures de santé. Les évaluations de ces dispositifs montrent des résultats très encourageants, notamment en termes d'amélioration de la santé physique et psychologique des patients, de réduction de l'activité criminelle et de la consommation d'héroïne illicite, ainsi que de maintien des liens sociaux et du suivi médical régulier.

Les partisans de la régulation estiment qu'un modèle réglementaire pragmatique, composé de mesures claires et adaptées en faveur des politiques sociales et de santé publique, peut contribuer à créer un environnement plus favorable et à aboutir, à long terme, à une amélioration globale des résultats. Ils soulignent également l'importance d'une évolution progressive, accompagnée d'un suivi rigoureux de ses impacts sur la société⁶³².

Toutefois, si ce scénario était adopté, des dispositifs spécifiques devraient être mis en place pour protéger les mineurs. Étant donné la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents à la neurotoxicité des substances psychoactives, le législateur devrait édicter des règles spécifiques de protection, notamment en interdisant la vente de produits stupéfiants aux mineurs⁶³³, de manière similaire à ce qui est pratiqué pour l'alcool et le tabac, et en pénalisant l'incitation directe d'un mineur à faire usage de stupéfiants.

Par ailleurs, il est impératif que tout mineur qui est identifié comme utilisateur de produits stupéfiants puisse avoir accès à un accompagnement spécifique et adapté à sa situation. Ce soutien doit aller au-delà d'une simple consultation en lui offrant des ressources

⁶³² Voir notamment (S.) Rolles (responsable de l'analyse des politiques des drogues à la « Transform Drug Policy Foundation »), *Débattre les drogues En faveur d'une réglementation. Un guide à l'argumentaire*, Londres, Ed. Transform Drug Policy Foundation, Royaume-Uni, 2020, 31 p.

⁶³³ Le cerveau des adolescents est plus sensible aux effets des substances psychoactives que celui des adultes en raison de sa phase de transition vers l'âge adulte. Les processus de maturation cérébrale, qui se poursuivent jusqu'à environ 25 ans, rendent l'adolescent particulièrement vulnérable. Le cortex préfrontal, une région du cerveau essentielle pour la prise de décision et l'adaptation du comportement, est particulièrement affecté par ce processus de maturation durant l'adolescence. Quelle que soit la substance en question, commencer à expérimenter et à consommer précocement augmente les risques de développer une dépendance à long terme, ainsi que d'autres dommages potentiels.

supplémentaires pour l'aider à surmonter les défis liés à l'usage de substances psychoactives. À cet égard, il est proposé qu'une consultation jeune consommateur (CJC) soit mise en place gratuitement à sa disposition. Cette consultation ne se limiterait pas à fournir des informations sur les risques et les dangers associés à la consommation de drogues, mais elle constituerait également un espace sécurisé où le mineur pourrait discuter ouvertement de ses habitudes de consommation. Il s'agit d'instaurer un dialogue constructif visant à mieux comprendre les motivations et les facteurs sous-jacents à son comportement. En outre, cette consultation servirait de point de départ pour évaluer les besoins spécifiques du mineur et lui proposer des solutions adaptées à sa situation individuelle. Cela pourrait inclure des recommandations pour un suivi médical ou psychologique approfondi, des références à des programmes de prévention ou de réduction des risques, voire même une orientation vers des services sociaux spécialisés. L'objectif est d'offrir un soutien holistique et personnalisé qui permette au mineur de prendre conscience des conséquences de son comportement et de l'encourager à envisager des alternatives plus saines. En fin de compte, l'accent est mis sur la prévention et l'intervention précoce, dans le but de limiter les dommages potentiels associés à l'usage de drogues chez les jeunes et de favoriser leur bien-être à long terme.

La proposition de simplement contraventionnaliser l'usage de toutes les drogues a rencontré un fort désaccord de la part de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH). En revanche, la décriminalisation ou la sortie du champ pénal de tous les usages de drogues a reçu un soutien massif parmi les membres de la Commission. Cependant, c'est l'option 2 qui a obtenu le plus grand consensus au sein de la CNCDH

Cette option préconise la décriminalisation de l'usage du cannabis ou sa sortie du champ pénal, tout en instaurant un contrôle strict des circuits d'approvisionnement. Il est considéré comme une réponse pragmatique à une réalité sociale complexe. En parallèle, la dépénalisation de l'usage des autres drogues par la contraventionnalisation présente l'avantage de supprimer la possibilité d'emprisonnement pour simple usage, tout en maintenant et renforçant l'efficacité des mesures dissuasives.

Cette approche permet également de concilier des principes parfois opposés dans la loi actuelle : la protection de la santé publique et la garantie de liberté individuelle. La CNCDH propose ainsi l'organisation d'une vaste conférence de consensus, réunissant experts, représentants de la société civile, responsables politiques et usagers, pour discuter de cette

importante modification législative, en examiner les modalités et renforcer son acceptabilité sociale.

La mise en œuvre de cette politique de « décriminalisation/dépénalisation », accompagnée d'un renforcement des actions de prévention et de soins, entraînerait un transfert de responsabilité du domaine judiciaire vers les autorités sanitaires et l'ensemble de la société. Cette évolution est déjà en cours et justifie la nécessité de cette « décriminalisation/dépénalisation ».

En adaptant ainsi le droit français à la réalité sociale, le législateur ferait preuve de pragmatisme. La recherche de solutions apaisées et responsables contribuerait à « réduire les passions et les craintes que les drogues suscitent pour en faire un objet politique normal »⁶³⁴. Ce processus permettrait de favoriser une approche plus équilibrée et effective dans la gestion des problématiques liées aux drogues.

De manière synthétique, la CNCDH émet les recommandations suivantes, tout en soulignant l'importance cruciale de la prise en charge des addictions dans la société contemporaine. Ainsi, la Commission préconise d'intégrer le concept d'addiction dans le Code de santé publique afin d'afficher clairement la priorité de la société à lutter contre ces phénomènes. Une telle réforme requiert, en premier lieu, une définition précise de l'addiction dans la loi, permettant ainsi une réponse globale et cohérente.

Par ailleurs, une restructuration de la troisième partie du Code de la santé publique s'avère indispensable pour une distinction nette entre les maladies et les dépendances, une distinction que le Code actuel ne réalise pas de manière adéquate. Cette révision devrait également inclure l'abandon de la classification par produits, optant plutôt pour une organisation du Code autour des divers comportements pris en charge, qu'ils soient problématiques ou non, et des différents axes des politiques publiques, notamment la prévention, la lutte contre la publicité excessive et l'accompagnement sanitaire et social.

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) insiste fermement sur la nécessité impérieuse de repenser la législation actuelle en matière de lutte contre les addictions. Pour garantir une meilleure intelligibilité de la loi pénale et renforcer la

⁶³⁴ (A.) Ehrenberg, « Drogues : qu'interdit-on ? Qui soigne-t-on ? Que punit-on ? », in *Le Monde*, 30 septembre 1997.

cohérence du message législatif, la CNCDH préconise le regroupement des comportements sanctionnés pour des motifs de santé publique dans un titre spécifique du Code pénal, plutôt que de les disséminer au sein du Code de la santé publique.

Par ailleurs, la CNCDH souligne l'urgence de mettre en place une politique globale de lutte contre les addictions, indispensable pour favoriser une véritable politique de prévention. Cette politique doit reposer sur une diffusion accessible et généralisée des connaissances scientifiquement étayées concernant les produits psychoactifs et leurs dangers potentiels, dans le but de construire un socle commun de connaissances transcendant les barrières générationnelles, sociales, culturelles et professionnelles.

De plus, il est essentiel que les autorités publiques définissent clairement les objectifs de la prévention, en tenant compte des différents schémas de consommation et des usages variés (occasionnel, régulier, à risque ou nocif). La prévention ne saurait se limiter à décourager l'initiation à la consommation, mais doit également viser à empêcher la transition d'un usage occasionnel à un usage nocif.

Pour répondre efficacement aux besoins de la population et réduire les effets néfastes des addictions, il est impératif d'adopter une approche proactive de la prévention. Cela implique de mettre en place une politique de prévention éclairée et adaptée, représentant une étape cruciale dans la promotion de la santé publique et le bien-être de la société dans son ensemble.

La CNCDH recommande également de transformer la Commission Interministérielle de Prévention des Conduites Addictives (CIPCA.) en une véritable structure de recensement et d'évaluation des actions de lutte contre les addictions. À long terme, cette commission devrait pouvoir fournir un répertoire national des programmes validés ou labellisés, que la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) serait chargée de promouvoir. Pour atteindre cet objectif, il est primordial de renforcer les ressources humaines et financières de la CIPCA.

Enfin, pour garantir la cohérence des politiques de prévention et des mesures mises en place, il est nécessaire de définir clairement les rôles de chaque autorité publique et d'harmoniser la coordination de leurs actions. Dans cette optique, la prévention doit être abordée sous l'angle des « programmes » structurés dans la durée, visant des objectifs comportementaux spécifiques, tels que retarder l'âge de la première expérience.

Par conséquent, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) préconise vivement un renforcement substantiel de la coordination entre les différents acteurs impliqués dans ces initiatives, qu'ils opèrent à l'échelon national, régional ou au sein de la société civile. Elle avance également la proposition que les appels à projets lancés par les agences régionales de santé soient rigoureusement alignés sur la politique nationale de prévention définie par la MILDECA, dans le but d'assurer une cohérence globale et de contrecarrer les phénomènes de mode.

De plus, la CNCDH considère crucial que la conception des stratégies de prévention des usages de drogues, financées par les Agences Régionales de Santé dans le cadre des projets régionaux de santé, soit étroitement coordonnée avec la MILDECA. Une telle démarche favoriserait une approche harmonisée et synergique, renforçant ainsi l'efficacité globale des actions de lutte contre les comportements addictifs à la fois à l'échelle nationale et régionale.

À terme, la CIPCA doit pouvoir mettre à disposition des acteurs de la prévention un répertoire national des programmes positivement évalués ou labellisés que la MILDECA aura vocation à promouvoir. Pour ce faire, la CNCDH recommande de renforcer les moyens humains et financiers de la CIPCA. Afin d'assurer la cohérence de la politique de prévention et des actions mises en œuvre, la CNCDH souligne l'importance de soigneusement identifier les rôles des différentes autorités publiques et de définir la coordination de leurs actions (MILDECA, CIPCA, Agence de santé publique, *etc.*). La CNCDH propose d'envisager la prévention sous l'angle de « programmes » de prévention, c'est-à-dire un ensemble structuré d'actions, construit dans la durée, ayant pour finalité un objectif comportemental explicite (comme par exemple de retarder l'âge de la première expérimentation). À ce titre, elle invite à renforcer la coordination entre les différents acteurs intervenant dans une même action (autorités nationales, régionales, société civile, *etc.*).

La CNCDH suggère que les appels à projets des agences régionales de santé soient en adéquation avec la politique de prévention définie au niveau national par la MILDECA, afin d'assurer une cohérence globale et d'éviter les « effets de mode ». La définition des actions de prévention des usages de drogues, financés par les ARS dans le cadre des projets régionaux de santé, devrait être coordonnée avec la MILDECA.

La CNCDH recommande la mise à disposition de brochures à destination d'un large public, de façon systématique, dans les cabinets médicaux, les maisons de santé, les services

médico-sociaux, les missions locales, *etc.*, afin de sensibiliser au mieux sur les dangers liés à la consommation de produits psychoactifs et sur les structures d'information, de conseil et d'accompagnement. La CNCDH propose d'assurer la publicité la plus large possible au site internet et au numéro vert de « Addictions drogues alcool info service », service national d'information et de prévention sur les drogues et les dépendances.

S'agissant des adolescents, afin de retarder l'apparition éventuelle de l'expérience à risque et pour en éviter la banalisation des effets, la CNCDH suggère de mettre en place une politique de prévention qui repose sur le développement des compétences psychosociales. L'information auprès des jeunes devrait donc être accompagnée d'interventions visant un renforcement de leurs compétences psychosociales et de l'affirmation de soi. Pour la mise en œuvre des programmes de prévention en milieu scolaire, la CNCDH recommande de s'appuyer sur les programmes qui ont fait leurs preuves à l'étranger (sans négliger la question de la transférabilité au contexte français). Ces programmes doivent être inscrits dans l'ensemble du parcours scolaire et de l'apprentissage professionnel et être adaptés à chaque niveau. La CNCDH propose par ailleurs le développement de la prévention par les pairs.

La CNCDH suggère la généralisation des formations au repérage d'élèves consommateurs de produits psychotropes et à l'accompagnement d'élèves consommateurs, à toutes les académies et à l'ensemble des professionnels en relation avec la jeunesse (enseignants, personnels de la médecine scolaire, assistants de service social, éducateurs, animateurs, *etc.*).

Parce qu'il est indispensable que l'appui aux familles devienne un des axes prioritaires de développement d'une politique de prévention des addictions, la CNCDH invite à informer régulièrement les parents sur les dommages liés aux consommations précoces, sur l'évolution des modes de consommation chez les jeunes et sur les codes « marketing » qui leur sont destinés et qui visent à promouvoir la consommation. Cette information doit être accompagnée de repères et de conseils pratiques sur la manière de communiquer avec les adolescents. Pour les familles les plus vulnérables, des dispositifs de soutien individualisés (accompagnement des parents, assistance sociale, soutien scolaire, *etc.*) pourraient être mis en place.

Pour le milieu professionnel, la CNCDH propose, dans le cadre du plan « santé au travail 2016-2020 », qui fait de la prévention des pratiques addictives une priorité, d'inciter les entreprises à mettre en place des actions de prévention et d'information. Il convient ainsi

d'informer et de consulter le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), ou à défaut les délégués du personnel en lien avec la médecine du travail.

La CNCDH rappelle qu'en matière de prévention, l'engagement de l'État devrait se traduire par la mise à disposition de moyens financiers adaptés. Afin de pallier les carences que connaît actuellement la formation des professionnels de santé, la CNCDH propose le renforcement de la formation médicale, initiale et continue, en addictologie. Ce renforcement suppose de :

- consolider l'enseignement de l'addictologie dans les études de médecine, de pharmacie et de soins infirmiers ;
- favoriser la validation des acquis de l'expérience en addictologie.

La CNCDH considère qu'il est nécessaire d'accroître la collaboration entre toutes les structures impliquées dans la prise en charge des patients, afin de structurer l'offre de soins à partir des besoins du patient. À cet effet, elle préconise le développement de « réseaux addictions » dotés d'une triple mission. La première et principale mission consiste à coordonner les parcours de soins entre tous les acteurs médico-psychosociaux d'un territoire donné autour de la situation du patient. Le réseau facilite les échanges entre les professionnels sur leurs pratiques et coordonne leurs actions. Sa parfaite connaissance de l'offre de soins disponible sur le territoire lui permet d'éviter les ruptures dans la prise en charge et d'accompagner le patient dans la transition d'une structure à l'autre. La seconde mission du réseau consiste en l'appui et la formation des professionnels de soins, par exemple, par l'apport d'une expertise ou d'une documentation. Enfin, le réseau peut ponctuellement avoir une mission d'accompagnement dans la mise en œuvre de nouvelles pratiques professionnelles, telle que la primoprescription de méthadone en médecine de ville.

La CNCDH invite à renforcer la politique de prévention concernant la prise en charge spécifique des femmes enceintes et mères toxicomanes. Elle suggère que le suivi de ces dernières soit fait par une équipe pluridisciplinaire qui mette en place, sous réserve du consentement de l'intéressée, un cadre thérapeutique qui prenne en compte à la fois le paramètre de la grossesse et celui de la toxicomanie. L'articulation des actions des professionnels est indispensable afin de réunir toutes les conditions pour un meilleur avenir de la mère et de l'enfant, et repérer au mieux toutes situations de cas d'enfant en danger.

Afin de renforcer l'accessibilité géographique des établissements médico-sociaux, notamment dans les territoires ruraux, et de remédier aux disparités territoriales, la CNCDH, dans la continuité du rapport « Reynaud »⁶³⁵, préconise de planifier le maillage territorial à partir d'un schéma régional d'addictologie inclus dans les plans régionaux de santé.

La CNCDH propose de développer l'offre de soins résidentiels, afin de répondre pleinement aux besoins des usagers dépendants. Pour garantir l'accès et la continuité des soins, la CNCDH recommande la mise en œuvre d'une coordination spécifique des soins des addictions en milieu carcéral. Il conviendrait ainsi d'améliorer la visibilité et le rôle des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référents en milieu pénitentiaire.

La CNCDH incite au développement et la sécurisation des programmes d'échanges de seringues :

- en instaurant la gratuité des kits ;
- en encourageant les programmes d'échange de seringues dans les pharmacies d'officine ;
- en expérimentant les programmes d'échange de seringues en milieu carcéral, ce que permet théoriquement l'article 41 de la loi santé du 26 janvier 2016, sous réserve qu'un décret en Conseil d'État en détermine les modalités d'application.

⁶³⁵ Le 7 juin 2013, le Professeur Michel Reynaud, du centre hospitalier Paul Brousse, a remis à Mme Jourdain-Menninger, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), le rapport collectif qu'il a présidé et coordonné sur les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour les réduire. La Fédération Addiction, représentée par ses administrateurs et adhérents, a contribué à l'élaboration de ce document. Les experts reconnaissent que la consommation de drogues est une réalité inévitable dans la condition humaine et qu'il serait illusoire de vouloir l'éliminer complètement. Par conséquent, l'enjeu principal est de mettre en place une politique pragmatique de réduction des dommages associés aux drogues. Le rapport préconise une meilleure harmonisation législative entre drogues licites et illicites, soulignant que la focalisation excessive sur la pénalisation du cannabis tend à sous-évaluer les dommages causés par l'alcool chez les jeunes. Il recommande également d'augmenter les taxes sur le tabac et l'alcool, ainsi que de renforcer le contrôle du marketing de ces produits. En matière de prévention, des actions ciblées sont proposées pour les jeunes, les femmes et les populations précaires. Le Professeur Reynaud suggère la tenue d'États-généraux des addictions pour élaborer une loi d'orientation, appelant alors le président François Hollande à faire de cette lutte une priorité. Le prochain plan gouvernemental de lutte contre la drogue, les addictions et les dépendances, préparé par la MILDT, sera publié en juillet 2013 et s'inspirera largement des recommandations de ce rapport, en mettant toujours un accent particulier sur les jeunes.

En matière de traitement de substitution aux opiacés (TSO), la CNCDH invite les pouvoirs publics à :

- former les médecins à la prescription et à l'accompagnement des TSO ;
- étendre la primoprescription de la méthadone, actuellement réservée aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et aux structures hospitalières, à la médecine de ville ;
- former les pharmaciens en officine et les inciter à la délivrance des TSO ;
- développer l'offre de produits de substitution (variété de produits et des modes d'administration).

La CNCDH propose aux autorités de développer des programmes et des actions de réduction des risques et des dommages destinés à des publics actuellement peu pris en compte, comme les jeunes, les femmes, les personnes privées de liberté, les migrants, les seniors, *etc.*

De plus, La CNCDH estime que le dispositif des salles de consommation à moindre risque pourrait être élargi, notamment en ouvrant des espaces de consommation à moindre risque au sein des lieux existants (CAARUD et CSAPA), afin de favoriser l'orientation vers l'accompagnement et les soins.

La CNCDH suggère la mise à disposition large de la naloxone dans les structures de proximité avec les usagers de drogues les plus à risque d'overdoses mortelles (CAARUD et associations d'usagers), à un prix accessible dans le cadre d'un dispositif financé.

La CNCDH demande aux pouvoirs publics de mener au sein des Nations Unies une action claire visant l'abrogation des dispositions contenues à l'article 3.2 de la convention de 1988 incitant les États à sanctionner les personnes qui consomment des substances classées en dehors des usages médicaux.

La CNCDH rappelle aux pouvoirs publics l'importance de soutenir une réforme de la gouvernance et des modalités de fonctionnement de l'OICS afin que les États puissent garantir à leur population un accès aux médicaments essentiels et de soulagement de la douleur. La demande au gouvernement français de faire en sorte que le processus préparatoire de

« l'UNGASS 2019 » soit inclusif et transparent. Elle appelle donc les autorités françaises à prendre en compte les propositions de la société civile et à travailler en partenariat avec elle. À savoir :

- en amont, la consultation des experts de la société civile, des ONG, des professionnels et des associations d'usagers lors de la préparation du positionnement de la France, à toutes les étapes (à la fois lors des réunions préparatoires à New York, mais aussi lors des réunions à Vienne au sein de la CND) ;

- au moment de l'UNGASS, permettre l'intégration effective de représentants de la société civile dans la délégation officielle française.

La CNCDH invite la diplomatie française à faire en sorte que cette réunion prenne réellement la forme d'un « débat large et ouvert, qui prenne en compte toutes les options possibles »⁶³⁶.

La CNCDH recommande la décriminalisation du seul usage des produits cannabiques dont la spécificité est pointée par de nombreux rapports et études. Pour les autres produits stupéfiants, la CNCDH préconise la transformation du délit d'usage en contravention de cinquième classe. En complément, elle suggère de modifier le Code pénal, en insérant un article 131-15-2. Pour toute contravention de la cinquième classe sanctionnant l'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants (hors cannabis), cet article prévoira que la juridiction peut prononcer, à la place de la peine d'amende, l'orientation vers une structure sanitaire ou sociale, l'obligation de suivre un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants, ou une injonction thérapeutique. Cette dépénalisation s'accompagnerait du maintien des incriminations existantes pour des infractions particulières : délits en matière d'infraction au Code de la route (conduite sous influence) ou au Code du travail (postes de sécurité), crimes ou délits en matière de trafic. Elle ne modifierait pas non plus les incriminations existantes en matière de production, distribution et vente de stupéfiants.

La CNCDH invite à l'organisation d'une vaste conférence de consensus, associant experts, société civile organisée, responsables politiques et usagers pour présenter cette

⁶³⁶ Avis de la Commission nationale Consultative des Droits de l'Homme, *Usage de drogues et droits de l'Homme*, 8 novembre 2016.

modification législative importante, en discuter les modalités et en renforcer l'acceptabilité sociale.

Section III. Le recours possible à de nouvelles alternatives

Les bilans particulièrement négatifs des politiques répressives qui ont été évoqués précédemment⁶³⁷ ne laissent pas d'autres choix que la recherche d'autres solutions pour réduire les dangers liés à la consommation des drogues. Cette réduction doit passer par l'arrêt des consommations ou lorsque cela n'est pas possible, par leur encadrement par des principes humanitaires accompagnant des préoccupations de santé publique. Puisque la stigmatisation des usagers et la répression de l'usage de drogues entraînent des effets pervers, il semble donc nécessaire de légaliser la consommation de toutes les drogues. En effet, certains voudraient légaliser uniquement le cannabis, car ce dernier jouit d'une image plus positive, presque d'innocuité. Mais il n'en est rien : quelle que soit la drogue, des dangers existent. De plus, le produit n'est pas le seul élément à retenir. Les éléments concourant à la consommation de drogues ont été analysés. Il faut donc travailler sur eux et les réduire le plus possible, arrêter la répression et les discriminations dont sont victimes les usagers de drogues.

Cette nouvelle politique de santé publique en direction des usagers de drogues devra donc d'abord leur restituer leurs droits fondamentaux **(I)**. Par ailleurs, les sciences permettent aujourd'hui de mieux comprendre les phénomènes de consommations problématiques et aideront donc à l'émergence de propositions **(II)**. L'expérience du « Rat Park » invite ainsi à adopter une solution inclusive **(III)**. En effet, le travail en groupe dans la compassion, l'entraide et la bienveillance est un des outils du succès des « Narcotiques Anonymes » **(IV)**. Nous pourrions ensuite proposer les mesures les plus utiles à mettre en place **(V)**.

I. L'approche juridique : défendre les droits fondamentaux et les libertés publiques des usagers de drogue

L'argumentation développée par la CNCDH ne sera pas reprise. Nous ne reprendrons pas non plus les développements antérieurs déjà développés sur cette thématique. Ici, nous souhaitons nous interroger sur la portée des condamnations à des peines privatives de liberté issues de cette législation répressive. La France a choisi de faire de l'usage de drogue une infraction pénale, un délit et donc un acte susceptible d'encourir jusqu'à 10 ans

⁶³⁷ Voir notre Chapitre II. L'échec patent de ces politiques publiques.

d'emprisonnement⁶³⁸. Cela n'est pas une réponse adaptée aux usagers de drogues. L'emprisonnement est l'aveu de l'échec de la gestion des addictions par les pouvoirs publics. Examinons les conditions dans lesquelles une condamnation à une peine privative de liberté pour usage de stupéfiants va s'exécuter.

En premier, il convient d'évoquer la condamnation de la France concernant l'état de ses prisons par un arrêt de la CEDH en date du 30 janvier 2020. L'indignité des conditions de détention dans de nombreux établissements pénitentiaires français, en particulier les maisons d'arrêt, mais également certains établissements pour peine, est dénoncée régulièrement depuis de nombreuses années. La surpopulation chronique, la vétusté, l'insalubrité, l'hygiène défaillante, l'absence d'intimité générant violences et tensions, le manque d'activités, sont notamment les maux dénoncés. À ce jour, trente-cinq établissements pénitentiaires en France ont été identifiés par la justice comme exposant les personnes détenues à des traitements inhumains ou dégradants.

Par ailleurs, la France a été condamnée à dix-sept reprises par la Cour européenne des droits de l'Homme en raison de conditions de détention violant l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme, qui interdit la torture et les traitements inhumains ou dégradants. Ces condamnations portent sur les conditions matérielles de détention, les manquements aux soins médicaux et les lacunes dans la prise en charge des personnes détenues ayant mis fin à leurs jours en prison.

Dans cette décision historique prononcée le 30 janvier 2020, la Cour européenne des droits de l'Homme a condamné la France pour des conditions de détention qu'elle a qualifiées d'inhumaines et dégradantes dans six établissements pénitentiaires. Elle a également exhorté la France à prendre des mesures générales pour résoudre de manière définitive le problème de la surpopulation qui affecte gravement les prisons françaises. Cette décision fait suite à une campagne contentieuse menée pendant cinq années par l'OIP⁶³⁹.

⁶³⁸ Art. 222-37 du Code pénal.

⁶³⁹ Observatoire International des Prisons.

À la suite de cet arrêt, la Cour de cassation⁶⁴⁰ a affirmé que des conditions indignes de détention sont susceptibles de justifier la remise en liberté de la personne détenue. Le Conseil constitutionnel, quant à lui, a déclaré inconstitutionnelle l'absence de recours judiciaires permettant de mettre un terme aux atteintes à la dignité résultant des conditions d'une détention, qu'elle soit provisoire ou non. Par la suite, la loi n°2021-403 du 8 avril 2021, tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention, a inséré dans le Code de procédure pénale un article 808-8 créant une nouvelle voie de recours, devant le juge des libertés et de la détention ou le juge de l'application des peines, afin de préserver ce droit.

Dans les affaires traitées par le parquet en 2019, 50 % des usagers ont entre 18 et 25 ans. Avec un tel début dans la vie, l'avenir paraît quelque peu compromis. La quasi-totalité sont des hommes et 98,2 % des affaires traitées font l'objet d'une réponse pénale. En 2018, un tiers des condamnations sont pour usage, un tiers pour trafic et 2/3 pour usage et trafic. Pour cette même année, 80 % des usagers sont des récidivistes. Cela semble logique pour une addiction qui n'est la plupart du temps pas traitée et à laquelle aucune réponse autre que pénale n'est apportée. L'emprisonnement ne doit pas améliorer l'état psychologique de l'usager.

En général, les peines privatives d'emprisonnement s'avèrent assez peu nombreuses pour le simple usage. La peine d'amende est très majoritaire en 2018. Toutefois, il s'agit toujours d'une peine pénale. Elle fait notamment l'objet d'une inscription au casier judiciaire. Cette inscription est stigmatisante et n'aide pas à la réinsertion sociale et professionnelle. Les peines privatives de liberté ne sont pas du tout adaptées aux usagers de drogues. Il suffit pour s'en convaincre d'avoir en tête le slogan de la campagne de « Fédération Addiction » relative à une proposition de loi qui indiquait : « Une banane pour planter un clou ? Aussi efficace qu'une peine de prison pour soigner une addiction »⁶⁴¹.

⁶⁴⁰ Cass.crim., 8 juillet 2020.

⁶⁴¹ Lors de la journée internationale « Support. Don't punish », organisée le 26 juin 2023, militants et associations ont défendu dans plusieurs pays des réformes visant à favoriser l'accès aux programmes de réduction des risques et à lutter contre la répression ou les discriminations liées à l'usage de drogues. À cette occasion, le « Collectif pour une nouvelle politique des drogues » (CNPDP), constitué d'une quinzaine d'organisations dont la « Fédération Addiction », lancera un appel à signer une pétition déposée sur le site internet de l'Assemblée nationale pour proposer une loi visant à mettre un terme aux sanctions prévues pour simple consommation de drogues (voir annexe I).

Dans un langage plus juridique⁶⁴², il convient d'évoquer le principe de la nécessité et de la proportionnalité de la peine. Celui-ci puise ses origines dans l'article 8 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 : « les lois ne doivent établir que des peines strictement et évidemment nécessaires ». Ainsi, le Conseil constitutionnel, même s'il estime qu'il n'est pas juge de l'opportunité des incriminations ou de l'importance de la peine (sauf cas d'erreur manifeste), exerce son contrôle sur toute sanction ayant le caractère de punition⁶⁴³ et même sur les modalités d'exécution des peines relevant de la décision de la juridiction de jugement⁶⁴⁴. Selon lui, l'exécution des peines privatives de liberté en matière correctionnelle et criminelle a été conçue, non seulement pour protéger la société et assurer la punition du condamné, mais aussi, pour favoriser l'amendement de celui-ci et préparer son éventuelle réinsertion.

Ce principe de nécessité et de proportionnalité de la peine trouve un écho dans l'article 3 de la CESDH⁶⁴⁵ relatif à l'interdiction des peines afflictives et infamantes (comme la déportation ou les travaux forcés). Sur la base de ce texte, la Cour européenne des droits de l'Homme n'a pas hésité à opérer un contrôle de proportionnalité des peines. Il en a été ainsi, par exemple, à propos de la « perpétuité réelle »⁶⁴⁶. La Cour de cassation a développé une jurisprudence aux termes de laquelle celle-ci s'assure de l'adéquation de la sanction prononcée au regard de l'atteinte portée au droit ou à la liberté impactés par ladite sanction⁶⁴⁷.

De plus, le principe d'individualisation (ou de personnalisation) de la peine⁶⁴⁸ autorise le juge à adapter la sanction au regard de la personne du condamné et des circonstances de l'infraction. Cette philosophie de la peine, qui repose sur les principes de nécessité et de

⁶⁴² (O.) Bachelet, *Cours de droit pénal général*, Paris, Ed. Groupe ISP, 2024, 325 p.

⁶⁴³ Cf. décision du 30 décembre 1987.

⁶⁴⁴ Cf. décision du 3 septembre 1986.

⁶⁴⁵ Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme.

⁶⁴⁶ Cf. CEDH, 11 avril 2006, Léger c/France.

⁶⁴⁷ Comme par exemple à propos du droit au respect de la vie privée (voir Cass. Crim, 31 janvier 2017). Ou encore la peine d'inéligibilité et du droit à la liberté d'expression (voir Cass. Crim., 1^{er} février 2017).

⁶⁴⁸(O.) Bachelet, *Cours de droit pénal général*, Paris, Ed. Groupe ISP, 2024, 325 p.

proportionnalité, a une valeur constitutionnelle⁶⁴⁹ et suppose que la justice pénale ne se cantonne pas au seul acte infractionnel commis. Ce principe est aujourd'hui, à la suite de l'entrée en vigueur de la loi du 15 août 2014, expressément énoncé par l'article 130-1 du Code pénal aux termes duquel, « afin d'assurer la protection de la société, de prévenir la commission de nouvelles infractions et de restaurer l'équilibre social, dans le respect des intérêts de la victime, la peine a pour fonction 1) de sanctionner l'auteur de l'infraction ; 2) de favoriser son amendement, son insertion ou sa réinsertion ». Ces règles relatives au prononcé de la peine sont également applicables au stade de son exécution puisque l'article 707 du Code de procédure pénale précise désormais, que « le régime d'exécution des peines privatives et restrictives de liberté [...] est adapté au fur et à mesure de l'exécution de la peine, en fonction de l'évolution de la personnalité et de la situation matérielle, familiale et sociale de la personne condamnée, qui font l'objet d'évaluations régulières ».

Sanctionner l'usage de drogue par de la prison n'apparaît donc pas adaptée. La suppression de la peine privative de liberté en matière d'usage de stupéfiants aurait ainsi l'immense vertu de désengorger les prisons françaises qui en ont un besoin pressant.

II. L'approche scientifique : Les progrès des sciences humaines et dures en matière d'usage de drogues

« Telle qu'elle nous est imposée, notre vie est trop lourde, elle nous inflige trop de peines, de déceptions, de tâches insolubles. Pour la supporter, nous ne pouvons nous passer de sédatifs (...) Ils sont peut-être de trois espèces : d'abord de fortes diversions, qui nous permettent de considérer notre misère comme peu de chose, puis des satisfactions substitutives qui l'amointrissent, enfin des stupéfiants qui nous y rendent insensibles. L'un ou l'autre de ces moyens nous est indispensable »⁶⁵⁰.

Aux diversions, Freud associe le travail scientifique, aux satisfactions substitutives, l'art ou la religion, et à l'insensibilité les stupéfiants. Nous avons vu que la plupart des lois se contentaient d'être l'encadrement juridique d'un fléau social mis en lumière par les médias sous l'impulsion de l'exécutif investi de sa mission de protéger la population. Il s'en est suivi des textes votés dans l'urgence, sans débat public et sans tenir compte, de dernières recherches

⁶⁴⁹ Cf. décisions du 22 juillet 2005 et du 10 mars 2011.

⁶⁵⁰ (S.) Freud, *Malaise dans la civilisation*, Paris, Ed. PUF, Coll. Bibliothèque de Psychanalyse, 1979, 107 p.

scientifiques. Il est vrai que les statistiques dont disposaient les gouvernants au moment de l'élaboration des principaux textes étaient le plus souvent des statistiques des ministères de l'Intérieur ou de la Justice. Ceux-ci ne traduisent alors que les préoccupations sécuritaires de l'exécutif. Or il est important que les politiques publiques soient aussi le reflet de l'évolution de la connaissance scientifique sur l'objet de leur législation : c'est-à-dire l'usage des drogues⁶⁵¹.

Ainsi, dans le premier texte de 1845, il est fait référence aux « substances vénéneuses », que le sujet ne réserve pas à son usage personnel, mais pour l'administrer à un tiers afin de commettre un assassinat⁶⁵². De nombreuses affaires concernent des personnalités proches du Roi et représentent un péril pour l'État⁶⁵³. D'où la nécessité d'une pénalisation sévère. À partir de 1916, lorsqu'on se détache des substances vénéneuses pour les stupéfiants, on entre dans la toxicomanie. Il s'agit alors du domaine de la maladie, celle de la dépendance. Cela n'a plus rien à voir avec l'atteinte à la sûreté de l'État. Or la sévérité des réponses est restée ou s'est aggravée. Ainsi, l'empoisonnement de l'article 221-5 du Code pénal est une infraction formelle c'est-à-dire qui est constituée quelque soit le résultat de l'administration de « substances de nature à entraîner la mort ». Il est puni de trente ans de réclusion criminelle voire la perpétuité en présence de certaines circonstances aggravantes. Une période de sûreté est prévue par ce même article.

La toxicomanie combine les deux approches : la maladie (ou « manie ») et la substance (« toxic »). Ainsi en est-il du tout dernier texte de 2020 sur la légalisation du « cannabis thérapeutique ». Le cannabis y est au cœur du texte, mais seulement à but thérapeutique. Pour le psychiatre Claude Olievenstein, fondateur de la toxicomanie, la pathologie est pensée comme une relation tripartite entre un individu, un produit et un environnement (ou milieu socioculturel)⁶⁵⁴. Ce schéma apparaît comme une synthèse pluridisciplinaire (« biopsychosociale »), permettant de ne pas s'enfermer dans une conception trop étroite de la

⁶⁵¹ Cette idée est bien décrite dans l'article de (N.) Fortané « La carrière des « addictions », d'un concept médical à une catégorie d'action publique », in *Revue Genèses*, 2010/1 n° 78, pp. 5-24.

⁶⁵² Voir supra le passage sur le tort fait à autrui et le tort fait à soi-même : notre Chapitre II, section V.

⁶⁵³ (G.) Mongrédien, *Madame de Montespan et l'Affaire des Poisons*, Paris, Ed. Hachette, 1968, 222 p, (C.) Quézel, *L'Affaire des Poisons. Crime, sorcellerie et scandale sous le règne de Louis XIV*, Paris, Ed. Tallandier, 2021, 320 p.

⁶⁵⁴ (C.) Olievenstein, *La drogue ou la vie*, Paris, Ed. Laffont, 1983, 260 p.

maladie. Elle est aussi une condition rendant possible l'affranchissement de la tutelle psychiatrique par l'affirmation d'une spécificité des troubles de la dépendance.

Lorsque le docteur Olievenstein fonde en 1971 l'hôpital Marmottan à Paris, il se heurte à l'opposition de la quasi-totalité de ses confrères. Ces derniers voyaient chez le toxicomane un délinquant qu'il fallait sauver à tout prix même malgré lui en lui demandant d'être abstinent. Avec ce praticien, il n'est pas question de « faute », « d'erreur à réparer », ou « d'engagement moral » à prendre pour s'en sortir un jour. Depuis le milieu des années 80, le terme d'addiction est utilisé et non plus celui de toxicomanie, ce qui porte davantage l'attention du côté de l'utilisateur et de son comportement. En effet, « to be an addict to » signifie « se donner à », ce qui importe une dimension d'activité et un sens différent des mots français comme le terme dépendance qui apparaît plus passif. On parle enfin aujourd'hui de conduites addictives renvoyant ainsi au fameux « triangle » du docteur Olievenstein. On passe désormais de la maladie à l'addiction. En 2014, « la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie » devient ainsi « la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives ».

Avec les addictions et les conduites addictives, on dépasse alors le seul champ de la maladie pour aller vers une appréhension biopsychosociale. Enfin, dans l'addictologie, on quitte les causes pour s'attacher aux conséquences. Ainsi le « DSM 3 »⁶⁵⁵ de 1980 ne parle plus de maladies mentales (comme cause), mais de troubles mentaux (comme conséquences).

Dans l'un de ses articles⁶⁵⁶, Jean Maisondieu met en évidence que dans la maladie, la volonté du patient n'a finalement que peu de place. Mais dans les addictions, il y a à l'origine une décision de la personne « addict ». Dans certains cas, la liberté du sujet pourrait être discutée. Ainsi, c'est en raison d'un acte volontaire que la commission d'une infraction sous l'emprise de stupéfiants est une circonstance aggravante. Mais nous avons vu également que

⁶⁵⁵ Le manuel *Diagnostique et statistique des troubles mentaux* (également désigné par le sigle DSM, abréviation de l'anglais : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) est un ouvrage de référence publié par « l'Association américaine de psychiatrie » (American Psychiatric Association ou APA) décrivant et classifiant les troubles mentaux. Le manuel conçu initialement à partir des statistiques collectées depuis des hôpitaux psychiatriques est depuis diffusé par l'armée de terre des États-Unis. Il a radicalement été révisé en 1980 et sa dernière édition date de 2013.

⁶⁵⁶ (J.) Maisondieu « Les addictions ne sont pas seulement des maladies », in *Revue Dépendances*, n°59, janvier 2017, pp. 12-14.

l'addiction s'accompagne d'aliénation. Jean Maisondieu nous invite alors à retrouver le sujet derrière l'addiction :

« Dans cette affaire, tout le monde est partie prenante du fait de la circularité des interactions dans les relations interindividuelles, mais c'est parce qu'on ne tient pas trop à comprendre ses agissements que l'addiction est désignée comme le seul fauteur de trouble. Et pour ne pas parler de ces sentiments encombrants, on parle de maladie (...) De plus, personne n'est véritablement convaincu qu'une maladie explique l'étrangeté de son comportement. C'est pour cela qu'on a imaginé la notion d'addiction. Mais comme si, en fin de compte, l'addiction n'était qu'une maladie un peu particulière dont l'explication dernière serait la dépendance »⁶⁵⁷.

Et l'auteur ajoute qu'à vouloir faire disparaître les symptômes de cette maladie, on risque de chroniciser son addiction⁶⁵⁸. C'est pour cela qu'il importe plus que tout de retrouver le sujet aliéné qui se cache derrière le malade, objet des soins. Toutefois, cette notion de maladie a la vie dure et la MILCA, pour définir l'addiction, reprend aujourd'hui la formule de l'Institut Nord-Américain des drogues, le « National Institute of Drug Abuse (NIDA) » : l'addiction est une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsif de drogues, malgré la connaissance de ses conséquences nocives. À sa suite, « l'American Society of Addiction Medicine » (ASAM) précise⁶⁵⁹ :

« Cette maladie est liée au dysfonctionnement du cerveau et non aux drogues. Elle est neurologique et non liée à des facteurs externes (...) Fondamentalement, l'addiction n'est pas seulement un problème social, moral ou criminel. C'est un dysfonctionnement cérébral qui a des répercussions dans ces différents domaines (...) Elle n'est pas la conséquence d'autres causes telles que les problèmes émotionnels ou psychiatriques. Pour le dire simplement l'addiction n'est pas un choix »⁶⁶⁰.

Le docteur David Kupfer, président au sein de « l'American Psychiatrique Association » d'un groupe de travail pour le « DSM-5 » ajoute :

« l'addiction pourrait très bien être un trouble cérébral chronique, et non simplement un trouble comportemental (...). La seule façon de mettre un terme à la stigmatisation est de continuer de montrer encore et encore, et espérons avec davantage de preuves scientifiques que ces troubles

⁶⁵⁷ *Ibidem.*

⁶⁵⁸ C'est-à-dire « rendre chronique son addiction ».

⁶⁵⁹ ASAM, *L'addiction une maladie du cerveau*, Flyer N°46, Février 2012, 26 p.

⁶⁶⁰ *Ibidem.*

ne sont pas différents des pathologies déjà traitées dans les disciplines médicales. La nouvelle définition va aider en ce sens »⁶⁶¹.

Le diagnostic de l'addiction (ou dépendance) repose sur des critères spécifiques établis par des instances internationales de santé mentale et répertoriés dans un manuel : le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM). Ces critères incluent la perte de contrôle de soi, l'impact de la consommation sur les activités scolaires et professionnelles, ainsi que la persistance de la consommation malgré la reconnaissance des problèmes engendrés. Pour poser un diagnostic, les professionnels de la santé se basent sur deux grandes classifications :

- Le manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM 5) créé par « l'American Psychiatric Association » en 2013 et qui comprend 11 critères⁶⁶². La dépendance et l'abus d'une substance sont regroupés sous l'appellation de « troubles liés à une substance ». Les différents stades présents dans le « DSM IV » (usage, abus, dépendance) ont disparu dans cette nouvelle classification. Cette dernière est à l'origine du décret du 11 mars 2014 modifiant les articles R.3411-11 et R.3411-13 du Code de la santé publique, qui étend le périmètre des missions de la MILDECA à l'ensemble des « conduites addictives », entérinant son intervention en matière de tabac, d'alcool et d'addictions sans substance.

- La classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10) créée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1993 qui utilise six critères⁶⁶³. L'Organisation

⁶⁶¹ *Ibidem.*

⁶⁶² Les 11 « Critères diagnostics » du « DSM 5 » de « l'American Psychiatric Association » sont les suivants : 1. Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (« craving »). 2. Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu. 3. Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu. 4. Augmentation de la tolérance au produit addictif. 5. Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu. 6. Incapacité de remplir des obligations importantes. 7. Usage même lorsqu'il y a un risque physique. 8. Problèmes personnels ou sociaux. 9. Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité. 10. Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu. 11. Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques. Présence de deux à trois critères : addiction faible. Présence de quatre à cinq critères : addiction modérée. Présence de six critères ou plus : addiction sévère.

⁶⁶³ Pour faire ce diagnostic, au moins trois des manifestations suivantes doivent avoir été présentes en même temps et au cours de la dernière année : 1. Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive. 2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation). 3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive comme en témoigne la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. 4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive (le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré). 5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets. 6. Poursuite de la consommation de la substance

Mondiale de la Santé parle de dépendance en lieu et place de l'addiction. Elle évoque le terme d'usage nocif, laissant sous-entendre qu'un usage non nocif est possible. La 10^{ème} Révision de la Classification statistique internationale (CIM-10) des maladies et des problèmes de santé définit le syndrome de dépendance comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique entraîne un désinvestissement progressif des autres activités.

Le psychiatre Alain Morel⁶⁶⁴ s'inscrit en faux par rapport à cette définition de l'addiction comme maladie. À ses yeux, l'addiction est bien plus qu'une maladie du cerveau⁶⁶⁵. Il dénonce une vision peu scientifique et essentiellement corporatiste des institutions « Nord-Atlantiques » :

« Certes, le dépendant malade n'est plus un pêcheur ou un délinquant, mais il est victime de son dysfonctionnement cérébral. Gagne-t-il vraiment au change ? En tous cas, pas en termes d'autonomie et de responsabilité sur lui-même, puisque le seul choix qui lui est consenti est quand il s'agit de demander de l'aide. (...) Il s'en suit une baisse de l'investissement des pédagogues et des éducateurs sur la prévention. Au moment où les conditions sociales et sociétales n'ont jamais été aussi addictogènes, certains voudraient ériger la médecine en seul vrai rempart »⁶⁶⁶.

Cantonner l'addiction à une maladie permet aux pouvoirs publics de s'affranchir de toute responsabilité sociale par rapport à l'usage de drogues. Par ailleurs, cette évolution de la connaissance scientifique du phénomène n'est pas traduite dans les textes relatifs à l'usage des stupéfiants. En effet, si l'encadrement législatif pénal se justifie lorsqu'il s'agit d'une substance vénéneuse utilisée par un assassin pour commettre le plus condamnable des meurtres (l'assassinat), il ne se justifie pas lorsque le sujet est malade et qu'il est la victime des

malgré ces conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

⁶⁶⁴ (A.) Morel est également le Directeur Général de « Oppelia » adhérente de la Fédération « Addiction ». C'est une association (loi 1901) ayant pour objet d'apporter une aide aux enfants, adolescents et adultes, ainsi qu'à leur entourage, qui rencontrent des difficultés sur le plan social, médico-social ou sanitaire, liées notamment à l'usage de substances psychotropes ou engagés dans des conduites à risques. Elle a également pour objet la recherche et le développement, la prévention, l'information et la formation d'intervenants, en particulier, dans le domaine de l'addictologie. « Oppelia » est agréée E.S.U.S. (Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale) pour une durée de 5 ans (jusqu'en avril 2026). Elle est composée de 19 structures médico-sociales réparties sur le même nombre de départements.

⁶⁶⁵ ASAM, *L'addiction une maladie du cerveau*, Flyer N°46, Février 2012, 26 p (Réaction du docteur (A.) Morel).

⁶⁶⁶ *Ibidem*.

trafiquants. Pour un malade, il n'y a qu'une seule réponse : la médecine, et pour une victime, la réparation des dommages au plan civil.

En effet, si l'addiction est une maladie, elle doit en toute logique être soustraite de la sphère pénale pour rejoindre la sphère médicale. Si on dépasse la conception de l'addiction comme une maladie pour une approche biopsychosociale, l'encadrement législatif doit être plus vaste, et surtout, cela renvoie aux responsabilités sociales des pouvoirs publics. Quelle que soit la définition qui est retenue de l'addiction, la réponse pénale actuelle n'est pas du tout adaptée. Elle est défailante, car elle s'est arrêtée à une compréhension du phénomène qui date du début du XX^{ème} siècle. C'est-à-dire une époque où on n'y comprenait d'ailleurs pas grand-chose et où il était facile et rassurant de se référer aux textes sur les substances vénéneuses de 1845 et de 1791. Il n'y avait alors pas d'études ni de statistiques décrivant le phénomène. Le législateur n'a pas intégré les progrès de la science. Il est resté sur une conception irrationnelle et fantasmée de l'usage des drogues.

Revenons à présent sur les fondements scientifiques de ce phénomène, qui est aujourd'hui mieux compris. Le concept du « triangle multifactoriel »⁶⁶⁷, développé par le Docteur Olivenstein, constitue un cadre d'analyse exhaustif pour appréhender la consommation de substances (englobant les produits avec et sans toxiques) dans sa globalité. Ce modèle tient compte à la fois de l'individu consommateur, de ses caractéristiques personnelles, de la nature du produit consommé et du contexte entourant cette consommation.

En examinant de manière circulaire ces différents facteurs, on parvient à une compréhension plus approfondie du consommateur et de la nature de son usage, qu'il soit problématique ou non. En combinant les trois dimensions du triangle, il devient possible d'évaluer si la consommation est abusive ou modérée, permettant ainsi d'estimer les risques associés. Ce modèle facilite également la détermination du motif sous-jacent à la consommation : s'agit-il d'une démarche expérimentale, festive, autothérapeutique ou d'une manifestation de toxicomanie ?

⁶⁶⁷ L'étude de ce « triangle multifactoriel » (le patient toxicomane, le produit et l'environnement) est notamment réalisée au sein de l'association « Alto » à l'occasion de différentes conférences. Il s'agit d'un projet belge de soutien aux pratiques de formation de médecins généralistes qui, au sein de leur pratique courante, accompagnent de patients usagers de drogues et leurs proches dans leur milieu familial, social, économique et culturel. Ce réseau se veut l'espace de rencontres et de formations où, par une réflexion critique sur les expériences cliniques de chacun, s'élabore un modèle d'accompagnement des usagers de drogues par les médecins généralistes.

En analysant minutieusement les facteurs de risque associés à chaque composante de ce triangle multifactoriel, il devient possible d'établir un « diagnostic » permettant de contextualiser la consommation. Il est crucial de reconnaître que cette consommation peut évoluer au fil du temps, sur un spectre s'étendant de l'abstinence à une consommation chronique, voire à la dépendance. Cette approche systémique nous permet de formuler des hypothèses sur la probabilité de progression vers la dépendance, ce qui nous permet d'adapter nos interventions en conséquence. Ces interventions peuvent varier, allant de mesures préventives à des stratégies de traitement substitutif dans les cas les plus sévères.

Cette grille d'analyse, connue sous le nom de triangle multifactoriel, offre à l'intervenant une approche complexe et dynamique pour évaluer la consommation d'un produit. En se détachant des jugements préconçus et des perceptions figées, elle permet d'éviter la stigmatisation souvent associée à la consommation de substances. Il est essentiel de reconnaître que diverses perspectives peuvent éclairer cette question. Le triangle multifactoriel intègre les multiples courants d'influence qui façonnent notre perception de la consommation. En combinant les dimensions médicales, psychologiques et sociologiques, cette approche offre une compréhension plus complète et nuancée des dépendances. Se concentrer uniquement sur le traitement médical risque de négliger d'autres aspects tout aussi cruciaux, ce qui pourrait réduire l'efficacité des interventions auprès des personnes souffrant de problèmes liés à la consommation de substances psychoactives. Ainsi, adopter une approche systémique et holistique, permet d'optimiser la prise en charge des usagers de drogue en tenant compte de leur situation dans sa globalité.

Explorons à présent les multiples perspectives pour comprendre l'usage de substances psychoactives. L'histoire de l'humanité est marquée par une consommation variée, allant des fruits fermentés à l'alcool frelaté en passant par diverses plantes aux effets psychotropes. Ces substances sont recherchées pour induire des altérations de conscience, que ce soit lors de célébrations festives, pour soulager la douleur ou exprimer la souffrance, trouver de l'énergie, ou encore dans un désir d'évasion ou de plaisir. Leur utilisation s'inscrit dans un large éventail de contextes : conviviaux, récréatifs, spirituels, thérapeutiques, médicaux, voire productifs. Les motivations varient selon les individus, les situations et les cultures.

Le regard social sur la consommation de ces substances fluctue selon les époques, les lieux et les normes culturelles. Certaines pratiques sont stigmatisées tandis que d'autres sont acceptées, voire valorisées. Cette perception influence la manière dont la société aborde les

problématiques liées à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Les réactions sont souvent teintées d'émotions, de stéréotypes et de préjugés, reflétant les valeurs morales et les représentations collectives.

Professionnels et non-professionnels sont tous influencés par ces perceptions. Nos jugements et nos réactions sont façonnés par nos expériences personnelles, notre éducation, mais aussi par des facteurs inconscients et culturels. En matière de consommation de drogues, comme dans d'autres domaines, notre compréhension est souvent complexe et marquée par des interprétations subjectives. Pour appréhender ces réalités de manière éclairée, il est nécessaire de dépasser les préjugés et d'adopter une approche nuancée, intégrant différentes perspectives médicales, sociologiques et psychologiques.

Ainsi, une analyse globale des motivations et des contextes de consommation est essentielle. Elle permet de mieux comprendre les dynamiques individuelles et sociales sous-tendant l'usage de substances psychoactives. Cette approche reconnaît la diversité des expériences et des perceptions, évitant ainsi la simplification excessive ou la stigmatisation. En intégrant les dimensions culturelles, psychologiques et sociales, il devient possible de développer des stratégies d'intervention et de prévention plus efficaces et mieux adaptées aux besoins des individus et des communautés.

L'influence des normes morales sur la perception des substances psychoactives est indéniable. Chaque société établit des distinctions entre les substances considérées comme acceptables et celles stigmatisées ou diabolisées. Dans les sociétés chrétiennes, jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle, l'Église exerçait une influence prépondérante en matière de consommation d'alcool. Cette dernière était souvent associée à des valeurs morales et la consommation de certaines substances était fortement découragée, voire interdite, en raison de leur réputation de corrompre l'homme et de le rapprocher de l'animalité.

Des campagnes et des mouvements d'abstinence ont été lancés, incitant les individus à éviter totalement l'alcool. Ces mouvements étaient particulièrement influents auprès des femmes, auxquelles on assignait souvent le rôle de « gardiennes de la sobriété ». Toutefois, cette responsabilité imposée aux femmes avait des conséquences ambivalentes. Celles qui ne se conformaient pas à ces attentes et qui développaient des problèmes liés à la consommation d'alcool étaient souvent ostracisées et étiquetées comme des « anges déchus ». En effet, la société était moins tolérante envers l'alcoolisme féminin, le considérant comme une

transgression plus grave que chez les hommes. Ainsi, les femmes souffrant de troubles liés à l'alcool étaient doublement marginalisées, à la fois en tant que consommatrices et en tant que femmes.

Cette perspective morale, imprégnée de valeurs plutôt que basée sur des données scientifiques, tend à mettre l'accent sur la substance elle-même, lui attribuant souvent des caractéristiques négatives ou des pouvoirs mystiques non vérifiés. Selon cette vision, la substance est perçue comme ayant inévitablement un impact néfaste sur l'individu consommateur ainsi que sur son entourage, renforçant ainsi les stéréotypes sociaux négatifs associés à la toxicomanie.

En se focalisant sur l'individu consommateur, notamment dans le cas des drogues illicites, cette approche morale tend à le stigmatiser en le décrivant comme un « antisocial » ou une personne dépourvue de volonté ou de maîtrise de soi, ignorant souvent les multiples facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux qui peuvent influencer la consommation de substances.

Pour ceux qui adoptent principalement cette perspective morale, il peut être difficile de croire en la capacité des personnes dépendantes à changer ou à s'améliorer. En conséquence, ils privilégient souvent des stratégies répressives, de contrôle ou de punition comme modes d'intervention, sans reconnaître la nécessité d'une approche plus nuancée et holistique de la prise en charge des toxicomanies.

Cependant, une conclusion importante tirée de cette approche morale est que pour aider les personnes dont la consommation de substances est préjudiciable, il est crucial de tenir compte de leurs valeurs personnelles et de leur contexte social. Les recherches sur les groupes de toxicomanes confirment que beaucoup d'entre eux rencontrent des difficultés d'adaptation, en partie, parce qu'ils rejettent les normes sociales prédominantes et luttent pour trouver leur place dans la société. Il est donc essentiel de proposer des interventions qui respectent la dignité et les droits des personnes concernées, tout en reconnaissant la complexité des facteurs qui sous-tendent les comportements addictifs.

Dans le contexte de la relation d'aide, il est primordial d'incorporer des valeurs éducatives ainsi qu'un système de croyances doté d'une assise morale. Toutefois, il est crucial d'adopter une approche empreinte de précaution vis-à-vis des attitudes moralisatrices, qui peuvent parfois être teintées de dogmatisme ou de comportements autoritaires, voire dominants.

Cette prudence revêt une importance particulière lorsqu'il s'agit d'accompagner des individus dont la toxicomanie découle d'un déficit d'autonomie et de confiance en soi.

Plutôt que d'opter pour une confrontation directe ou une approche basée sur le rapport de force et l'intervention autoritaire, il est souvent plus judicieux d'adopter une attitude empreinte de compréhension, de soutien et de collaboration. Cette approche permet d'établir un lien de confiance avec les personnes concernées et favorise un travail constructif sur les difficultés liées à la toxicomanie.

Dans les années 40, l'influence de la biomédecine a marqué un tournant dans la perception de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Ces problèmes ont alors cessé d'être perçus comme des manifestations de dépravation morale ou de criminalité, mais plutôt, comme des maladies nécessitant un traitement médical. Par exemple, l'alcoolisme a été conceptualisé comme une allergie à l'alcool, liée à des déficiences organiques, et parfois, à des facteurs génétiques.

L'émergence de la littérature épidémiologique⁶⁶⁸ et clinique au cours des dernières décennies a permis de mettre en lumière le lien entre les comportements alcooliques ou toxicomanes au sein des familles, soulignant ainsi l'importance de la dynamique « parent-enfant » dans le développement de ces troubles. Toutefois, des études plus récentes, notamment sur des jumeaux, ont mis en évidence l'influence complexe des facteurs génétiques, environnementaux et affectifs dans le développement de l'alcoolisme. Cette reconnaissance accrue de la multifactorialité des addictions souligne l'importance d'adopter des approches de traitement et d'intervention globale et personnalisée, tenant compte de la diversité des parcours individuels et des contextes sociaux.

La médecine neurobiologique s'est imposée comme l'une des disciplines phares dans l'étude de la toxicomanie. Au cours des deux dernières décennies, la découverte des substances psychoactives endogènes telles que les endorphines et la dopamine a ouvert de nouvelles perspectives sur l'action des psychotropes et leur potentiel de provoquer une dépendance. Cette

⁶⁶⁸ (M.) Ane, *La prévention familiale des addictions*, Thèse en sciences économiques, Université d'Artois, 2018, 203 p, (P.) Cochat, (G.) Picherot, (C.) Stheneur, *Addictions chez l'enfant et l'adolescent*, Reuil-Malmaison, Ed. Doin, 2014, 231 p, (F.) de Laharpe, « Alcool et enfance maltraitée », in *Alcoologie et addictologie*, T.23, n°3, septembre 2001, pp. 460-462, (J.-L.) Oei, « La consommation d'alcool pendant la grossesse et son impact sur la mère et l'enfant », in *Addiction*, vol. 115, n°11, novembre 2020, pp. 2148-2163, etc.

avancée a permis d'explorer différents scénarios d'interférences cérébrales pour comprendre les mécanismes sous-jacents à la dépendance aux drogues.

La recherche scientifique s'attache à préciser la localisation et les mécanismes d'action des drogues dans l'organisme, en particulier, dans le système nerveux central. Cet effort de compréhension demeure d'un intérêt considérable. Mais il est essentiel de faire preuve de prudence dans l'interprétation des résultats et de ne pas tirer des conclusions hâtives ou dogmatiques.

Les hypothèses les plus courantes mettent en avant des déséquilibres biochimiques, souvent attribués à des anomalies génétiques. Malgré le manque de preuves irréfutables pour étayer ces théories, elles continuent d'être défendues avec ardeur. En outre, ces conceptions sont souvent utilisées pour justifier la prescription de psychotropes, contribuant ainsi à renforcer un discours médical prépondérant.

Parallèlement, l'explication somato-psychique de la toxicomanie, soutenue notamment par les travaux du neurochirurgien canadien renommé, le Dr Hans Selye⁶⁶⁹, avance que les individus toxicomanes utilisent les drogues comme une forme d'automédication intuitive pour atténuer les effets du stress sur leur organisme. Toutefois, évaluer les facteurs de stress est souvent plus aisé que d'appréhender les conséquences physiologiques qui en découlent.

Il est également pertinent de souligner que le recours aux médicaments, en particulier chez les femmes et les personnes âgées, est fréquemment employé pour pallier divers troubles émotionnels et psychologiques tels que l'angoisse et la peur. Toutefois, la consommation de ces médicaments peut entraîner une dépendance psychologique et physique, ainsi que des effets secondaires imprévisibles, nécessitant une surveillance attentive.

Le traitement de la toxicomanie implique souvent l'utilisation de médicaments ou d'autres substances, et cette approche s'inspire largement des explications neurobiologiques. Lorsqu'il s'agit de traitement, deux approches principales sont généralement utilisées : la substitution et l'antagonisme.

La substitution consiste à remplacer la drogue problématique par une substance similaire, mais plus contrôlée, telle que la méthadone pour les toxicomanes à l'héroïne. En

⁶⁶⁹ (H.) Selye (1907-1982) est un médecin québécois. Il est le fondateur et le directeur de l'Institut de médecine et de chirurgie expérimentale de l'Université de Montréal et s'avère être un pionnier dans les études sur le stress.

revanche, l'antagonisme implique l'utilisation de médicaments qui bloquent les effets recherchés de la drogue, rendant ainsi sa consommation moins attrayante.

À partir des années 70, l'influence de la psychologie dans le domaine de la toxicomanie a commencé à se faire sentir, devenant progressivement dominante. Les explications psychologiques de la toxicomanie varient selon les différentes écoles de pensée, notamment les approches psychodynamiques, « behavioristes »⁶⁷⁰ et humanistes. Chacune de ces perspectives offre une compréhension unique des motivations et des mécanismes sous-jacents à la toxicomanie, contribuant ainsi à enrichir les stratégies de traitement et de prévention.

Les théories psychodynamiques analysent la toxicomanie comme étant le résultat de conflits non résolus à un stade précoce du développement, tels que la fixation ou la régression. Elles suggèrent également que la toxicomanie peut être associée à des traits de personnalité dépendants ou passivement agressifs. Selon cette perspective, il est essentiel d'explorer l'évolution et l'histoire personnelle de l'individu pour comprendre les causes sous-jacentes de sa toxicomanie. Cependant, malgré les recherches approfondies, les preuves soutenant l'existence d'une personnalité spécifiquement liée à la toxicomanie restent limitées. Il est néanmoins admis que certains traits de personnalité peuvent influencer le développement de la toxicomanie ou le choix de la drogue préférée.

En revanche, l'approche « behavioriste » considère la toxicomanie comme un comportement acquis, une habitude formée en raison de ses effets gratifiants sur l'adaptation émotionnelle et sociale. Selon cette perspective, les stratégies de modification du comportement sont souvent utilisées pour traiter la toxicomanie, influençant ainsi les approches de rééducation adoptées au fil des ans.

D'autre part, la psychologie humaniste ou existentielle, souvent exprimée à travers des modèles systémiques, envisage la dépendance à la drogue comme résultant de l'interaction de facteurs émotionnels et contextuels. Selon cette approche, les toxicomanes sont souvent confrontés à des difficultés relationnelles, souvent issues de leur environnement familial. La consommation compulsive de drogues est considérée comme un mécanisme d'adaptation pour atténuer la douleur émotionnelle et le stress. Cependant, cette consommation prolongée peut aggraver les problèmes initiaux, renforçant ainsi le cycle de la dépendance.

⁶⁷⁰ « Behavioristes » ou « Comportementalistes ».

La réadaptation des toxicomanes repose souvent sur l'établissement d'une relation de confiance, visant à modifier la perception de soi et à favoriser des changements tant chez l'individu que dans son environnement social. Ce processus implique souvent des interventions thérapeutiques visant à renforcer les mécanismes d'adaptation positifs et à promouvoir un mode de vie plus sain, dans le but de favoriser la réintégration sociale et le bien-être à long terme.

Dans une perspective sociologique, il est bien établi que lorsque les aspirations sociétales sont hors de portée pour certains individus, ces derniers peuvent être enclins à adopter des comportements déviants ou mal adaptés, tel que le recours à une surconsommation de drogues.

L'approche socioculturelle prend en considération le contexte social dans lequel évoluent les comportements et cherche à le modifier. Plutôt que de se focaliser sur l'adaptation de l'individu à son environnement social, cette approche préconise plutôt une adaptation des éléments sociaux aux besoins individuels. Par exemple, elle souligne l'importance de réformer les institutions éducatives afin de les rendre plus humaines et moins impersonnelles. De même, elle recommande une orientation des services de santé et sociaux plus en phase avec les besoins des individus, moins soumis aux exigences des experts. Les groupes communautaires devraient également être plus flexibles pour répondre aux divers besoins de croissance et de mode de vie des individus.

En outre, il est suggéré de réduire la stigmatisation sociale associée aux drogues licites et de rendre le monde du travail plus satisfaisant sur le plan individuel, plutôt que simplement axé sur le profit matériel. Enfin, une révision des lois, qui peuvent souvent avoir des effets plus dommageables que le comportement qu'elles visent à régler, est également proposée. Ce faisant, il s'agit de créer un environnement social plus propice à la santé et au bien-être des individus.

Le mouvement féministe a été un acteur clé dans la lutte contre la toxicomanie chez les femmes, en révélant les spécificités et les défis auxquels elles sont confrontées. Tout d'abord, il a mis en lumière la stigmatisation sociale dont souffrent les femmes alcooliques et toxicomanes, soulignant les préjugés et les discriminations auxquels elles font face dans la société. Cette prise de conscience a été essentielle pour sensibiliser le public et les professionnels de la santé à ces réalités souvent négligées.

En outre, le féminisme a attiré l'attention sur l'impact des rôles de genre et des normes sociales sur les habitudes de consommation des femmes. Les attentes sociales envers les femmes, telles que la pression pour concilier travail et famille ou pour répondre à des normes de beauté irréalistes, peuvent contribuer à l'usage de substances toxiques comme moyen de faire face au stress et à la pression sociale. Cette analyse critique a permis de remettre en question les normes sociales et les structures patriarcales qui influent sur la santé et le bien-être des femmes.

Par ailleurs, le mouvement féministe a dénoncé les réponses sexistes du système médical à l'égard des femmes toxicomanes, mettant en lumière les disparités dans l'accès aux soins et le traitement des addictions entre les sexes. Les femmes peuvent être confrontées à des attitudes paternalistes, à des stéréotypes de genre et à des barrières systémiques lorsqu'elles cherchent de l'aide pour leurs problèmes de toxicomanie. Cette prise de conscience a conduit à des appels à une approche plus inclusive et sensible au genre dans les politiques de santé et les programmes de traitement de la toxicomanie.

En résumé, le mouvement féministe a été un moteur de changement dans la compréhension et la prise en charge de la toxicomanie chez les femmes. En mettant en lumière les facteurs sociaux, culturels et structurels qui influent sur la consommation de drogues, il a contribué à promouvoir des approches plus holistiques et équitables pour prévenir et traiter les addictions chez les femmes.

Jusqu'à récemment, l'approche conventionnelle en matière d'alcoolisme et de toxicomanie reposait principalement sur le principe de l'abstinence. Toutefois, face aux nombreuses résistances rencontrées dans la mise en œuvre de cette approche, souvent fondée sur des jugements moraux, un consensus émerge parmi les spécialistes de l'intervention, tant en prévention qu'en réadaptation. Cette évolution vers une approche plus pragmatique vise désormais la réduction des risques et des méfaits associés à la consommation de psychotropes, et ce, de manière à être à la fois plus efficace et plus efficiente.

Comme le souligne Lise Roy de l'Université de Sherbrooke⁶⁷¹, il est crucial de remettre en question nos convictions, nos croyances et nos pratiques, ainsi que l'évaluation de notre efficacité en tant qu'intervenants, dans le contexte actuel. Il convient de noter que l'adoption de

⁶⁷¹ (L.) Roy est une professeure canadienne. Elle est également directrice d'un programme d'études et de recherche en toxicomanie.

cette approche pragmatique ne signifie pas l'abandon complet de l'approche traditionnelle axée sur l'abstinence. Au contraire, il s'agit plutôt de considérer l'abstinence comme l'une des options possibles, parmi d'autres, choisie par certaines personnes.

Dans cette perspective, de plus en plus de spécialistes estiment qu'il est plus efficace de se concentrer sur la conscientisation et la réduction des risques, plutôt que sur la répression et la punition, dans le but d'atteindre l'idéal utopique d'une société sans drogue. En prévention et en relation d'aide, l'objectif premier est d'améliorer la qualité de vie des individus, tant sur le plan collectif qu'individuel, en réduisant les méfaits liés à la consommation de substances psychoactives, tels que les problèmes de santé, de criminalité et de qualité de vie. Par exemple, les héroïnomanes présentent un risque de mortalité et de maladies infectieuses dix fois supérieur à celui de la population générale pour un âge donné et l'usage de drogue est souvent associé à divers délits.

Ainsi, la réduction des méfaits repose sur une approche graduée, en fixant des objectifs prioritaires et réalisables, plutôt que de promouvoir immédiatement des idéaux tels que l'abstinence totale. L'évolution des approches en matière de toxicomanie, telles qu'examinées à travers leur évolution historique, révèle une progression marquée par des influences variées, souvent fondées sur des paradigmes dominants, mais aux bases scientifiques parfois fragiles. Toutefois, aujourd'hui, nos connaissances dans ce domaine sont devenues plus solides, fiables et cohérentes. Dans le secteur de la santé et des services sociaux, cette évolution a été accompagnée par une transition vers une approche plus globale, tirant profit des avancées de la recherche. Des outils d'évaluation et des stratégies d'intervention alignés sur cette approche ont été élaborés, marquant un changement vers une perspective plus intégrative.

Parallèlement, les frontières disciplinaires se sont estompées et des efforts sont déployés pour favoriser un partenariat interdisciplinaire. Cette évolution reflète également le caractère multidimensionnel de la toxicomanie, qui requiert une intervention globale prenant en compte les aspects sociaux et affectifs. Ainsi, la formation dans ce domaine adopte une approche pluridisciplinaire, reconnaissant que la toxicomanie ne relève plus d'une seule discipline, mais nécessite une approche collaborative pour comprendre et traiter efficacement ce problème complexe⁶⁷².

⁶⁷² (O.) de Cock, *Le patient toxicomane, le produit et l'environnement*, New York, conférence Alto, 2014, 13 p.

Dans ce domaine d'intervention, il devient de plus en plus évident que la personne confrontée à une toxicomanie ne peut véritablement s'en sortir que par un processus personnel de prise en charge, visant à modifier ses perceptions et ses comportements. Cette autonomisation individuelle est essentielle pour garantir le succès de la démarche. Il n'existe pas de modèle prédéfini quant à la personne qu'elle doit devenir après avoir surmonté sa toxicomanie, si ce n'est celui d'une personne capable de réorganiser sa vie dans le respect des autres.

Parallèlement, l'approche systémique a ouvert la voie à l'intervention familiale ou de couple, devenue de plus en plus indispensable pour favoriser le changement des habitudes de consommation chez la plupart des toxicomanes. Impliquer la famille dans le processus d'intervention permet une meilleure compréhension de la personne en difficulté et lui apporte un soutien crucial dans sa démarche de rétablissement. Enfin, une orientation partagée émerge chez les spécialistes, mettant en avant la nécessité pour l'intervention sociale et la relation d'aide de se focaliser, non pas uniquement sur la substance elle-même, mais plutôt sur les multiples risques et conséquences néfastes associés à la consommation.

L'évolution des approches en matière de prise en charge de l'alcoolisme et de la toxicomanie illustre un progrès significatif dans notre compréhension et notre gestion de ces problèmes sociaux complexes. Historiquement, l'approche dominante a privilégié l'abstinence, souvent basée sur des considérations morales et une vision dichotomique de la consommation de substances psychoactives. Cependant, cette approche a rencontré des défis et des résistances, notamment en raison de la stigmatisation et des difficultés d'adhésion des personnes concernées.

Face à ces défis, un changement de paradigme est en cours, mettant l'accent sur une approche plus pragmatique axée sur la réduction des risques et des méfaits associés à la consommation de drogues. Cette approche reconnaît la diversité des parcours individuels et des motivations derrière la consommation de substances, et cherche à offrir un éventail d'options de prise en charge adaptées aux besoins et aux préférences de chaque personne.

Dans cette optique, il est essentiel de reconnaître que l'abstinence ne doit pas nécessairement être l'objectif ultime de tous les programmes de traitement. Certes, pour certains individus, l'abstinence peut être un choix bénéfique et souhaitable, mais pour d'autres, des stratégies de réduction des risques peuvent offrir une alternative plus réaliste et réalisable.

L'approche de réduction des méfaits repose sur une vision holistique de la santé, qui prend en compte les dimensions physiques, psychologiques, sociales et environnementales de la consommation de drogues. Elle vise à améliorer la qualité de vie des individus en réduisant les dommages liés à la consommation de substances, tout en respectant leur autonomie et leur dignité.

En conclusion, la transition vers une approche de réduction des méfaits marque une étape importante dans l'évolution de la prise en charge de l'alcoolisme et de la toxicomanie. En reconnaissant la complexité et la diversité des problèmes liés à la consommation de drogues, cette approche offre des possibilités nouvelles et plus inclusives pour soutenir les personnes concernées et promouvoir leur bien-être et leur santé globale.

III. L'expérience du « Rat Park » de Bruce Alexander

Elle permet une meilleure compréhension de l'addiction en démontrant scientifiquement que la substance toxique n'est pas l'unique responsable, en analysant le rôle des interactions sociales⁶⁷³. Historiquement, la communauté scientifique pensait que l'addiction à l'alcool ou à d'autres drogues était due aux propriétés addictives intrinsèques de ces substances ou à des comportements habituels comme les jeux, internet, la pornographie, etc. En utilisant le dispositif expérimental de la « boîte de Skinner », inventé dans les années 1930, les scientifiques ont observé que les rats maintenus captifs⁶⁷⁴, s'autoadministraient de la drogue. Ils en concluent que les drogues induisent naturellement la dépendance, transformant ceux qui les consomment en toxicomanes.

Mais le psychologue canadien, Bruce Alexander⁶⁷⁵ part de l'observation suivante : les patients hospitalisés reçoivent souvent des opiacés pendant plusieurs jours ou semaines pour

⁶⁷³ En période de distanciation sociale liée notamment à la crise sanitaire de la Covid 19, les conduites addictives se sont avérées en nette augmentation. Sur cette question, voir « les addictions en France au temps du confinement », in *Revue Tendances*, n° 139, septembre 2020, 8 p.

⁶⁷⁴ Le rat de laboratoire est approprié pour les protocoles d'expérimentation animale en raison de la similarité de son génome avec celui de l'humain. Tous les gènes humains associés à des maladies ont leur homologue dans le génome du rat.

⁶⁷⁵ (B.-K.) Alexander est un psychologue canadien. Il est professeur émérite au département de psychologie à l'Université « Simon Fraser » au sein de laquelle il a conduit des recherches sur la psychologie de l'addiction depuis les années 70. Avec d'autres collègues, il a conduit une série d'expériences sur l'addiction aux drogues connues sous le nom de « Rat Park ». Il est l'auteur de deux livres qui rappellent cette étude : (B.-K.) Alexander, *Peaceful Measures: Canada's Way Out of the War on Drugs*, Toronto, University of Toronto Press, 1990, 401 p. Du même

soulager leur douleur, mais ne développent pas de dépendance à ces substances une fois rentrés chez eux. Un exemple historique marquant est celui de la guerre du Vietnam, où environ 20 % des jeunes soldats américains sont devenus dépendants à l'héroïne pour faire face aux horreurs du conflit. On craignait alors une crise sanitaire majeure à leur retour au pays. Cependant, la grande majorité (95 %) des vétérans dépendants à l'héroïne ont arrêté leur consommation en retournant dans leur environnement familial et communautaire.

Selon Bruce Alexander, les conditions de dépendance sont largement influencées par les facteurs sociaux et culturels, comme l'appauvrissement. Il illustre cette théorie en se référant à l'histoire des territoires autochtones colonisés au Canada. En tant que chercheur à l'Université Simon Fraser en Colombie-Britannique, Alexander a mené des entretiens dans de nombreuses réserves où les populations autochtones ont été progressivement marginalisées au cours des deux derniers siècles, accompagnées d'une acculturation significative⁶⁷⁶.

Il souligne qu'avant la colonisation, les communautés autochtones avaient leurs propres conflits mais quasiment aucune trace d'addiction. Aujourd'hui, presque toutes les réserves du pays font face non seulement à un problème d'alcoolisme endémique, mais aussi à diverses autres formes d'addictions⁶⁷⁷. On a alors abandonné l'hypothèse d'une plus grande vulnérabilité à l'alcool chez les peuples autochtones pour expliquer cette situation.

Partant de ce constat, Bruce Alexander et d'autres scientifiques émettent l'idée que c'est plus l'environnement social et les liens sociaux qui influent sur l'état de dépendance. C'est dans la volonté d'illustrer cette théorie qu'ils ont mis en place le « Rat Park », un parc d'attractions pour rats. Dans un premier temps, Bruce Alexander a placé un rat seul dans une cage avec deux bouteilles, l'une contenant de l'eau, et l'autre contenant une solution avec de l'héroïne ou de la cocaïne et du sucre. Le bilan est que chaque rat seul consomme plus facilement la solution contenant la drogue plutôt que l'eau simple. Un état de dépendance est donc révélé. Cependant, le rat n'évoluant pas dans son environnement naturel, aucun bilan définitif ne pouvait être établi.

auteur, *The Globalization of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*, Oxford, Oxford University Press, 2010, 470 p.

⁶⁷⁶ Comme la création de pensionnats arrachant les enfants autochtones à leurs familles et les empêchant de parler leur langue.

⁶⁷⁷ Comme la télévision ou le jeu.

Dans un second temps, le Britannique a construit un grand enclos, le « Rat Park », dans lequel les rats mâles et femelles pouvaient se balader, courir et interagir avec leur environnement : un véritable parc de jeux paradisiaque, avec des roues d'exercices, des balles pour jouer, de la nourriture et un endroit pour s'accoupler. Dans celui-ci, il réitéra l'expérience précédente en proposant une nouvelle fois une bouteille d'eau et une bouteille avec de l'héroïne. Contrairement aux rats en confinement solitaire, les rats du parc⁶⁷⁸ :

- consommaient 19 fois moins de liquide à base de morphine au cours d'une expérimentation ;
- résistaient à la morphine et préféraient de loin l'eau du robinet ;
- choisissaient l'eau du robinet dès qu'ils quittaient leur cage, même s'ils s'étaient habitués à la morphine pendant 57 jours ;
- ont toujours démontré, malgré les différents tests, un état de dépendance inférieur à ceux des rats élevés seuls en cage.

Cette expérience du « Rat Park » a révélé que le fait d'évoluer dans un environnement social avec des contacts et des liens sociaux continus réduisait les effets de dépendance. Il est intéressant de transposer cette expérience vers une dimension humaine puisque les rats ont des comportements sociaux semblables aux hommes. Alexander a alors exploré les implications sociales des expériences de « Rat Park ». Depuis 1985, les résultats de ses recherches expérimentales se résument comme suit :

- L'addiction aux substances stupéfiantes ne constitue qu'une petite partie du problème global des addictions. Les addictions les plus graves n'impliquent pas nécessairement des drogues ou de l'alcool⁶⁷⁹ ;
- Les addictions sont davantage un problème social qu'individuel. Lorsque des sociétés bien intégrées socialement se fragmentent sous l'effet de forces internes ou externes, toutes sortes

⁶⁷⁸ (B.-K.) Alexander, (B.-L.) Beyerstein, (R.-B.) Coombs, (P.-F.), Hadaway, « The effects of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats », in *Pharmacology, Biochemistry, & Behavior*, 1981, pp. 571-576.

⁶⁷⁹ (B.-K.) Alexander, (A.-R.F.) Schweighofer, « Redefining Addiction », in *Canadian Journal of Psychology*, vol.29, 1988, pp. 151-163.

d'addictions se répandent largement et deviennent omniprésentes dans des sociétés fortement fragmentées⁶⁸⁰ ;

- Les addictions se développent dans les sociétés fragmentées car elles permettent aux individus de s'adapter à cette désintégration sociale. Ainsi, elles ne sont ni une maladie à guérir ni une déviance à corriger par la punition et l'éducation⁶⁸¹. Par conséquent, les modèles d'addiction tels que ceux promus par le « National Institute on Drug Abuse » américain ne sont pas réalistes⁶⁸². Réduire les addictions et la fragmentation sociale dans les sociétés contemporaines nécessite de reconstruire une intégration psychosociale au niveau politique et social, exigeant des changements sociaux significatifs⁶⁸³.

Les conclusions controversées de Bruce Alexander ont rencontré un certain succès en dehors des États-Unis. En 2017, il a été récompensé par le « Sterling Prize for Controversy » au Canada, a été reconnu par l'association des « Médecins britanniques » en 2009, et a été invité à présenter ses résultats à la « Royal Society of Arts » en 2011. Malgré leur relative marginalisation aux États-Unis, les travaux d'Alexander ont acquis une reconnaissance internationale⁶⁸⁴. Les expériences menées dans le cadre de « Rat Park » ont été publiées dans des journaux de psychopharmacologie à la fin des années 70 et au début des années 80. À cette époque, ces études ont directement remis en question les perspectives dominantes sur l'addiction. Bien qu'elles aient suscité quelques réactions négatives dans la presse grand public à l'époque, elles ont rapidement été oubliées. Une étude sur la cocaïne menée au début des années 90 a été soumise à la censure. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait alors lancé la plus vaste étude jamais réalisée sur la cocaïne, recueillant des données dans 21 villes de 19 pays différents. Bruce Alexander était chargé de collecter ces données dans la région de

⁶⁸⁰ (B.-K.) Alexander, « The globalization of addiction », in *Addiction Research*, 2000, pp. 501-526.

⁶⁸¹ (B.-K.) Alexander, *Dislocation theory of addiction. A change of venue for addiction: from medicine to social science*, sur le lien suivant: <https://www.brucealexander.com/articles-speeches/dislocation-theory-addiction/250-change-of-venue-3>

⁶⁸² (B.-K.) Alexander, *Dislocation theory of addiction. The rise and fall of the official view of addiction*, sur le lien suivant : <https://www.brucealexander.com/articles-speeches/dislocation-theory-addiction/241-rise-and-fall-of-the-official-view-of-addiction-5>

⁶⁸³ (B.-K.) Alexander, *The Globalization of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*, New York, Oxford University Press, 2010, 496 p.

⁶⁸⁴ (L.) Slater, *Opening Skinner's Box : Great Psychological Experiments of the Twentieth Century*. New York, Ed. Norton and Co, 2005, 288 p.

Vancouver. Bien que l'OMS ait prévu de publier les résultats dans un communiqué de presse en 1995⁶⁸⁵, le représentant américain à l'assemblée générale de l'OMS a réussi à empêcher cette publication. Il estimait que les résultats allaient à l'encontre des vues dominantes sur l'addiction provoquée par les stupéfiants. Notamment, l'étude indiquait que l'usage occasionnel de cocaïne ne conduisait généralement pas à des dépendances graves ou mineures, ni à des problèmes sociaux importants. Lors de la sixième séance du « comité B »⁶⁸⁶, le représentant américain a menacé de réduire les financements des programmes de l'OMS liés aux stupéfiants s'ils ne privilégiaient pas une approche basée sur le contrôle des usages⁶⁸⁷. En conséquence, l'OMS a retardé la publication de l'étude, qui n'a jamais été officiellement diffusée, mais est disponible en ligne⁶⁸⁸. Ces recherches ont refait surface grâce au livre controversé de Lauren Slater, « *Opening Skinner's Box : Great Psychological Experiments of the Twentieth Century* »⁶⁸⁹, publié en 2005, et sont désormais bien connues et largement référencées.

D'autres études confirment que faire vivre les rats à plusieurs réduit fortement la consommation de drogues⁶⁹⁰ et que l'idée dominante concernant ces produits stupéfiants est fautive, que ce soit pour les rats ou pour les humains⁶⁹¹. Cependant, ce mythe continue d'avoir la vie dure.

Publiée en 1981, cette étude n'a pas été bien accueillie initialement. En effet, elle remettait en question la croyance antérieure selon laquelle la dépendance est principalement créée par la substance elle-même. Plusieurs recherches ultérieures ont confirmé les conclusions

⁶⁸⁵ (B.) Goldacre, « The cocaine study that got up the nose of the US », in *Guardian Retrieved*, 13 juin 2009.

⁶⁸⁶ Le « comité B » est le comité régional de l'OMS ayant pour zone géographique la région de Vancouver.

⁶⁸⁷ Extraits des minutes de la réunion du Comité B de l'OMS en 1995.

⁶⁸⁸ The Cocaine Project Briefing Kit <http://www.tni.org/archives/docs/200703081409275046.pdf>

⁶⁸⁹ (L.) Slater, *Opening Skinner's Box : Great Psychological Experiments of the Twentieth Century*, New York, Ed. Norton and Co, 2005, 288 p.

⁶⁹⁰ (M.-A.) Bozarth, (A.) Murray, (R.-A.) Wise, « Influence of housing conditions on the acquisition of intravenous heroin and cocaine self-administration in rats », in *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, vol.33, 1989, pp. 903-907.

⁶⁹¹ (S.-H.) Ahmed, « Validation Crisis in Animal Models of Drug Addiction: Beyond Non-disordered Drug Use toward Drug Addiction », in *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol.35, 2010, pp. 172-184, (P.) Dalgarno, (D) Shewan, « Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland) : Evidence for controlled heroin use? », in *British Journal of Health Psychology*, 2005, vol.10, pp. 33-48.

du « Rat Park », et aujourd'hui la majorité des psychologues et des spécialistes de la toxicomanie reconnaissent que la dépendance est un phénomène à la fois mental et physique. Contrairement au rat isolé en cage, les humains n'ont pas besoin de s'isoler physiquement pour développer une dépendance à une substance. L'isolement émotionnel, tel que la solitude, peut suffire. La drogue et l'alcool deviennent alors un moyen désespéré d'échapper à cette douleur émotionnelle et de se sentir mieux.

Toutes les conclusions des expériences menées par Alexander sur le « Rat Park » confirment l'importance des interactions sociales dans le développement de la dépendance. Ainsi, si la vie sociale des personnes confrontées à des problèmes de toxicomanie constitue une partie du problème, elle devrait logiquement faire partie intégrante de la solution.

D'ailleurs, des expériences de traitement de l'addiction par une « resocialisation » avaient déjà eu lieu avant les expériences menées par Bruce Alexander. Ce dernier a mis en évidence le fondement scientifique de ce type d'approches. Il en est ainsi de l'expérience réalisée par le groupe canadien « Portage »⁶⁹². Cette approche de résolution des conduites addictives par la socialisation se retrouve aussi dans les groupes de parole de dépendants.

IV. Les réunions des narcotiques anonymes

À la suite de la rencontre entre Bill Wilson et Bob Smith, deux personnes que les médecins jugeaient condamnées à l'irréversible, est né en 1935 aux États-Unis le mouvement des « Alcooliques Anonymes ». Ils ont observé que en se réunissant régulièrement et en partageant leur expérience de manière honnête, ils ont acquis la force et la foi nécessaires pour maintenir leur abstinence. Ce modèle a été rapidement adopté à travers le monde, avec la multiplication des réunions.

⁶⁹² « Portage » est un organisme canadien à but non lucratif dont l'objectif est d'aider les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie à vaincre leur dépendance et à vivre une vie sobre, heureuse et productive. Depuis sa fondation en 1970, « Portage » a aidé des milliers de personnes à reprendre leur vie en main grâce à ses programmes spécialisés en réadaptation de la toxicomanie offerts aux adolescents, aux adultes, aux femmes enceintes et aux mères avec de jeunes enfants, aux toxicomanes souffrant de problèmes de santé mentale, aux autochtones, et aux individus référés par la justice. « Portage » offre des traitements en réadaptation de la toxicomanie basés sur l'approche de la communauté thérapeutique dans ses nombreux centres au Canada (Québec, Ontario, etc.).

Sur ce même modèle, « Narcotiques Anonymes » est créée en 1953 aux États-Unis et en 1984 en France. « Narcotiques Anonymes » s'étend jusqu'à atteindre plus de 63 000 réunions par semaine en 2015. Aujourd'hui encore, déjà présents dans plus de 130 pays, cette association ne cesse de se développer, principalement sur le continent africain et dans les pays en voie de développement.

En France, les groupes « Narcotiques Anonymes » voient le jour en 1983 en premier sur Paris. L'année suivante, une première réunion en province est ouverte à Nice. En 1992, la première assemblée en prison se tient à Bois-d'Arcy. En 1995, Paris accueille sa première convention mondiale, à laquelle se rendent 3 200 dépendants. NA continue de grandir dans l'Hexagone et, en 1998, 62 réunions par semaine sont programmées. En 2008, 80 réunions se tiennent à travers le pays. L'année suivante, le nombre atteint 95, tandis que « NA France » fête ses 25 ans. Toute personne ayant un problème de drogue ou qui pense en avoir un, quelles que soient la ou les drogues consommées, peut se déclarer membre de N.A . La seule condition pour être membre est le désir d'arrêter de consommer des drogues.

NA est une association à but non lucratif, composée d'hommes et de femmes, pour qui la drogue était devenue un problème majeur. Ce sont des dépendants en rétablissement. Ils se réunissent régulièrement pour s'entraider à rester sobre. C'est un programme d'abstinence complète de toute drogue. NA suggère aux participants de garder l'esprit ouvert et de se donner une chance. Le programme repose sur des principes écrits simples. Ces derniers peuvent être appliqués à la vie quotidienne de chacun. Et ils donnent de nombreux résultats.

NA est entièrement autonome. L'association n'est affiliée à aucun organisme. Il n'y a pas de frais d'admission ni de cotisations, pas d'engagements à signer ni de promesses à faire à qui que ce soit. NA n'est rattaché à aucun groupe politique ou mouvement religieux. L'association n'a aucun lien avec la police et n'est jamais tenue sous surveillance. N'importe quel dépendant ou dépendante peut se joindre à eux, quels que soient son âge, sa race, son orientation sexuelle, ses croyances, sa religion ou son absence de religion.

Peu importe les détails de la consommation passée, ce qui est important, c'est ce que la personne désire faire concernant son problème et comment NA peut l'aider. Les nouveaux membres sont les personnes les plus importantes dans les réunions, car il est important de redonner ce qui a été reçu. L'expérience collective a permis d'apprendre que ceux et celles qui assistent régulièrement aux réunions demeurent abstinents. NA propose aux personnes qui

veulent se sortir de la drogue, un programme de rétablissement, fondé sur douze étapes⁶⁹³ et des principes « clefs ». En premier, le nouvel arrivant doit reconnaître qu'il a bel et bien un problème de dépendance aux drogues. La dépendance est vue comme une maladie. Mais l'environnement de l'utilisateur est aussi pris en compte ainsi que son interaction sociale puisqu'il est encouragé à :

- rechercher de l'aide ;
- apporter de l'aide aux autres dépendants ;
- à s'éloigner des environnements favorisant la consommation de drogues entendues comme toutes substances susceptibles de modifier le comportement (ce qui comprend les drogues illicites et les drogues licites : alcool, médicaments, mais étrangement pas le tabac). Ainsi, le focus ne porte pas tant sur les drogues, mais sur l'état du comportement lors de l'usage de la substance, le tabac n'étant pas considéré ici comme un psychotrope.

L'appartenance est gratuite, individuelle et complètement volontaire. NA est financé par les contributions de ses membres. NA n'est allié à aucune confession, organisation, institution ou parti politique, ne souhaite s'engager dans aucune controverse, ne cautionne et ne s'oppose à aucune cause. Son but primordial est d'aider des dépendants à arrêter de consommer.

NA ne peut pas changer la nature du dépendant ni de la dépendance. Par contre, l'association peut aider à bannir le préjugé selon lequel un dépendant ne peut cesser de consommer en mettant l'expérience à la disposition et à la portée de tous. Chaque réunion

⁶⁹³ « 1. Nous avons admis que nous étions impuissants devant notre dépendance, que nous avons perdu la maîtrise de notre vie. 2. Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure à nous-mêmes pouvait nous rendre la raison. 3. Nous avons décidé de confier notre volonté et notre vie aux soins de Dieu tel que nous Le concevions. 4. Nous avons fait un inventaire moral sans peur et approfondi de nous-mêmes. 5. Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts. 6. Nous avons pleinement consenti à ce que Dieu élimine tous ces défauts de caractère. 7. Nous Lui avons humblement demandé de nous enlever nos déficiences. 8. Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avons lésées et avons résolu de leur faire amende honorable. 9. Nous avons directement fait amende honorable à ces personnes dans tous les cas où c'était possible, sauf lorsque cela pouvait leur nuire ou faire tort à d'autres. 10. Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et avons promptement admis nos torts dès que nous nous en sommes aperçus. 11. Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous Le concevions, Le priant seulement pour connaître Sa volonté à notre égard et pour obtenir la force de l'exécuter. 12. Ayant connu un réveil spirituel comme résultat de ces étapes, nous avons alors essayé de transmettre ce message aux dépendants et d'appliquer ces principes à tous les domaines de notre vie », in *Guides de travail des étapes de Narcotiques Anonymes*, Van Nuys, Ed. Narcotics Anonymous World Services, 2002, 143 p.

commence généralement par la lecture de textes résumant NA et son fonctionnement. Ensuite, les participants sont encouragés à s'exprimer librement sur un sujet donné, partageant les défis qu'ils ont rencontrés et les solutions qu'ils ont trouvées pour vivre sans drogue. Ces échanges ne prennent pas la forme de discussions, mais se présentent plutôt comme une série de témoignages individuels. Chacun est libre de prendre ce qui lui est utile et de laisser de côté le reste. La plupart des groupes se réunissent dans des salles louées à des organisations publiques, religieuses ou laïques. Pour assurer la sécurité de tous, il est strictement interdit à tout participant d'avoir sur lui des drogues ou du matériel associé à leur usage.

Par contre il y a certaines choses que NA s'interdit de faire :

- l'association ne mène pas campagne pour recruter ou convaincre d'autres toxicomanes de rejoindre NA Elle aide seulement les dépendants qui le désirent à devenir abstinents et à rester sobres ;
- NA ne fait pas de vérification auprès de ses membres afin de s'assurer qu'ils ne consomment pas, mais encourage les dépendants à dire où ils en sont avec honnêteté ;
- il ne s'agit pas d'une organisation religieuse ;
- ce n'est pas non plus une organisation médicale puisque l'association ne donne aucun avis médical ou psychiatrique ;
- NA ne dirige aucun hôpital ou centre de soins et ne dispense pas de services infirmiers ;
- l'association n'est liée à aucune organisation, mais coopère avec des structures venant en aide aux dépendants. Quand des membres de NA travaillent pour de telles structures, c'est à titre personnel, pas comme membres ou représentants. Quelle que soit son activité professionnelle, aucun membre de « Narcotiques Anonymes » ne peut représenter l'association dans le cadre de sa profession ;
- NA n'accepte aucune subvention, qu'elle soit publique ou privée ;
- l'association n'offre aucun service social, ne procure pas de logement, ni de travail ou d'argent.

Afin de mieux connaître le profil des membres de NA, un sondage réalisé en 2014 et ayant reçu 288 réponses a mis en évidence les éléments suivants. « Narcotiques Anonymes France » compte 38,5 % de femmes et 61,5 % d'hommes. Cette répartition est inchangée depuis 2007. La moyenne d'âge des membres de la fraternité est de 44 ans. Peu de jeunes ou d'adolescents, mais de nombreux trentenaires dépendants dans le programme. Les membres de « Narcotiques Anonymes » présentent généralement un niveau d'éducation élevé, avec 48,4 % d'entre eux ayant suivi des études supérieures. Environ 26 % ont achevé leur enseignement secondaire, tandis que seulement 20 % ont obtenu un C.A.P. ou un B.E.P. La diversité des professions au sein de ce groupe est notable, avec une proportion presque équivalente d'artistes et de professionnels des médias (16,7 %) par rapport aux ouvriers et employés (16,4 %). Les fonctionnaires représentent 13,1 % des membres, tandis que les professions libérales comptent pour 10,5 %. Un nombre significatif de membres exerce également des métiers dans le domaine social.

Environ deux tiers des membres travaillent à temps plein (47,2 %) ou à temps partiel (17,7 %). Les autres membres sont soit sans emploi (19,4 %), soit bénéficiaires de prestations sociales (11,5 %).

L'alcool⁶⁹⁴ représente un sérieux problème de dépendance pour 88,5 % des membres de « Narcotiques Anonymes » devant notamment le cannabis (80,5 % -Marijuana, haschich, *etc.*). Naturellement, la polyconsommation prédomine très largement chez les dépendants qui arrivent dans les salles de réunions avec le désir d'arrêter de consommer (40 % d'entre eux arrivent notamment sous traitement de substitution comme la Méthadone ou le Subutex). En ce qui concerne les drogues dites « dures », les membres sont généralement consommateurs de cocaïne (71,5 %), d'opiacés (62,2 % – héroïne, morphine, codéine, *etc.*), d'hallucinogènes (44,7 %), d'amphétamines (35 %) et de « crack » (28,9 %). En matière de drogues récréatives, ils consomment pour la plupart de l'ecstasy ou de la MDMA (41,1 %), ainsi que des inhalants (23,2 %). 59,4 % sont pharmacodépendants aux anxiolytiques et 37,8 % à d'autres

⁶⁹⁴ « Considérer l'alcool comme différent des autres drogues a conduit un grand nombre de dépendants à la rechute. Avant d'arriver à NA, beaucoup d'entre nous mettaient l'alcool dans une catégorie à part. Nous ne pouvons pas nous permettre d'illusions à ce sujet. L'alcool est une drogue » (extrait du dépliant des « Narcotiques Anonymes » intitulé *Comment ça marche ?*, Van Nuys, Ed. Narcotics Anonymous World Services, 2021, 2 p).

médicaments prescrits. Cette association s'avère donc un outil efficace pour devenir et rester abstinent.

V. Les « mesures phares » pour l'avenir

Les travaux de recherche de Bruce Alexander, ainsi que le succès international du programme de NA, mettent en évidence l'importance de l'inclusion des usagers de drogues dans les efforts de traitement des addictions. L'homosexualité a longtemps été considérée comme un fléau social, tout comme l'est encore aujourd'hui l'usage de stupéfiants. Or, l'évolution vers la normalisation de l'homosexualité, symbolisée par l'adoption de la loi du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de même sexe, a contribué à une meilleure acceptation des personnes homosexuelles au sein de la société. De manière similaire, la légalisation de toutes les drogues pourrait conduire à une réduction de la consommation en éliminant les discriminations et la stigmatisation associées aux usagers de substances illicites⁶⁹⁵. La morale, notion subjective et source d'arbitraire, peut ainsi évoluer. Mais elle ne doit pas servir de fondement aux lois.

La légalisation offrirait également l'opportunité de mettre en place des campagnes d'information, de prévention et de contrôle de la qualité des produits. Cela représenterait un pas en avant vers une approche plus holistique et pragmatique de la gestion des problèmes liés à la consommation de drogues, bénéficiant à la fois aux usagers et à la société dans son ensemble. Toutefois, légaliser les drogues ne signifie pas abandonner toute réglementation. Au contraire. En reprenant le contrôle de ce marché, l'État pourrait mettre un terme aux activités des trafiquants illégaux. L'histoire de l'abolition de la prohibition aux États-Unis dans les années 30 illustre comment la fin de l'interdiction a permis de mettre fin au monopole de la mafia sur le commerce de l'alcool.

Il est crucial que cette approche d'inclusion sociale s'applique à toutes les drogues, sans distinction, afin de promouvoir une politique cohérente et efficace. Pour soutenir cette transition, plusieurs mesures doivent être envisagées. Au niveau législatif, la transition vers une politique de légalisation des drogues en France nécessiterait une révision des accords internationaux existants. La France devrait envisager de dénoncer les conventions internationales qui pourraient entraver une telle évolution législative. Des signaux émanant de

⁶⁹⁵ À noter que dans la pratique du « chems sex », les deux stigmatisations se retrouvent puisque cette pratique concerne pour l'instant davantage le milieu gay.

l'UNGASS de 2016 suggèrent que sa prochaine réunion, initialement prévue en 2019, pourrait prévoir une réforme des textes internationaux en faveur d'une libéralisation.

Cependant, même avec la légalisation, des dispositions pénales demeureraient en place pour réguler le commerce des drogues, afin de prévenir tout trafic illicite. Par exemple, la vente de drogues aux mineurs resterait strictement interdite. Les distributeurs seraient tenus de vérifier l'âge des personnes à qui ils fournissent des drogues. De plus, il n'y aurait pas de quotas prédéfinis au-delà desquels un individu serait automatiquement considéré comme trafiquant. Cette approche plus souple permettrait aux tribunaux d'évaluer chaque situation au cas par cas, en tenant compte des circonstances spécifiques.

Pour garantir le succès et l'efficacité de la légalisation des drogues, il est impératif de mettre en place un cadre réglementaire complet et rigoureux couvrant tous les aspects de la consommation, de la production et de la distribution. Outre les mesures restrictives similaires à celles appliquées au tabac, telles que l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les transports en commun, des restrictions publicitaires strictes seront également nécessaires pour limiter la promotion des drogues en dehors des points de vente agréés.

En ce qui concerne la production et la distribution, la proposition de créer une société nationale dédiée, comme la Société d'exploitation du cannabis (SECA)⁶⁹⁶, est une approche prometteuse. Inspiré par des modèles efficaces déjà en place dans des pays comme l'Uruguay et le Québec, ce système permettrait un contrôle minutieux de la production, de la vente et de la consommation de drogues, y compris le cannabis. La SECA aurait pour mission de réguler tous les aspects de l'industrie, en fixant les conditions d'exploitation des points de vente et des sites de production, ainsi que les prix minimaux des produits dérivés.

La création de la SECA ne vise pas seulement à contrôler la consommation de drogues, mais également à lutter contre le trafic illicite et à renforcer les programmes de prévention et de sensibilisation. En confiant la production de cannabis aux agriculteurs locaux, l'objectif est de stimuler l'économie locale tout en garantissant une qualité et une sécurité maximales des produits.

⁶⁹⁶ (F.-M.) Lambert, n°4043, *Rapport enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 1^{er} avril 2021, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative à la légalisation contrôlée de la production, de la vente et de la consommation de cannabis* Paris, Ed. Assemblée Nationale, 1^{er} avril 2021, 67 p.

En parallèle à la mise en place d'un cadre réglementaire strict, il est essentiel d'investir dans des programmes de prévention et de traitement de la toxicomanie. La légalisation des drogues offre une opportunité unique de réorienter les ressources actuellement consacrées à la répression vers des initiatives axées sur la santé publique. Cela comprend des campagnes d'éducation et de sensibilisation visant à informer le public sur les risques associés à la consommation de drogues, ainsi que des programmes de réduction des méfaits destinés à réduire les dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues. De plus, des services de traitement accessibles et efficaces doivent être mis en place pour aider ceux qui luttent contre la dépendance. En investissant dans ces initiatives, la société peut prendre des mesures proactives pour soutenir la santé et le bien-être de ses citoyens tout en minimisant les conséquences négatives de la consommation de drogues.

En résumé, la légalisation des drogues exige une approche globale : économique et sociale et réglementée. La mise en place de la SECA offre un cadre institutionnel solide pour atteindre ces objectifs, tout en permettant une adaptation flexible aux besoins et aux réalités locales. En adoptant une approche progressive et basée sur des preuves, la légalisation des drogues peut être un outil efficace pour réduire les méfaits associés à leur consommation et améliorer la santé publique dans son ensemble.

Il incombera donc à l'État de superviser la qualité des produits par le biais de l'Agence du Médicament, garantissant ainsi une offre suffisante et de qualité sur le marché légalisé des drogues. Cette disponibilité adéquate est cruciale pour tarir le « marché noir » et asseoir la crédibilité de la légalisation contrôlée de toutes les drogues. Les leçons tirées des expériences internationales soulignent l'impératif d'une offre adéquate dès les premiers stades de la légalisation. L'Uruguay et le Canada ont été confrontés à une production de cannabis insuffisante avant la légalisation, entraînant un rationnement pour les consommateurs. Cette pénurie a contraint ces derniers à se tourner vers le « marché noir », contrecarrant ainsi les objectifs de la politique de régulation du cannabis. Pour éviter cette problématique, une planification minutieuse de la production et de la distribution est indispensable afin de répondre à la demande du marché légalisé tout en supprimant les incitations au recours au « marché noir ».

Par ailleurs, à l'instar du tabac, une campagne d'information et de prévention devra être menée dès le milieu scolaire. Cette campagne, confiée à des professionnels spécialisés, devra être programmée au moins deux fois par an. L'objectif principal est de prévenir la consommation en intervenant avant que l'habitude ne se développe, soulignant ainsi l'importance de l'éducation précoce. De plus, l'État devra mettre en place des services de soins gratuits accessibles à tous les usagers souhaitant recevoir de l'aide. En parallèle, un effort supplémentaire sera déployé pour promouvoir le développement des salles de consommation à moindre risque, offrant ainsi un environnement sécurisé pour les usagers de drogues.

En ce qui concerne la vente de ces drogues dans des endroits spécifiques, le monopole d'État pourrait être instauré via des licences et des distributeurs agréés, en utilisant le réseau des débitants de tabac déjà bien établi en France. Actuellement, ceux-ci constituent un réseau de près de 24 000 points de vente à travers le pays, offrant une couverture étendue, notamment dans les régions rurales où 41 % des buralistes exercent. Cette forte présence locale des distributeurs est cruciale pour contrer le « marché noir », qui pourrait exploiter les lacunes d'un maillage territorial insuffisant. Cependant, cette combinaison a suscité des critiques en raison du risque de promotion croisée de différentes drogues, y compris le tabac, l'alcool⁶⁹⁷, le jeu et d'autres drogues actuellement illicites. Par conséquent, dans un premier temps, il serait judicieux de séparer les points de distribution pour faciliter le contrôle de la mise en œuvre des nouvelles mesures concernant les anciennes drogues illicites. De plus, il serait envisageable d'offrir aux anciens « dealers » la possibilité de se reconvertir en commerçants dans ces lieux spécifiques, afin de prévenir l'effondrement économique des quartiers et d'empêcher ces individus de se tourner vers de nouveaux délits. Cette approche favoriserait également l'inclusion professionnelle, offrant une opportunité de réinsertion là où le système éducatif a parfois échoué. Cette stratégie a déjà été mise en œuvre avec succès par la loi du 31 mars 2021 légalisant le cannabis dans l'État de New York, où les premières licences de vente ont été attribuées à des personnes condamnées pour des infractions liées au cannabis⁶⁹⁸.

⁶⁹⁷ En effet, les débits de tabac étant situés dans leur grande majorité dans des débits de boissons.

⁶⁹⁸ (R.) Besse Desmoulières, « À New York, le cannabis a un parfum de revanche », in *journal Le Monde* du 22 janvier 2023.

Poursuivant cette approche, il serait essentiel de mettre en place des programmes de formation et d'accompagnement pour aider les anciens « dealers » à opérer légalement et à gérer efficacement leurs nouveaux commerces. Ces programmes pourraient inclure des formations sur la gestion d'entreprise, la comptabilité, la gestion des stocks et la prévention des risques liés à la vente de drogues. De plus, des mesures incitatives telles que des subventions ou des avantages fiscaux pourraient être envisagées pour encourager ces individus à se tourner vers des activités licites. En investissant dans la réhabilitation et la réinsertion des personnes impliquées dans le trafic de drogue, la société pourrait non seulement réduire le crime et la violence associés au « marché noir », mais aussi favoriser une économie locale plus stable et inclusive.

Pour garantir une régulation efficace du marché des drogues légales, il est impératif d'établir un système d'imposition similaire à celui en vigueur pour le tabac et l'alcool. Cela pourrait inclure des taxes telles que la TVA ainsi que des taxes spécifiques. Selon les recherches menées par des économistes éminents tels qu'Emmanuelle Auriol, professeure à TSE⁶⁹⁹ et à l'Université de Toulouse Capitole, et Pierre-Yves Geoffard, professeur à l'École d'Économie de Paris (PSE)⁷⁰⁰, une légalisation contrôlée du cannabis pourrait générer près de 2 milliards d'euros de recettes fiscales⁷⁰¹. Ce chiffre est basé sur un prix de vente moyen de 9 euros par gramme, ce qui reste compétitif par rapport aux 11 euros pratiqués sur le marché noir.

En ce qui concerne la création d'emplois, les données provenant de la Californie et du Colorado suggèrent que la légalisation contrôlée du cannabis pourrait entraîner la création de 27 500 à 57 000 emplois. Ces emplois, rémunérés en moyenne à 1,2 SMIC, pourraient également rapporter à l'État entre 250 et 530 millions d'euros de cotisations sociales supplémentaires. En outre, une analyse effectuée par le think tank « Terra Nova » en 2014 a estimé que la régulation du marché du cannabis par l'État pourrait générer jusqu'à 1,8 milliard d'euros de recettes fiscales.

⁶⁹⁹ « Toulouse School of Economics ».

⁷⁰⁰ « Paris School of Economics ».

⁷⁰¹ In note du Conseil d'analyse économique (E.) Auriol, (P.-Y.) Geoffard « Cannabis : comment reprendre le contrôle ? » *Cairn Info* 2019/4 (n°52), pp. 1-12.

Ces chiffres démontrent le potentiel économique significatif d'une légalisation contrôlée des drogues, qui va au-delà de la simple réduction du « marché noir » et de la protection de la santé publique. En investissant dans une réglementation intelligente et transparente, l'État pourrait non seulement améliorer ses finances publiques, mais aussi favoriser la création d'emplois et stimuler l'économie dans son ensemble.

Pour garantir une régulation fiscale efficace du marché des drogues légales, il sera nécessaire d'adapter et d'appliquer les dispositions des articles 575 à 575 M du Code général des impôts sur le tabac. Ces articles prévoient un système de droit de consommation sur les tabacs, composé d'une accise, qui est essentiellement un impôt indirect perçu sur la consommation. Ce système de taxation vise à financer le budget de la sécurité sociale et comprend plusieurs éléments clés.

Tout d'abord, il y a une part proportionnelle au prix de vente au détail, ce qui signifie que plus le produit est cher, plus la taxe sera élevée. Ensuite, il y a une part spécifique basée sur les quantités vendues, exprimée en euros pour 1 000 unités ou 1 000 grammes. Enfin, il existe un montant minimum de perception, qui agit comme un impôt minimal et garantit que le montant total du droit de consommation ne soit pas inférieur à ce seuil.

Les taux et les parts de taxation varient en fonction du type de produit vendu, qu'il s'agisse de cigarettes, de cigarillos, de tabac à priser, *etc.* Ces taux sont déterminés en conformité avec les directives de l'Union européenne, notamment la directive 2011/64/UE sur le taux minimal d'accise sur les cigarettes et la directive 2011/64/UE sur les tabacs manufacturés autres que les cigarettes. En adaptant ces dispositifs fiscaux au contexte de la légalisation contrôlée des drogues, l'État pourra garantir une régulation efficace du marché tout en générant des recettes fiscales importantes pour financer des programmes de santé publique et de prévention des addictions.

CONCLUSION

L'objet de cette étude est de savoir si l'aggravation de la répression de l'usage de drogues est la bonne politique publique pour la sauvegarde des intérêts des usagers et les intérêts de la société dans son ensemble. Les méthodes employées en thérapie considèrent, selon les présupposés de Freud, que la réponse au problème de l'addiction doit se trouver à l'intérieur de la personne elle-même. Le débat se limite alors à la question de la qualification juridique de l'usage de drogues. Faire en sorte que le bien-être des gens soit assuré à minima permettrait pourtant que les gens ne ressentent pas le besoin de consommer massivement des drogues⁷⁰². La réponse est nette et sans appel : l'aggravation de la répression des usagers n'est certainement pas la bonne politique publique. Celle-ci est profondément nuisible pour les usagers et la société, contrairement aux objectifs sécuritaires affichés.

De plus, on observe une tendance du législateur à instituer de nouvelles incriminations, chaque fois qu'une affaire impliquant des stupéfiants connaît une grande répercussion médiatique. Il s'ensuit une juxtaposition de textes dont l'articulation et la cohérence mettent dans la difficulté les juges qui devront les appliquer. Ainsi, à la suite de l'émoi suscité par la solution dégagée le 14 avril 2021 par la Chambre criminelle⁷⁰³, le législateur est intervenu avec la loi n° 2022-52 du 24 janvier 2022, relative à la responsabilité pénale et à la sécurité intérieure. Désormais, le Code pénal contient des dispositions spécifiques relatives à l'intoxication volontaire ayant entraîné une abolition du discernement ou du contrôle des actes. En effet, cette loi a inséré dans le Code pénal un article 122-1-1 aux termes duquel cette exonération de responsabilité pénale n'est pas applicable « si l'abolition temporaire du discernement de la personne ou du contrôle de ses actes au moment de la commission d'un crime ou d'un délit résulte de ce que, dans un temps très voisin de l'action, la personne a volontairement consommé des substances psychoactives dans le dessein de commettre l'infraction ou une infraction de même nature ou d'en faciliter la commission ».

⁷⁰² (P.) Landel, (A.-C.) Zielinska, « La politique de décriminalisation des drogues au Portugal. Entretien avec le professeur Joao Goulao. Propos recueillis le 2 octobre 2015 entre Paris et Lisbonne », traduits par (P.) Landel *in Revue Mouvements*, 2016/2 (n°86), pp 151-164.

⁷⁰³ Voir *supra* « affaire Sarah Halimi », Partie II, Chap.II, Section I.

Or il est clair que ce dessein sera très difficile à démontrer. De plus, ces dispositions semblent vider de leur sens, dans le cas d'usage de stupéfiants, les dispositions de l'article 122-1 du Code pénal relatif à l'irresponsabilité pour trouble psychique ou neuropsychique. Par ailleurs, cette loi a inséré trois délits qui viennent sanctionner « le fait pour une personne d'avoir consommé volontairement, de façon illicite ou manifestement excessive, des substances psychoactives en ayant connaissance du fait que cette consommation est susceptible de la conduire à mettre délibérément autrui en danger, lorsque cette consommation a entraîné un trouble psychique ou neuropsychique temporaire sous l'empire duquel elle a commis un homicide volontaire (article 221-5-6 du Code pénal), des tortures, actes de barbarie ou violences (article 221-18-4 du Code pénal), un viol (article 221-26-2 du Code pénal) ». Ici encore, il convient d'établir que le prévenu savait que sa consommation était susceptible de l'amener à mettre délibérément autrui en danger. Rappelons que l'usage de l'alcool et/ou de stupéfiants est, par ailleurs, une circonstance aggravante de nombreuses infractions.

Une réforme dans le sens opposé à la répression s'impose donc sans nul doute possible. Il s'agit d'une légalisation de l'usage de drogue. C'est-à-dire d'une régulation de la production, de la commercialisation et de l'usage dans les conditions que nous avons proposées précédemment.

Sur ce sujet, la France s'avère à la traîne du progrès social que connaissent déjà de nombreuses démocraties occidentales. En effet, la légalisation expérimentale du cannabis thérapeutique a du mal à se mettre en place et l'usage de drogue connaît une aggravation de la répression avec l'amende forfaitaire délictuelle. L'Allemagne s'apprête, quant à elle, à légaliser l'usage du cannabis.

Si une réforme s'impose, celle-ci devra être totale et libre de toute démagogie politique électoraliste. Il convient de la mener dans l'intérêt des usagers et de la société française. Elle devra être guidée par une série de principes humanistes et pragmatiques. L'usager occasionnel ne doit pas être stigmatisé ou marginalisé. S'ils nuisent à leur propre santé, les usagers constituent rarement un danger pour autrui. La réponse pénale empêche les consommateurs de rechercher spontanément une aide médicale par crainte d'une sanction et des conséquences d'une condamnation sur leur vie sociale et professionnelle⁷⁰⁴.

⁷⁰⁴ (M) de Saint-Vincent, (G.) Murkin, (I) Obradovic, *Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après*. Note de synthèse, Paris, Ed. OFDT, n°2021-03, juin 2021, 27 p.

Certaines réformes dans plusieurs pays ne sont pas allées jusqu'au bout⁷⁰⁵. Pour des raisons politiques, des États ont dû ménager les aspirations du maximum d'électeurs et n'ont pas fait de réforme aboutie. Certes, ses réformes apportent des satisfactions par rapport à l'état antérieur. Mais elles attirent encore des critiques de la part de ses opposants d'un côté comme de l'autre. En effet, étant le fruit de compromis politiques, ces dernières n'ont pas poussé leur logique jusqu'au bout. Par conséquent, certains travers antérieurs s'avèrent encore présents.

Dans notre enquête menée sur le terrain au Portugal, nous nous sommes rendu compte des limites que peuvent poser certaines politiques publiques dites « avancées ». Entre le 5 et le 11 juillet 2021, nous avons visité L'association GIRUGaia installée près de Porto. Il s'agit d'une équipe de sensibilisation interdisciplinaire travaillant avec les consommateurs de drogues à Vila Nova de Gaia. Guidée par des principes liés à la réduction des risques, cette association favorise l'utilisation de matériel aseptique et l'adoption de pratiques de consommation à moindre risque. Elle fournit également des services qui favorisent la citoyenneté, la santé et l'inclusion sociale.

Depuis 2007, GIRUGaia propose un programme de thérapie combinant une substitution aux opioïdes à bas seuil avec l'administration de médicaments antirétroviraux et tuberculostatiques. En 2012, le programme de GIRUGaia a été reconnu comme un exemple de « bonnes pratiques », dans le cadre des thérapies de substitution aux opioïdes.

Le bus de l'association distribue aux usagers de la méthadone qu'ils doivent consommer devant l'infirmier. Mais ce bus a aussi une autre fonction. Il distribue les médicaments contre le VIH et les médicaments psychiatriques. En effet, ces médicaments ne sont, bien souvent, pas prioritaires pour ces usagers problématiques de drogues.

Le centre peut délivrer tout de suite de la méthadone à qui en demande pour arrêter. Il n'y a pas à attendre la mise en place d'une procédure de suivi. Ainsi, il n'y a pas de temps long qui pourrait faire perdre sa motivation à l'utilisateur de drogue souhaitant arrêter. Toutefois, des précautions sont prises : le don de méthadone est enregistré sur des fichiers connectés.

Pour comprendre la situation actuelle, il faut commencer par l'histoire de l'arrivée des drogues au Portugal. Officiellement, il n'y a aucune drogue sous la dictature de Salazar. En

⁷⁰⁵ (M) Sandreschi, « Décriminalisation des drogues : Portugal et Canada aux antipodes », *in Revue L'esprit libre* 2022, 9 p.

réalité, elle est réservée à une élite intellectuelle et artistique⁷⁰⁶. En 1974, la fin de la dictature marque aussi la fin de la guerre de décolonisation de l'Angola. Les militaires reviennent au Portugal avec du hachisch. C'est le début de la diffusion de cette drogue au Portugal. Elle était très présente dans la société portugaise d'Afrique.

À la fin des années 70, la première réponse en termes de prévention et de traitement pour les toxicomanes a été instaurée, curieusement, par le ministère de la Justice. À cette époque, le Portugal n'avait pas de politique pénale dirigée contre les toxicomanes ou les consommateurs de drogues. Certes, une partie de la population carcérale était composée de gens qui avaient un problème lié à la drogue. Mais il s'agissait surtout de voleurs, pas de consommateurs. C'est seulement à la fin des années 80 qu'un premier grand centre a été créé à Lisbonne⁷⁰⁷, sous la direction du ministère de la Santé, pour répondre aux besoins des personnes dépendantes aux drogues.

Puis, les trafiquants vont profiter de la fin de la dictature pour faire plus de profit en contribuant à changer les consommations⁷⁰⁸. Nouvellement libérée, la société portugaise expérimente les drogues. Ce n'est pas un phénomène réservé aux personnes isolées, sans attaches, ou à un groupe de hippies, de pauvres, voire de marginalisé⁷⁰⁹. Tout le monde prend part à cette expérimentation. Dans les autres pays, il existe souvent un grand écart entre le nombre total de gens qui expérimentent des drogues et le nombre total de gens qui, à cause de cette consommation, créent des problèmes. Au Portugal, l'écart est, au contraire, très resserré : presque toutes les personnes ayant commencé à expérimenter des drogues dans ces années-là sont devenues toxicomanes. Dans la plupart des pays, le problème semble être celui de la non-acceptation par la population, en général, d'une approche inclusive à l'égard des

⁷⁰⁶ António de Oliveira Salazar, brillant étudiant en droit d'origine paysanne, s'est hissé au sommet du régime autoritaire portugais pour y exercer les pleins pouvoirs pendant quarante ans. Figure du « Portugal profond », il s'est distingué des autres dictateurs de son temps en insufflant dans cet État policier une pensée antimoderne qui prône la ruralité, la foi en Dieu, le respect des traditions et les vertus du travail.

⁷⁰⁷ (P.) Landel, (A.-C.) Zielinska, « La politique de décriminalisation des drogues au Portugal. Entretien avec le professeur Joao Goulao. Propos recueillis le 2 octobre 2015 entre Paris et Lisbonne », traduits par (P.) Landel in *Mouvements*, 2016/2 (n°86), pp 151-164.

⁷⁰⁸ *Ibidem*.

⁷⁰⁹ La criminalisation et la marginalisation des usagers sont considérées comme des facteurs aggravant les problèmes posés par la consommation in (M) de Saint-Vincent, (G.) Murkin, (I) Obradovic, *Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après*. Note de synthèse, Paris, Ed. OFDT, n°2021-03, juin 2021, 27 p.

consommateurs. Dans le cas du Portugal, toute la société était touchée, rendant les politiques inclusives des toxicomanes moins gênantes.⁷¹⁰

Les drogues dures, comme l'héroïne et la cocaïne, prennent alors le dessus sur le hachisch dans les années 80 et 90. Cela a été à l'origine de sérieux problèmes de drogues dans tout le pays. La répression, bien que sévère, n'obtient aucun résultat et la situation des usagers se dégrade avec l'arrivée du SIDA. Cette situation amène les autorités à changer la façon d'appréhender ce problème de société en décriminalisant l'usage de toutes les drogues en 2001⁷¹¹. Mais pour certains, c'est une mesure qui reste imparfaite.

En effet, son but semble être de concilier deux objectifs contradictoires à des fins électorales : la partie conservatrice de l'opinion publique et une politique de santé publique incluant des mesures sociales⁷¹². C'est aussi une mesure imparfaite pour ceux qui auraient voulu aller plus loin dans la décriminalisation⁷¹³. Ainsi, si la possession de certaines quantités est autorisée, elle n'est pas suffisante pour ceux qui ont une consommation problématique.

Les usagers sont distingués des revendeurs par un seuil de détention toléré correspondant à ce qu'on appelle « 10 jours de consommation ». Ce critère fait la distinction entre la « détention à des fins de consommation personnelle » et la « détention à des fins de trafic », basée sur des seuils quantitatifs spécifiques : 25 grammes pour l'herbe de cannabis, 5 grammes pour la résine de cannabis, 2 grammes pour la cocaïne, 1 gramme pour l'héroïne, l'ecstasy/MDMA et les amphétamines. En dessous de ces seuils, la possession et l'usage restent interdits et sont considérés comme des infractions administratives. Au-delà de ces seuils, la possession de drogues peut être qualifiée comme une infraction de revente ou de trafic, de nature délictuelle⁷¹⁴.

⁷¹⁰ (P.) Landel, (A.-C.) Zielinska, « La politique de décriminalisation des drogues au Portugal. Entretien avec le professeur Joao Goulao. Propos recueillis le 2 octobre 2015 entre Paris et Lisbonne », traduits par (P.) Landel in *Mouvements* 2016/2 (n°86), pp 151-164.

⁷¹¹ En novembre 2020, l'Oregon a approuvé par référendum la décriminalisation des drogues sans distinction.

⁷¹² (C.) Hughes, (A) Stevens, « A resounding succes or a disastrous failure : re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs », in *Drug and Alcohol Review*, vol. 31, 2012, pp. 101-113.

⁷¹³ (M) de Saint-Vincent, (G.) Murkin, (I) Obradovic, *Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après*. Note de synthèse, Paris, Ed. OFDT, n°2021-03, juin 2021, 27 p.

⁷¹⁴ Loi portugaise n°30/2000 du 29 novembre 2000.

Cependant, si 1 gramme d'héroïne est autorisé tous les 10 jours pour un consommateur problématique, la quantité dont il a besoin est de 1 gramme par jour. La législation portugaise prévoit une approche graduée pour les consommateurs de stupéfiants. Lors d'une première interpellation, les usagers sont emmenés au commissariat de police pour vérifier que la quantité de drogue détenue ne dépasse pas le seuil autorisé. Si la quantité est inférieure à la limite légale, l'usager doit comparaître devant une commission de dissuasion de la toxicomanie (CDT) dans un délai de 72 heures. Cette commission, compétente géographiquement, évalue la situation de l'usager au terme de trois entretiens :

- Si l'usage est considéré comme non problématique, la procédure est suspendue.
- En cas de risque « modéré » d'usage problématique, une intervention brève facultative, incluant un soutien psychologique, peut être proposée.
- Si le risque d'usage problématique et de dépendance est élevé, l'usager peut être dirigé vers un service de traitement, sans que cela soit obligatoire.

Les programmes de traitement complets sont immédiatement disponibles et entièrement financés. Des niveaux supplémentaires de soutien sont également proposés : des cliniques de désintoxication par suboxone et méthadone, aux échanges de seringues et aux programmes conçus pour inciter les entreprises à engager les personnes dépendantes en rétablissement⁷¹⁵. L'argent qui avait été dépensé pour appliquer les lois sur les drogues et incarcérer les délinquants est finalement réaffecté à la subvention de programmes de traitement de la dépendance⁷¹⁶.

Au-delà de la première infraction d'usage ou en cas de détention de drogue dépassant le seuil toléré tout en restant dans le cadre de l'usage, l'usager est passible d'une sanction administrative sous la forme d'une amende, prononcée par la Commission de dissuasion de la toxicomanie (CDT). Le montant de cette amende, qui varie de 25 à 150 euros, est déterminé en

⁷¹⁵ (D.) Braham, « Beaucoup de personnes dépendantes en Colombie-Britannique n'ont pas de voie facile pour se rétablir », in *Vancouver Sun*, 20 juillet 2018.

⁷¹⁶ (C.) Ingraham, « Le Portugal a décriminalisé les drogues il y a 14 ans. Aujourd'hui, presque plus personne ne meurt d'overdose », in *L'indépendant*, 7 juin 2015.

fonction de plusieurs critères tels que le lieu de consommation (privé ou public), la fréquence de la consommation, la situation financière de l'utilisateur, *etc*⁷¹⁷.

Une consultation est effectuée pour évaluer de prime abord la santé mentale et physique de la personne⁷¹⁸. Ensuite, un examen supplémentaire est réalisé concernant d'éventuels problèmes sociaux au niveau de la scolarité, de l'emploi ou du logement. S'il y a un problème dans l'un de ces domaines, le groupe d'experts fait alors appel aux organismes de soutien appropriés afin d'aider au mieux la personne concernée et d'éliminer tous les obstacles à son rétablissement.⁷¹⁹

L'histoire de ces usagers problématiques de drogues est le plus souvent une histoire faite de multiples traumatismes. L'usage de drogue est ainsi pointé par certains gouvernements en place comme la cause de tous les maux, alors qu'en réalité, c'est l'absence de politiques publiques plus sociales et plus inclusives qui incite, la plupart du temps, à un usage excessif de drogues.

C'est pour cela que la décriminalisation n'est pas le seul élément de la stratégie portugaise. L'engagement de fonds publics pour le développement des soins, de la prévention, de l'éducation et de la réinsertion représente l'autre volet de cette politique. Celle-ci s'intègre effectivement dans un ensemble plus large de réformes sociales entreprises au Portugal au cours de cette période, visant à améliorer le niveau des prestations sociales et les conditions de logement des résidents des zones défavorisées⁷²⁰. Autrement dit, la décriminalisation n'est pas

⁷¹⁷ (M) de Saint-Vincent, (G.) Murkin, (I) Obradovic, *Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après*. Note de synthèse, Paris, Ed. OFDT, n°2021-03, juin 2021, 27 p.

⁷¹⁸ (L.) Allen, (A.) Klein, (M.) Trace, *Decriminalisation of drugs in Portugal : a current overview*, Oxford, Ed. The Beckley Foundation Drug Policy Programme, coll. Briefing Paper 6, 2004, 4 p.

⁷¹⁹ (S.) Ferreira, « La politique radicale du Portugal en matière de drogue fonctionne. Pourquoi le monde ne l'a-t-il pas copiée ? », in *The Guardian*, 5 décembre 2017.

⁷²⁰ (A.) Stevens, (C.) Hughes. *Dépénalisation et santé publique : politiques des drogues et toxicomanies au Portugal*. Paris, Ed. La découverte, 2016, pp. 22-33.

la solution miracle aux problèmes liés à la drogue. C'est l'ensemble de toutes les mesures citées qui fonctionnent⁷²¹. Et les résultats sont là, vingt ans après⁷²².

Le niveau de consommation de drogues illicites reste en deçà de la moyenne européenne, quel que soit le produit. C'est particulièrement le cas parmi les jeunes dans la classe des 15-35 ans. La proportion d'adolescents précocement initiés au cannabis est deux fois inférieure à celle observée en France qui détient, en revanche, le record européen. De plus, depuis l'adoption de la réforme, on estime que la prévalence de l'usage problématique de drogues, en particulier par voie intraveineuse, a diminué⁷²³.

Le cas portugais démontre qu'il n'y a pas de lien automatique entre la sévérité de la législation et les niveaux de consommation de drogues illicites, notamment pour le cannabis. Comme l'ont également confirmé d'autres études, les tendances d'utilisation sont davantage influencées par des facteurs tels que l'offre, l'accessibilité et le prix des produits, leur image sociale, ainsi que les perceptions culturelles, économiques et sociales de leur usage. En d'autres termes, ces tendances évoluent en fonction de divers contextes et influences, et non uniquement en raison du statut légal des substances⁷²⁴. Sont observés également des bénéfices tangibles en matière de santé publique⁷²⁵.

Après 2001, la mortalité par surdose a nettement chuté, atteignant même un niveau plancher avec moins de 10 surdoses mortelles par an. Le taux de mortalité est aujourd'hui le plus faible de l'U.E. (quatre fois inférieur à la moyenne européenne). L'accès élargi aux dispositifs de réduction des risques a permis de diminuer considérablement l'incidence des virus transmissibles par le partage de seringues : VIH, hépatite B et C.

⁷²¹ (P.) Landel, (A.-C.) Zielinska, « La politique de décriminalisation des drogues au Portugal. Entretien avec le professeur Joao Goulao. Propos recueillis le 2 octobre 2015 entre Paris et Lisbonne », traduits par (P.) Landel in *Mouvements* 2016/2 (n°86), pp 151-164.

⁷²² (M) de Saint-Vincent, (G.) Murkin, (I) Obradovic, *Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après*. Note de synthèse, Paris, Ed. OFDT, n°2021-03, juin 2021, 27 p.

⁷²³ (A.) Stevens, (C.) Hughes. *Dépénalisation et santé publique : politiques des drogues et toxicomanies au Portugal*. Paris, Ed. La découverte, 2016, pp. 22-33.

⁷²⁴ (M) de Saint-Vincent, (G.) Murkin, (I.) Obradovic, *Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après*. Note de synthèse, Paris, Ed. OFDT, n°2021-03, juin 2021, 27 p.

⁷²⁵ *Ibidem*.

Il y a un accès aux soins et une disponibilité accrue au moyen de la réduction des risques. La plupart des usagers problématiques d'opioïdes sont pris en charge dans le cadre de traitement de substitution aux opiacés (60 %) et largement au-dessus de la moyenne européenne (45 %).

Il y a également un véritable impact sur le fonctionnement du système pénal⁷²⁶. Avec en premier un effet immédiat de désengorgement des tribunaux et des prisons. Ainsi, alors que la part des incarcérations pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) a augmenté en Europe, passant de 14 % à 18 % en 20 ans, le Portugal a connu la trajectoire inverse et se situe désormais légèrement en deçà de la médiane européenne. En 2000, 43 % des détenus au Portugal ont été condamnés pour infractions à la législation sur les stupéfiants, contre 20 % en 2013⁷²⁷. Par ailleurs, une enquête sur la consommation de drogues en prison et les problèmes qui y sont associés a montré qu'entre 2001 et 2007, le nombre d'usagers et le taux de consommation de drogues en prison ont significativement baissé⁷²⁸.

On observe aussi une diminution du nombre de peines d'emprisonnement ferme prononcées par les tribunaux en matière d'ILS. Les statistiques montrent que l'activité des tribunaux, déchargés des procédures d'ILS, a été recentrée sur d'autres contentieux. On note qu'une réponse plus rapide donnée à l'usage par les commissions donne une réponse à l'usage plus rapidement que les tribunaux autrefois.

Selon certains chercheurs, cette réponse plus rapide a permis de répondre plus promptement aux problèmes liés à l'usage de drogues. Cette amélioration s'explique par la disponibilité accrue des traitements à base de méthadone et par l'accessibilité renforcée aux soins pour les usagers de drogues, ce qui a conduit à une réduction du nombre d'infractions liées à la consommation de stupéfiants, notamment les vols commis pour financer cette consommation. Cette diminution est attribuée à la possibilité pour les usagers d'être accueillis dans des centres offrant des traitements de substitution aux opioïdes (TSO)⁷²⁹.

⁷²⁶ *Ibidem.*

⁷²⁷ (A.) Stevens, (C.) Hughes. *Dépénalisation et santé publique : politiques des drogues et toxicomanies au Portugal*. Paris, Ed. La découverte, 2016, pp. 22-33.

⁷²⁸ *Ibidem.*

⁷²⁹ Traitement de substitution aux opiacés.

Quant à la baisse du volume de drogues saisies, son interprétation est complexe : elle pourrait refléter aussi bien une diminution de l'activité des forces de l'ordre que la réduction de la disponibilité et de l'accessibilité des drogues sur le marché.

Enfin, il est observé une diminution substantielle du coût social associé aux drogues⁷³⁰. En effet, une estimation réalisée en 2015 indique que ce coût a baissé de 12 % sur une période de cinq ans (2000-2004), suite à l'adoption de la stratégie nationale, et de 8 % sur la décennie suivante après la réforme (2000-2010). La première diminution serait attribuée à la baisse du nombre de décès liés à la consommation de stupéfiants, entraînant ainsi une réduction des coûts sanitaires indirects. La seconde serait principalement due à une diminution significative des coûts associés au fonctionnement du système pénal, directement imputable à la dépénalisation.

Ces résultats ont permis de créer de la solidarité sociale, de combler le fossé existant entre les personnes souffrant de problème de drogue et le reste de la société. Ils ont diminué la stigmatisation qui touche la consommation de drogues.

Ainsi, les craintes des opposants à la décriminalisation (narcotourisme, poussée de la consommation de drogues, hausse de la criminalité, *etc.*) ont été démenties par les faits. Pourtant, la solution adoptée par le Portugal semble toutefois être une sorte de demi-mesure, à mi-chemin vers la légalisation⁷³¹. Les associations d'usagers appellent à aller plus loin en envisageant la légalisation de toutes les drogues⁷³².

En France, si une nouvelle politique publique conduisait à la légalisation de toutes les drogues, les organisations criminelles risqueraient de perdre l'une de ses activités les plus lucratives. Mais à l'inverse, leurs victimes cesseraient d'être les boucs émissaires de leur commerce⁷³³. Au commencement, on pourrait craindre une augmentation de la délinquance, le

⁷³⁰ (M) de Saint-Vincent, (G.) Murkin, (I.) Obradovic, *Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après*. Note de synthèse, Paris, Ed. OFDT, n°2021-03, juin 2021, 27 p. Il s'agit du coût des procédures en matière d'usage, de la perte de revenus causée par les incarcération des délinquants, etc.

⁷³¹ (P.) Landel, (A.-C.) Zielinska, « La politique de décriminalisation des drogues au Portugal. Entretien avec le professeur Joao Goulao. Propos recueillis le 2 octobre 2015 entre Paris et Lisbonne », traduits par (P.) Landel in *Mouvements*, 2016/2 (n°86), pp 151-164.

⁷³² (M) de Saint-Vincent, (G.) Murkin, (I.) Obradovic, *Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après*. Note de synthèse, Paris, Ed. OFDT, n°2021-03, juin 2021, 27 p.

⁷³³ Au Portugal, la police a tout d'abord craint que la dépénalisation ne réduise sa capacité à lutter contre le trafic de drogue. Mais celle-ci a finalement trouvé d'autres moyens, apparemment plus efficaces, pour cibler les trafiquants. Sur cette question, voir (A.) Stevens, (C.) Hughes. *Dépénalisation et santé publique : politiques des drogues et toxicomanies au Portugal*. Paris, Ed. La découverte, 2016, pp. 22-33.

temps que les organisations criminelles trouvent finalement d'autres sources de revenus⁷³⁴. Mais la légalisation permettrait justement à la police de ne plus gaspiller ses ressources en faisant la chasse aux « petits consommateurs » pour se concentrer désormais sur les « gros trafiquants »⁷³⁵. Un collectif de trente et un sénateurs du groupe « Socialiste, écologiste et républicain » ont annoncé une concertation en vue du dépôt d'une proposition de loi pour légaliser le cannabis face à une situation qu'ils jugent difficilement tenable⁷³⁶ : « Sans minimiser l'impact sanitaire du cannabis, nous considérons, à l'instar des politiques publiques existantes pour le tabac et l'alcool ou encore les jeux d'argent, que la légalisation donnera les moyens d'agir plus efficacement pour protéger davantage nos concitoyens et notamment notre jeunesse ».

Certes, la légalisation peut commencer par cette drogue, mais sous la condition que les autres suivent rapidement. Sinon, nous tomberions dans les mêmes travers que ceux énoncés dans la nouvelle politique publique des drogues au Portugal. Et surtout, n'oublions pas ce que le professeur Joao Goulao⁷³⁷ rappelle avec une grande sagesse dans ses interviews : la question du traitement juridique de l'usage de drogues n'est qu'un aspect de la question. Il doit être accompagné d'un ensemble de politiques publiques d'ordre social⁷³⁸. L'addiction à la drogue

⁷³⁴ Ainsi, si les chiffres de la délinquance au Portugal ont augmenté au cours des années 2000, la même tendance est observée en Espagne ou en Italie, ce qui rend cette hausse finalement difficile à interpréter.

⁷³⁵ (A.) Stevens, (C.) Hughes. *Dépénalisation et santé publique : politiques des drogues et toxicomanies au Portugal*. Paris, Ed. La découverte, 2016, pp. 22-33.

⁷³⁶ Tribune, in *Journal Le Monde*, 10 août 2022.

⁷³⁷ João Augusto Castel-Branco Goulao est un médecin portugais et l'actuel coordinateur national des médicaments pour le Portugal. Il est considéré comme l'architecte de la politique antidrogue du Portugal établie en 2000. De 2009 à 2015, il a été président de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (O.E.D.T.). Il est également le délégué à la Commission des stupéfiants des Nations Unies. À partir de 1987, il se spécialise dans le traitement des toxicomanes. De 1997 à 2002, Goulão siège au comité scientifique de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) : il s'agit d'une agence de l'Union européenne. Depuis 2005, il est le représentant du Portugal au sein de cette agence. Il exerce deux mandats en tant que président du conseil d'administration de l'O.E.D.T. (de 2009-2011 et de 2012-2015). Depuis 2005, Goulão est à la tête de la Direction générale d'intervention sur les comportements addictifs et les dépendances (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Adictivos e nas Dependências) (S.I.C.A.D.) au sein du ministère de la Santé du Portugal. Il est également président de l'Institut portugais sur les drogues et les toxicomanies (Instituto da Droga e da Toxicodependência) (I.D.T.).

⁷³⁸ (P.) Landel, (A.-C.) Zielinska, « La politique de décriminalisation des drogues au Portugal. Entretien avec le professeur Joao Goulao. Propos recueillis le 2 octobre 2015 entre Paris et Lisbonne », traduits par (P.) Landel in *Mouvements*, 2016/2 (n°86), pp 151-164.

est, certes, un problème de santé. Mais c'est avant tout un problème social avant d'être un problème criminel.

* *
 *

TABLE DES SOURCES ET DE LA BIBLIOGRAPHIE

Section I. Sources

I. Archives

II. Bulletins officiels

III. Circulaires

IV. Décrets

V. Journal officiel

VI. Rapports officiels

VII. Sources imprimées

Section II. Bibliographie

I. Ouvrages généraux

II. Articles

* *

 *

SECTION I. SOURCES

I. Archives.

- Archives de la Justice, CAC 19950397/24, *Dossiers judiciaires « toxicomanie » de Bernard Leroy*.
- Archives de la Santé, CAC 19760224/183, *Utilisation des hallucinogènes chez les jeunes. Aspects médico-sociaux* (compte rendu du colloque).
- Archives de la Santé, CAC 19900545/1, Correspondance Bureau PH5-OICS, classeurs (1961-68), (1978-79).
- Archives de la santé, CAC 1990545/1, Rapport OMS, Genève 19 mai 1971.
- Archives du BNDD, NARA (États-Unis), correspondance Bureau of Narcotics-OCRTIS, 1963, RG170/7.
- Archives du secrétariat général du gouvernement, F60 1277, *Note sur le kif, Dossiers préparatoires de la loi de 1953*.
- Archives nationales, archives du bureau de la législation civile et criminelle, BB18 2488.
- Archives nationales, F7 14835, « Dossier 19.398 cocaïne ».

II. Bulletins Officiels

- B.O. du ministère de l'Intérieur, *Exposé des motifs et rapport au président de la République précédant la publication du décret du 14 septembre 1916*, 1916, p. 422 et s.
- B.O. du ministère de la Justice, *Circulaire de la Direction des Affaires criminelles et des Grâces du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances*.

III. Circulaires

- Circulaire du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes.
- Circulaire du 15 septembre 1994 *généralisant la vente en pharmacie du Stéribox.*
- Circulaire du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés.
- Circulaire du 12 avril 1995 sur les programmes de collaboration avec les communes en matière d'automates.
- Circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.
- Circulaire DIV/MILDT du 9 janvier 2001 sur la réduction des risques dans la politique de la Ville.
- Circulaire du 30 janvier 2002 *étendant la possibilité d'initialiser un traitement à la méthadone à tout médecin exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.*
- Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n°2006-01 du 2 janvier 2006 *relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie.*
- Circulaire du 9 mai 2008 de politique pénale *relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances.*
- Circulaire DHOS/O2 n° 2008-299 du 26 septembre 2008 *relative à la filière hospitalière de soins en addictologie (ministère de la Santé).*
- Circulaire n° DGS/MC2/2009/349 du 9 novembre 2009 *relative à la mise en œuvre de l'action II-1,3 du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 ayant pour objectif de permettre aux usagers de drogue de bénéficier d'un service de proximité assurant gratuitement*

le dépistage de ces hépatites et, le cas échéant, une vaccination contre l'hépatite B (ministère de la Santé).

- Circulaire du 16 février 2012 de politique pénale relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de produits stupéfiants.

- Circulaire n° 2014-068 du 20 mai 2014, *Préparation de la rentrée scolaire 2014.*

IV. Décrets

- Décret du 13 mai 1987 *sur la vente libre de seringues en officine.*

- Décret du 7 mars 1995 donnant les bases juridiques appropriées aux programmes d'échange de seringues (P.E.S.) et de mise à disposition des seringues à titre gratuit par les associations.

- Décret n° 96-494 du 7 juin 1996 instituant une aide de l'État à la mise sur le marché de certains types de matériels destinés à la prévention de la contamination par les virus du SIDA et des hépatites.

- Décret n°98-1048 du 18 novembre 1998 *relatif à l'évaluation des politiques publiques.*

- Décret n° 2008-364 du 16/04/2008 *relatif au suivi des mesures d'injonction thérapeutique et aux médecins relais.*

- Décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 *relatif à la création de l'Agence nationale de santé publique*

V. Journal Officiel

- J.O., *Documents parlementaires, Chambre des députés, 2689*, annexe à la séance du 6 mai 1913.

- J.O., *Documents parlementaires, Sénat, 250*, annexe à la séance du 26 juin 1913.

- J.O., *Documents parlementaires : Chambre des députés*, annexe à la séance du 13 novembre 1913.

- J.O., *Débats parlementaires, Chambre des députés. Question écrite n° 2313*, annexe à la séance du 7 mai 1915.
- J.O., *Documents parlementaires, Sénat, 207*, annexe à la séance du 17 juin 1915.
- J.O., *Documents parlementaires. Sénat, 373*, annexe à la séance du 16 novembre 1915.
- J.O., *Débats parlementaires : Sénat, 28 janvier 1916*.
- J.O., *Documents parlementaires, Chambre des députés, 2251*, annexe à la séance du 24 juin 1916.
- J.O. *des établissements français de l'Océanie, Actes de l'autorité métropolitaine*, 15 janvier 1918.
- J.O., *Documents parlementaires, Débats parlementaires du Sénat*, annexe à la séance du 30 novembre 1920.
- J.O., *Documents parlementaires, Chambre des députés*, annexe à la séance du février 1921.
- J.O., *Documents parlementaires, Chambre des députés, 4461*, annexe à la séance du 15 juin 1922.
- J.O., *Lois et décrets, 178*, 30 juillet 1939.
- J.O.R.F., 14 juillet 1922, p.7367.
- J.O.R.F., 30 juillet 1939, p 9607.
- J.O.R.F., 25 décembre 1953, p.11535.
- J.O.R.F. Loi n°54-439 du 15 avril 1954, *Sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui*.
- J.O.R.F., 3 janvier 1971, p 74.
- J.O.R.F., 25 mars 2016, texte n°19.

VI. Rapports

- (E.) BLANC, *Rapport d'information n°4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Paris, Ed. Assemblée nationale, 2012, 194 p.
- C.E.S.E., *Les addictions*, Paris, Ed. Direction de l'information légale et administrative, 10 juillet 2015, 53 p
- CNCDH, *Usages de drogues et droits de l'Homme*, Paris, Ed. CNCDH, 8 novembre 2016, 108 p.
- Conseil de l'Europe, *Rapport sur la décriminalisation : affaires juridiques*, Strasbourg, Ed. du Conseil de l'Europe, 1981, 294 p.
- Cour des comptes, *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, évaluation d'une politique publique*, Paris, 16 juin 2016, 262 p.
- (J.) DESESSARD, *Rapport Cannabis n° 250 (2014-2015) fait au nom de la commission des affaires sociales*, Paris, 28 janvier 2015, 66 p.
- (A.) GROVER, *Rapport sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, Washington, Ed. Nations Unies, 27 avril 2010, 24 p.
- INSERM (dir.), *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Rapport*. Paris, Les éditions INSERM, 2010, 573 p.
- (F.-M.) LAMBERT, *Rapport n°4043 enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 1^{er} avril 2021, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative à la légalisation contrôlée de la production, de la vente et de la consommation de cannabis*, Paris, Ed. Assemblée Nationale, 1^{er} avril 2021, 67 p.
- OFDT, *Drogues et addictions : données essentielles*, Paris, Paris, Ed. OFDT, 2013, 397 p.
- OFDT, *Drogues, Chiffres Clés*, Paris, Ed. OFDT, 2015, 8 p.
- (M.) REYNAUD, *Domages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages*, Paris, Ed. MILDT, 2013, 109 p.

- NATIONS UNIES, Conseil des droits de l'Homme, Rapport annuel du Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'Homme. *Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme*, 4 septembre 2015, 18 p.

VII. Sources imprimées

- (R.) BONNARD. *Un cavalier et une dame buvant du chocolat*. Paris, Ed. Nicolas I. Bonnard, 1690-1710, 1 p.

- (M.) DE MONTAIGNE, *Essais*, Paris, Ed. Gallimard, 2021, 1376 p.

- (G.) DE SANDRAS, *Annales de la Cour et de Paris pour les années 1697 et 1698*, Cologne, Ed. Marteau, 1702, 2 vol.

- *Dictionnaire de Trévoux*, Paris, Impr. Trévoux, 1752, 15 T.

- (S.) PUFENDORF, *Le droit de la nature et des gens*, Basel, Ed. Thourneisen, 1732, 506 p.

- (A.) THEVET, *La cosmographie universelle*, Paris, Ed. G. Chaudière, 1575, 2 vol.

* *
 *
 *

SECTION II. BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages généraux

- (P.) AEBERHARD, (P.-O.) CHAUMET, (B.) LEBEAU-LEBOVIC, *La réduction des risques chez les usagers de drogues : le rôle des ONG*, Bordeaux, Ed. LEH, 2019, 116 p.
- (M.-E.) AFEWOK, (M.) DIAZ, *La Drogue*, Paris, Ed. Hachette, coll. « Qui, Quand, où ? », 2019, 84 p.
- (B.-K.) ALEXANDER, *Peaceful Measures: Canada's Way Out of the War on Drugs*, Toronto, University of Toronto Press, 1990, 401 p.
- (B.-K.) ALEXANDER, *The Globalization of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*, New York, Oxford University Press, 2010, 496 p.
- (D.) ALIMI, (M.) GANDILHON, (N.) LALAM, (I.) OBRADOVIC, (D.) WEINBERGER, *Une analyse comparée des expériences de régulation du cannabis (Colorado, État de Washington, Uruguay)*, Paris, Ed. OFDT, 2017, 75 p.
- (L.) ALLEN, (A.) KLEIN, (M.) TRACE, *Decriminalisation of drugs in Portugal : a current overview*, Oxford, Ed. The Beckley Foundation Drug Policy Programme, coll. Briefing Paper 6, 2004, 4 p.
- (M.) ANE, *La prévention familiale des addictions*, Thèse en sciences économiques, Université d'Artois, 2018, 203 p.
- ASAM, *L'addiction une maladie du cerveau*, Flyer N°46, Février 2012, 26 p.
- Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, *Les méfaits de l'alcool*. Paris, 1895.
- (A.) AUBRY, *La question des stupéfiants et le droit positif : contribution à l'étude d'une mystique*, Besançon, Impr. de Millot frères, 1932, 223 p.
- (O.) BACHELET, *Cours de droit pénal général*, Paris, Ed. Groupe ISP, 2024, 325 p.

- (M.-D.) BARRE, (S.) DELAITRE, (M.-L.) POTTIER, *Toxicomanie, police, justice : trajectoires pénales*, Guyancourt-Paris, Ed. CESDIP-OFDT, 2001, 98 p.
- (C.) BAUDELAIRE, *Les paradis artificiels*, Paris, Ed. Poulet-Malassis et De Broisé, 1860, 109 p.
- (D.) BEAR, (N.) EASTWOO, (M.) SHINER, *The numbers in black and white : Ethnic disparities in the policing and prosecution of drug offences in England and Wales*, Londres, Ed. Release, 2013, 58 p.
- (L.) BEAUCHESNE, *La légalisation des drogues... Pour mieux en prévenir les abus*, Québec, Ed. Méridien, coll. Repères, 1992, 383 p.
- (F.) BECK, (P.) PERETTI-WATTEL, *EROPP 99 : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris, Ed. OFDT, 2000, 203 p.
- (F.) BECK, (S.) LEGLEYE, (P.) PERETTI-WATEL, *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. EROPP 2002*, Paris, OFDT, 2003, 227 p.
- (C.) BEN LAKHDAR, *Le trafic de cannabis en France : Estimation des gains des dealers afin d'apprécier le potentiel de blanchiment*, Paris, Ed. OFDT, 2007, 21 p.
- (C.) BEN LAKHDAR, (P.) KOPP, (R.) PEREZ, *Cannabis : réguler le marché pour sortir de l'impasse*, Paris, Ed. Terra Nova, 19 décembre 2014, 29 p.
- (C.) BEN LAKHDAR, (J.-M.) COSTES, *Contrôler le marché légalisé du cannabis en France. L'exemple fondateur de l'ARJEL*, Paris, Ed. Terra Nova, 4 octobre 2016, 24 p.
- (J.) BERNAT DE CELIS, *Drogues : consommation interdite (la genèse de la loi de 1970 sur les stupéfiants)*, Paris, Ed. L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 1998, 252 p.
- (Y.) BISIYOU, *Les monopoles des stupéfiants*, thèse de doctorat en droit, Université Paris X, 1994, 1332 p.
- (B.) BLUM. *Cultures Cannabis. Un livre à faire tourner*, Paris, Ed. Scali, 2007, 304 p.
- (J.) BUILLY, *La lutte contre le trafic et l'abus des stupéfiants*, Marseille, Imprimerie Saint Lazare, 1933, 138 p.

- (C.) BULARD, (J.-J.) YVOREL, *Consommation de drogues, représentations sociales et attitudes du pouvoir en France 1800-1988*, Reims, Ed. CAST, mars 1993, 523 p.
- (W.) BUNTING, (E.) (EDWARDS, (L.) GARCIA, *The War on Marijuana in black and white*, New-York, Ed. American Civil Liberties Union, septembre 2013, 185 p.
- (A.) CADET-TAÏROU, (S.) DAMBÉLÉ, *Les CAARUD en 2010, Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD*, Saint-Denis, Ed. OFDT, avril 2014, 51 p.
- (R.) CAILLOIS, *Les Jeux et les Hommes : le masque et le vertige*, Paris, Ed. Gallimard, 1958, 306 p.
- (G.) CATTANEO, *Je consomme... Et alors ?*, Paris, Ed. AIDES, 2013, 48 p.
- (Dr.) CAUFEYNON, *Histoire de la femme (1904) (son corps, ses organes, son développement, etc.)*, Paris, Société Parisienne d'Édition, 1904, 324 p.
- (I.) CHARRAS, *La prohibition des drogues, regard croisés sur un interdit juridique*, Rennes, Ed. P.U.R., 2005, 142 p.
- CNCDH, *Avis du 8 novembre 2016, Usages de drogues et droits de l'Homme*, JORF n°0055 du 5 mars 2017, texte 31 sur 63.
- (P.) COCHAT, (G.) PICHEROT, (C.) STHENEUR, *Addictions chez l'enfant et l'adolescent*, Reuil-Malmaison, Ed. Doin, 2014, 231 p.
- (L.) COLLINS, (T.) PITTAYATHIKHUN, (W.) RHODES, (P.) SCHEIMAN, (V.) TSARFATY, *What american users spend on illegal drugs*, Austins, Ed. Spring, 1995, 74 p.
- COMITÉ FRANÇAIS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ, *La drogue, parlons-en avant qu'elle ne lui parle*, Paris, Ed. Comité Français d'Éducation pour la Santé, 1987.
- (D.) COURTWRIGHT, *De passion à poison. Les drogues et la construction du monde moderne*. Québec, Ed. Presses de l'Université Laval, 2008, 320 p.
- (M.-C.) D'AULNOY, *La Cour et la ville de Madrid vers la fin du XVII^{ème} siècle. Relation du voyage d'Espagne*, Paris, Ed. Plon, 1874, 568 p.
- (O.) DE COCK, *Le patient toxicomane, le produit et l'environnement*, New York, conférence Alto, 2014, 13 p.

- (M.) DELAHAYE, *L'absinthe : histoire de la fée verte*, Paris, Ed. Berger-Levrault, 1983, 128 p.
- (M.) DE SAINT-VINCENT, (G.) MURKIN, (I.) OBRADOVIC, *Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après*, Paris, Ed. O.F.D.T, juin 2021, 27 p.
- (A.) DE TOCQUEVILLE, *De la démocratie en Amérique*, Paris, Ed. Gosselin, 1935, 4 vol.
- *Drogues et droits de l'Homme*, Paris, Ed. LDH dossiers et documents, 1996, 36 p.
- (F.-X.) DUDOUE, *Le grand deal de l'héroïne*, Paris, Ed. Syllepse, coll. Histoire : enjeux et débats, 2009, 306 p.
- (J.-B.) DUVERGIER, *Recueil*, Paris, Ed. Sirey, 1845, T.45.
- (N.) ELIAS, *La civilisation des mœurs*, Paris, Ed. Pocket, coll. Agora, 2003, 528 p.
- (J.-C.) FARCY, *Les camps de concentration français de la première guerre mondiale (1914-1920)*, Paris, Ed. Anthro-pos-historiques, 1995, 373 p.
- (D.) FASSIN, *La force de l'ordre : une anthropologie de la police des quartiers*, Paris, Ed. Seuil, 2011, 408 p.
- (D.) FASSIN, *L'ombre du monde : une anthropologie de la condition carcérale*, Paris, Ed. Seuil, 2015, 612 p.
- FÉDÉRATION ADDICTION (Dir.), *Addiction et milieu carcéral, Les articulations entre les professionnels de santé de l'intra-muros et de l'extra-muros*, Paris, Ed. Fédération addiction, décembre 2013, 25 p.
- (M.) FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Ed. Gallimard, Paris, 1976, 688 p.
- (M.) FOUCAULT, *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère*, Paris, Ed. Gallimard, coll. Folio Histoire, 1973, 432 p.
- (M.) FOUCAULT, *Surveiller et punir*, Ed. Gallimard, Paris, 1975, 360 p.
- (S.) FREUD, *Malaise dans la civilisation*, Paris, Ed. Point, 2010, 192 p.

- (J.) FREYSSINET-DOMINJON, (D.) NOURRISSON, *L'École face à l'alcool. 100 ans d'enseignement antialcoolique*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 1995, 204 p.
- (S.) GEISMAR-WIEVIORKA, *Soigner les drogués du sevrage aux salles de shoot*, Paris, Ed. Odile Jacob, 2016, 240 p.
- GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY, *Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues*, Paris, Ed. G.C.D.P., septembre 2014, 45 p.
- (E.) GODEAU, *Le tabac en France de 1940 à nos jours. Histoire d'un marché*, Paris, Ed. Presses universitaires de Paris-Sorbonne, 2008, 472 p.
- (D.) GROS, *Naissance de la Troisième République*, Ed. Leviathan, Paris, 2014, 532 p.
- *Guides de travail des étapes de Narcotiques Anonymes*, Van Nuys, Ed. Narcotics Anonymous World Services, 2002, 143 p.
- (H.CSP), *La santé en milieu carcéral*, Rennes, Ed. ENSP, 1993, 127 p.
- INSERM, *Conduite addictive chez les adolescents. Usage, prévention et accompagnement*, Paris, Ed. I.N.S.E.R.M, 2014, 60 p.
- (J.-P.) JEAN, *Le système pénal*, Paris, Ed. La Découverte, coll. Repères, 2008, 128 p.
- (G.) JEANSON, *La Lettre du Centre National de Prévention, d'Etudes et de Recherches sur les Toxicomanies (C N P E R T), n°CXII*, septembre 2019, 1 p.
- (J.) JENNINGS. *The Opium Empire : Japanese Imperialism and Drug trafficking in Asia, 1895-1945*, Londres, Ed. Bloomsbury Academic, 1997, 176 p.
- (J.) KELLER, *Sex macht frei*, Paris, Ed. Tête de Gondole, 2020, 265 p
- (A.) LABROUSSE, *Géopolitique des drogues*, Paris, Ed. P.U.F., Coll. Q.S.J. ?, 2011, 128 p.
- (R.-J.) MAC COUN, (P.) REUTER, *RAND studies in policy analysis. Drug war heresies: Learning from other vices, times, and places*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001, 479 p.

- (J.P.) MACHELON, *La république contre les libertés ? Les restrictions aux libertés publiques (1789-1914)*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1976, 461 p.
- (A.) MARCHANT, *Drogues et drogués en France (1945-1990). Recherches sur les usages et les représentations de la drogue, les pratiques policières et judiciaires, les réponses politiques et sociales à la toxicomanie*, Thèse Université Paris I, 2008, 592 p.
- (M.) MARZANO, *L'éthique appliquée*, Paris, Ed. P.U.F, coll. Que sais-je ?, 2018, 128 p.
- (S.) MASSIN, *La dépénalisation du cannabis*, Paris, Ed. L'Harmattan, 2006, 166 p.
- MILDECA-OFDT, *Impact des consommations de substances psychoactives sur le travail : le regard des dirigeants, des responsables R.H. et des représentants du personnel/syndicats*, Paris, Ed. OFDT, octobre 2015, 6 p.
- MILDT, *Savoir plus, risquer moins*, Paris, Ed. Seuil, coll. Points Virgule, 2001, 146 p.
- (M.) MILHET, *APACHES. Attentes et PARcours liés au CHEmSex*, Paris, Ed. OFDT, 2019, 98 p.
- (M.) MILHET, (T.) NÉFAU, *Chemsex, slam. Renouvellement des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH*, Paris, Ed. OFDT, 2017, 32 p.
- (M.) MILNER, *L'imaginaire des drogues*, Paris, Ed. Gallimard, 2000, 457 p.
- (R.) MOLIMARD, *La fume. Smoking*. Paris, Ed. Sides, 2003, 270 p.
- (G.) MONGREDIEN, *Madame de Montespan et l'Affaire des Poisons*, Paris, Ed. Hachette, 1968, 222 p.
- (M.) MONTARRON, *Le poison blanc*, Paris, Ed. Denoël, 1938, 219 p.
- (A.) MOREL, *Débat sur légalisation, dépénalisation, décriminalisation, libéralisation des drogues. Éléments de langage pour sortir de la confusion et des malentendus*, Paris, Ed. F.F.A., 16 mars 2012, 6 p.
- (A.) MOREL, *Drogues : faut-il interdire ?*, Paris, Ed. Dunod, 2011, 288 p.
- (B.) MOREL, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ses variétés malades*, Paris, Ed. Baillière, 1857, 700 p.

- (M.) NEVEUX, *Jeux de hasard*, Paris, Ed. Gallimard, 1967, 467 p.
- (D.) NOURRISSON, *Le tabac en son temps. De la séduction à la répulsion*. Rennes, Ed. École Nationale de Santé Publique, 1999, 96 p.
- (D.) NOURRISSON, *La saga Coca-Cola*. Paris, Ed. Larousse, 2008, 288 p.
- (D.) NOURRISSON, *Cigarette. Histoire d'une allumeuse*. Paris, Ed. Payot, 2010, 328 p.
- (D.) NOURRISSON, *Crus et cuites. Histoire du buveur*, Paris, Ed. Perrin, coll. Pour l'histoire, 2013, 394 p.
- (D.) NOURRISSON, *Au péché mignon. Histoire des femmes qui consomment jusqu'à l'excès*. Paris, Ed. Payot, 2013, 256 p.
- (I.) OBRADOVIC, *La légalisation du cannabis au Canada. Genèse et enjeux de la réforme*, Paris, Ed. OFDT, 2018, 26 p.
- (C.) OLIEVENSTEIN, *La drogue ou la vie*, Paris, Ed Laffont, 1983, 260 p.
- OMS, *Life skills education in schools*, Genève, Ed. OMS, 1993, 49 p.
- OMS, *Briefing note, Improving access to medication controlled under international drug conventions*, Genève, Ed. OMS, février 2009, 4 p.
- OMS, *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations* Genève, Ed. OMS, 2014, 159 p.
- ONUSIDA, *The Gap Report*, Genève, Ed. ONUSIDA, , 2014, 79 p.
- (B.) PASCAL, *Pensées*, Paris, Ed. Livre de Poche, 2000, 736 p.
- (X.) PAULES, *L'opium, une passion chinoise (1750-1950)*, Paris, Ed. Payot et Rivages, 2011, 320 p.
- (A.) PEYREFITTE, *La drogue, ce qu'ont vu, ce que proposent médecins, juges, policiers, ministres*, Ed. Plon, Paris, 1970, 248 p.
- (H.) PIOUFFLE, *Les psychoses cocaïniques*, Paris, Ed. A.Maloine et fils, 1919, 268 p.
- (N.) PITSOS, *Les sirènes de la Belle Époque. Histoire des passions toxicomanes en France au début du siècle*. Paris, Ed. Le Manuscrit, 2012, 137 p.

- (J.) PRADEL, *Droit pénal général*, Paris, Ed. Cujas, 19ème édition, 2012, 828 p.
- (C.) QUÉTEL, *L’Affaire des Poisons. Crime, sorcellerie et scandale sous le règne de Louis XIV*, Paris, Ed. Tallandier, 2021, 320 p.
- (E.) RETAILLAUD-BAJAC, *Les paradis perdus. Drogues et usagers de drogues dans la France de l’entre-deux-guerres*, Rennes, Ed. Presses Universitaires de Rennes, 2009, 472 p.
- (H.) RIGAL, *Les stupéfiants: opium, morphine, cocaïne, éther, haschich, etc.*, Paris, Attinger frères éditeurs, 1916, 48 p.
- (P.) RODET, *Morphinomanie et morphinisme: mœurs, symptômes, traitement, médecine légale*, Paris, Ed. 108, 1897, 331 p.
- (S.) ROLLES, *Débattre les drogues. En faveur d’une réglementation. Un guide à l’argumentaire*, Londres, Ed. Transform Drug Policy Foundation, Royaume-Uni, 2020, 31 p.
- (J.-L.) ROMERO-MICHEL, *Comment survivre à l’innacceptable ?*, Paris, Ed. Michalon-Massot, 2020, 277 p.
- (B.-P.) ROQUES, *La dangerosité des drogues. Rapport au secrétariat d’État à la santé*, Paris, Ed. Odile Jacob, 1999, 192 p.
- (M.) ROSENZWEIG, *Les drogues dans l’histoire : entre remède et poison*, Paris, Ed. De Boeck , 1999, 198 p.
- (W.) SCHIVELUSCH, *Histoire des stimulants*, Paris, Ed. Gallimard, 1991, 128 p.
- (D.) SICARD, *L’éthique médicale et la bioéthique*, Paris, Ed. P.U.F., coll. Que sais-je ?, 2011, 128 p.
- (L.) SLATER, *Opening Skinner’s Box : Great Psychological Experiments of the Twentieth Century*. New York, Ed. Norton and Co, 2005, 288 p.
- (A.) THEVET, *Les singularités de la France antarctique autrement nommée Amérique (1555-1558)*, Paris, Ed. La Découverte, 1983, 76 p.
- (C.) VAILLE, *Les Stupéfiants, fléau social*. Paris, Ed. Expansion scientifique, 1955, 194 p.
- (J.-P.) VALLA, *L’expérience hallucinogène*, Paris, Ed. Masson, 1983, 220 p.

- (J.-P.) VALLA, *Les états étranges de la conscience*, Paris, Ed. PUF, 1992, 148 p.
- (A.) VAN GENNEP, *Les rites de passage*, Ed Picard, Paris, 1994, 226 p.
- (R.) VIDAL, *La question des stupéfiants et leur régime international*, Montpellier, Ed. Causse et Graille-Castelnau, 1940, 475 p.
- (J.-J.) YVOREL, *Les poisons de l'esprit. Drogues et drogués au XIX^{ème} siècle*, Paris, Ed. Quai Voltaire, 1992, 322 p.
- (J.) ZARCA, *Chems*, Paris, Ed. Grasset, 2021, 213 p.

II. Articles

- (S.-H.) AHMED, « Validation Crisis in Animal Models of Drug Addiction: Beyond Non-disordered Drug Use toward Drug Addiction », *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol.35, 2010, pp. 172-184.
- (B.-K.) ALEXANDER, (B.-L.) BEYERSTEIN, (R.-B.) COAMB, (P.-F.), HADAWAY, « The effects of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats », in *Pharmacology, Biochemistry, & Behavior*, 1981, pp. 571-576.
- (B.-K.) ALEXANDER, (A.-R.F.) SCHWEIGHOFER, « Redefining Addiction », in *Canadian Journal of Psychology* », vol.29, 1988, pp. 151-163.
- (B.-K.) ALEXANDER, « The globalization of addiction », in *Addiction Research*, 2000, pp. 501-526.
- (R.) ANDLER, (A.) BRISSOT, (S.) CHYDERIOTIS, (C.) COGORDAN, (E.) JANSSEN, (O.) LE NÉZET, (A.) PHILIPPON, (J.-B.) RICHARD, (S.) SPILKA, « Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017 », in *Revue Tendances*, n° 128, 2018, 6 p.
- (H.) ARENDT, « Questions de philosophie morale », in *Responsabilité et jugement*, Paris, Ed. Payot & Rivages, 2009, p.115.
- (M.-D.) BARRÉ, (T.) GODEFROY, « Le consommateur de produits illicites saisi par la police », in *Questions Pénales*, 2000, 4 p.

- (M.-D.) BARRÉ, (T.) GODEFROY, (C.) CHAPOT, « Le consommateur de produits illicites et l'enquête de police judiciaire. Etude exploratoire à partir des procédures de police judiciaire », in *Etudes et Données Pénales*, n° 82, 2000, 55 p.
- (M.)-(D.) BARRÉ, « La répression de l'usage de produits illicites, état des lieux », in *Questions Pénales*, 2008, 4 p.
- (T.) BASTIANIC, M. JAUFFRET-ROUSTIDE, (L.) MICHEL, (I.) OBRADOVIC, « Politique de santé et services de soins concernant les drogues en prison (Thème spécifique) », in *OFDT (Dir.) Rapport national 2011 (données 2010) à l'O.E.D.T. par le point focal national Reitox – France*, 2011, pp. 181-223.
- (T.) BASTIANIC, (O.) LE NÉZET, (M.-L.) TOVAR, « Perceptions et opinions des Français sur les drogues », in *Revue Tendances*, n° 88, 2013, 6 p.
- (F.) BECK, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 », in *Revue Tendances*, n°99, mars 2015, pp. 1-2.
- (F.) BECK, (A.) GAUTIER, (R.) GUIGNARD, (J.-B.) RICHARD, « Consommations de médicaments psychotropes en population générale. Données du Baromètre santé », in *Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances*, 2012, pp. 38-43.
- (F.) BECK, (A.) GAUTIER, (O.) LE NÉZET, (V.) NGUYEN-THANH, (J.-B.) RICHARD, (S.) SPILKA, « Cannabis : usages actuels en population adulte. Résultats de l'enquête Baromètre santé 2016 », in *Revue Tendances*, n° 119, 2017, 4 p.
- (F.) BECK, (C.) CASERIO-SCHÖNEMANN, (N.) LATOUR, (V.) NGUYEN-THANH, « les addictions en France au temps du confinement », in *Revue Tendances*, n° 139, septembre 2020, 8 p.
- (A.). BENEZECH, (D.) DENIAU, (B.) LEBEAU, (C.) SUEUR, (C.) ZISKIND, « Les substances hallucinogènes et leurs usages thérapeutiques », in *Revue de la littérature*, 2000, 50 p.
- (M.) BÉNÉZECH, (C.) DE BEAUREPAIRE, (C.) KOTTLER, « Introduction à l'étude de la dangerosité », in *Les Dangerosités*, Paris, Ed. John Libbey Eurotext, 2004, pp. 7-11.

- (C.) BEN LAKHDAR, « La culture du cannabis en France : implications, volume et qualité estimés », in *Alcoologie & Addictologie*, 2009, pp. 121-127.
- (C.) BEN LAKHDAR, (M.) TANVÉ, « Évaluation économique de la loi du 31 décembre 1970 réprimant l'usage et le trafic de stupéfiants », in *Revue Psychotropes*, vol.19, 2013, pp 27-48.
- (C.) BEN LAKHDAR, (D.) WEINBERGER, « Du marché du cannabis au marché du THC en France. Implications pour le système d'offre et les politiques de lutte contre les trafics illicites de stupéfiants », in *Revue française de socio-Economie*, 2011, pp. 123-145.
- (M.-B.) BIECHELER, (B.) GADEGBEKU, (B.) LAUMON, (J.-L.) MARTIN, « Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study », in *British Medical Journal*, vol.331, n°7529, pp. 1371-1374.
- (J.) BINET, « Drogue et mystique: Le Bwiti des Fangs » in *Diogenes*, 1974, vol. 86, pp. 34-57.
- (B.) BOULOC, « Les causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité », in *Droit pénal général*, Paris, Ed. Dalloz, 2009, p.329.
- (M.-A.) BOZARTH, (A.) MURRAY, (R.-A.) WISE, « Influence of housing conditions on the acquisition of intravenous heroin and cocaine self-administration in rats », in *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, vol.33, 1989, pp. 903-907.
- (D.) BRAHAM, « Beaucoup de personnes dépendantes en Colombie-Britannique n'ont pas de voie facile pour se rétablir », in *Vancouver Sun*, 20 juillet 2018.
- (A.-C.) BRISACIER, (C.) DIAZ GOMEZ, (M.) MILHET, (J.) MOREL D'ARLEUL, « Interventions en réduction des risques et des dommages », in *Drogues et addictions, données essentielles*, Paris, Ed. OFDT, 2019, pp. 95-98.
- (A.) BRISSOT, (S.) CHYDERIOTIS, (E.) JANSSEN, (O.) LE NÉZET, (A.) PHILIPPON, (S.) SPILKA, « Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers. Le point sur la recherche en cours », in *Revue Tendances*, n° 131, avril 2019, 8 p.
- (A.) BRISSOT, (S.) SPILKA, « opinions et perceptions sur les drogues en 2018 », in *Drogues et addictions, données essentielles*, Paris, O.F.D.T, 2019, pp. 87-90.

- (B.) BROERS, (J.) PERDRIX, « Une nouvelle classification des drogues ? », in *Revue médicale suisse*, 30 mars 2011 n°288, pp. 726-727.
- (G.) BROUSSE, (L.) LEGUHEUR, (M.) SAUTEREAU, « Alcool et soins sous contrainte », in *Revue EMC Psychiatrie*, 2010, pp. 1-12.
- (E.-H.) CAITLIN, « What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs ? », in *British Journal of Criminology*, 2010, vol.50, pp. 999-1022.
- (E.-H.) CAITLIN, (A) STEVENS, « A resounding succes or a disastrous failure : re-examining the interprÉtation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs », in *Drug and Alcohol Review*, vol. 31, 2012, pp. 101-113.
- (J.-P.) CAULKINS, (P.) REUTER, « What Price Data Tell Us about Drug », in *Journal of Drug issue*, vol.28, 1998, pp. 593-612.
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE, « Pour les sciences de la vie et de la santé sur les toxicomanes », in *Réflexions éthiques : usage, l'abus et le tort fait à autrui, le mal fait à soi-même*, n°43-23, novembre 1994, 66 p.
- (I.) CHARRAS, « Genèse et évolution de la législation relative aux stupéfiants sous la Troisième République », in *Déviance et société*, 1998 vol. 22, n°4, pp. 367-387.
- (I.) CHARRAS, « Soupçons sur la police des stupéfiants (1900-1940) », in *Juges, notaires et policiers délinquants*, 1997, pp. 164-184.
- (O.) COTTECIN, (T.) DANIEL, (L.) KARILA, « Refus de soins en addictologie : choix ou contrainte ? », in *Alcool Addict*, 2009, vol. 31, pp. 77-80.
- (J.-M.) COSTES, (O.) LE NÉZET, (S.) SPILKA, (C.) LAFFITEAU, « Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008) », in *Revue Tendances*, n° 71, 2010, 6 p.
- (A.) COUGNARD, (M.) TOURNIER, (H.) VERDOUX, « Impact of substance use on the onset and courseof early psychosis », in *Schizophrenia Research*, 2005, vol.79, pp. 69-75.
- (M.) COURTOIS-SUFFIT, (R.) GIROUX, « Le trafic de la cocaïne d'après des documents judiciaires récents, son extension et sa répression insuffisante », in *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 21 juin 1921, n°25, pp. 120-125.

- (P.) DALGARNO, (D) SHEWAN, « Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland) : Evidence for controlled heroin use? », in *British Journal of Health Psychology*, 2005, vol.10, pp. 33-48.
- (T.) DANIEL, « Aspects historiques de l'injonction de soins dans les addictions », in *La lettre du psychiatre*, vol. 6, mai-juin 2010, pp. 72-76.
- (R.) DE CASTELNAU, « Affaire Sarah Halimi : le sens d'une décision judiciaire », in *Vu du droit*, 20 décembre 2019.
- (F.) DE LAHARPE, « Alcool et enfance maltraitée », in *Alcoologie et addictologie*, T.23, n°3, septembre 2001, pp. 460-462.
- (P.-J.) DOLL, « Les médecins et la loi du 31.12.1970 sur la lutte contre la toxicomanie », in *La Presse Médicale*, vol. 29, 1971, pp 877-879.
- (P.-J.) DOLL, « la lutte contre la toxicomanie », in *Gazette du Palais*, 9 mars 1971, pp 117-128.
- (A.) DUNANT, (S.) GUÉRIN, (C.) HILL, (A.) LAPLANCHE, « Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009 », in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°16-17-18, 7 mai 2013, pp. 163-168.
- (A.) EHRENBURG, « Drogues : qu'interdit-on ? Qui soigne-t-on ? Que punit-on ? », in *Le Monde*, 30 septembre 1997.
- (M.-C.) FARRELLY, (J.) DE SIMONE, « Price and Enforcement Effects on Cocaine and Marijuana Demand Economic Inquiry », in *Economic Inquiry*, 2003, vol.41, pp. 98-115.
- (P.) FENOGLIO, (P.) KOPP, (V.) PAREL, « Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en France, 2000. Actualité et dossier en santé publique », in *la Documentation française*, juin 2006, pp. 69-74.
- (S.) FERREIRA, *La politique radicale du Portugal en matière de drogue fonctionne. Pourquoi le monde ne l'a-t-il pas copiée ?*, in *The Guardian*, 5 décembre 2017.
- (N.) FORTANÉ, « La carrière des « addictions », d'un concept médical à une catégorie d'action publique », in *Revue Genèses*, 2010/1, n°78, pp. 5-24.

- (V.) GAUTRON, « La loi du 5 mars 2007, la fin de la singularité du modèle français de prévention de la délinquance », in *AJ Pénal*, mai 2007, pp. 205-209.
- (V.) GAUTRON, (J.-N.) RETIÈRE, « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées », in (J.) Danet (coord.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, P.U.R., octobre 2013, pp. 211-251.
- (V.) GAUTRON, (P.) RAPHALEN, « Les stages : une nouvelle forme de pénalité ? », in *Déviance et Société*, 2013, vol. 37, n°1, pp. 25-48.
- (A.) GERBEAUX, (M.) POULHES, « Les mineurs sont moins interpellés pour usage de stupéfiant : l'effet de l'amende forfaitaire délictuelle », in *Revue Psychotropes*, 2022, vol. 28, pp. 105-133.
- (P.) GIOANNI, « Substances vénéneuses », in *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, Paris, Ed. Dalloz, 2008, 8 vol.
- (B.) GOLDACRE, « The cocaine study that got up the nose of the US », in *Guardian Retrieved*, 13 juin 2009.
- (G.) GUÉRIN, « Contexte et genèse d'une réforme », in *La santé en prison*, n° 44, septembre 2003, pp. 18-21.
- (H.) HAGAN, « Systematic review and meta-analysis of interventions to prevent Hepatitis C among people who inject drugs », in *Journal of Infectious Diseases*, 2011, pp. 74-83.
- (C.) HUGUES, (A.) STEVENS, « Dépenalisation et santé publique : politiques des drogues et toxicomanies au Portugal », in *Mouvements*, 2016/2 (n°86), pp. 22-33.
- (C.) INGRAHAM, « Le Portugal a décriminalisé les drogues il y a 14 ans. Aujourd'hui, presque plus personne ne meurt d'overdose », in *L'indépendant*, 7 juin 2015.
- (D.) JAYLE, « Comment est née la loi de 1970 », in *Revue SWAPS*, n° 60, 2010, pp 11-15.
- (J.-P.) JEAN, « La toxicomanie entre santé publique et ordre public », in *Drogues, église et société*, Commission sociale de l'épiscopat, Paris, Ed. Cerf, septembre 1997, pp. 209-234.
- (J.-P.) JEAN, « La répression aggravée des usagers de stupéfiants depuis la loi du 5 mars 2007 », in *Archives de politique criminelle*, n°31, 2009, pp. 145-154.

- (J.-P.) JEAN, (A.) KENSEY, « Usage licite de chiffres stupéfiants », in *Revue Pénombre*, n° 2, décembre 1993, pp. 5-11.
- (F.) JOBARD, (R.) LÉVY, « Les contrôles au faciès à Paris », in *Plein droit*, 2009, pp. 11-14.
- (F.) JOBARD, « Police, justice et discriminations raciales », in D. Fassin, E. Fassin (dir.), *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française*, Paris, Ed. La Découverte, 2009, pp. 211- 229.
- (D.) KALIFA, « Insécurité et opinion publique au début du vingtième siècle », in *Les Cahiers de la sécurité intérieure*, 1994, vol. 17, pp. 65-76.
- (T.) KERR, « Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users », in *Lancet*, 2005, pp. 316- 318.
- (P.-A.) KOPP, (P.) FENOGLIO, « Les drogues sont-elles bénéfiques pour la France ? », in *Revue économique*, vol.62, pp. 899-918.
- (P.) LANDEL, (A.-C.) ZIELINSKA, *La politique de décriminalisation des drogues au Portugal. Entretien avec le professeur Joao Goulao. Propos recueillis le 2 octobre 2015 entre Paris et Lisbonne*, traduits par (P.) Landel in *Revue Mouvements*, 2016/2 (n°86), pp 151-164.
- (E.) LANGLAIS, « Les criminels aiment-ils le risque ? » in *Revue économique*, 2010, vol.61, pp. 263-280.
- (C.) LAZERGES, « Les fonctions de la peine et la toxicomanie », in *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1988, pp. 857 et s.
- (C.) LAZERGES, « Les problèmes actuels de politique criminelle », in *Problèmes actuels de science criminelle*, vol. V, Institut de sciences pénales et de criminologie, Aix-en-Provence, Ed. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 1992, pp. 91-110
- (G.) LE BEGUEC, « L'évolution de la politique gouvernementale et les problèmes institutionnels », in *Edouard Daladier chef de gouvernement (avril 1938-septembre 1939)*, Paris, Ed. Presses de la F.N.S.P., 1977, pp. 55-74.
- (C.) LEV-STRAUSS, « Les champignons dans la culture », in *Anthropologie structurale II*, Paris, Ed. Plon, 1973, pp 263-279.

- (D.) LIGER, « Fonction de la justice : mieux juger ou traiter les flux policiers ? », in *Gaz. Pal. tri-hebdomadaire*, n°133-134, 12-13 mai 2004, p.5.
- (E.) MAC RAE: « Santo Daime and Santa Maria. The licit ritual use of ayahuasca and the illicit use of cannabis », in *A Brazilian Amazonian religion, The International Journal of Drug Policy*, 1998, pp. 325-338.
- (J.) MAISONDIEU, « Les addictions ne sont pas seulement des maladies », in *Revue Dépendances*, n°59, janvier 2017, pp. 12-14.
- (A) MARCHANT, « Les conventions internationales sur les stupéfiants au XXème siècle », in *Revue Swaps*, 2015, pp. 11-15.
- (J.-F.) MARMION, « L’histoire des troubles mentaux », in *Les grands dossiers des Sciences Humaines*, n°28, septembre 2012, pp. 26-27.
- (G.) MENANT, « le commissaire Carrère raconte sa victoire sur le gang de la drogue », in *Paris-Match*, 13 août 1968, pp. 72-75.
- (J.) MUCCHIELLI, « Affaire Sarah Halimi : cannabis, meurtre antisémite et irresponsabilité pénale », in *Dalloz actualité*, 14 janvier 2020.
- (C.) NISBET, (T.) FIROUZ, (V.) FIROUZ, « Some Estimates of Price and Expenditure Elasticities of Demand for Marijuana Among U.C.L.A. Students », in *The Review of Economics and Statistics*, vol. 54, 1972, pp. 473-475.
- (D.) NOURRISSON, « La représentation des drogues dans l’histoire des sociétés. Le cas français », in *Revue drogues santé et société*, vol.16, n°2, octobre 2017, pp. 1-14.
- (I.) OBRADOVIC, « La réponse pénale à l’usage de stupéfiants », in *Revue Tendances*, n°72, novembre 2010, 6 p.
- (I.) OBRADOVIC, « La pénalisation de l’usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives Enjeux et controverses », in *Déviance et Société*, 2012, vol.36, pp. 441-469.
- (I.) OBRADOVIC, « Trente ans de réponse pénale à l’usage de stupéfiants », in *Tendances*, n° 103, octobre 2015, 6 p.

- (J.-L.) OEI, « La consommation d'alcool pendant la grossesse et son impact sur la mère et l'enfant », in *Addiction*, vol. 115, n°11, novembre 2020, pp. 2148-2163.
- OFDT, « Décès directement liés aux drogues », in *Revue Tendances*, n° 133, juillet 2019, 8 p.
- OFDT, « Usagers, marchés et substances : évolutions récentes (2018-2019). Le point sur la recherche en cours » in *Revue Tendances*, n° 136, décembre 2019, 8 p.
- (C.) OLIEVENSTEIN, « Toxicomanies : alcool, tabac, drogue », in *Histoire, Économie et Société*, 1988, pp. 439-441.
- (F.) PAILLE, (M.) REYNAUD, « L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France », in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°25-26, 7 juillet 2015, pp. 440-449.
- (P.) PERETTI-WATEL « Usagers interpellés, usagers déclarés : les deux visages du fumeur de cannabis », in *Déviance et Société* 2004, vol. 28, pp. 335-352.
- (M.) PERRIN, « Logique « sauvage » des psychotropes : le cas des sociétés chamaniques », in *Revue Psychotropes*, vol. VI, n°3, 1991 pp. 9-15.
- (L.-F.-E.) RENAUDIN, « De l'alcoolisme chronique par M. le D^r Magnus Huss », in *Annales médico-psychologiques*, 1853, pp. 60-83.
- (P.) ROBERT, « L'utilisation du concept d'acteur social dans l'étude du crime », in *Collectif, Acteur social et délinquance*, Liège-Bruxelles, Ed. Mardaga, 1990, pp. 107-129.
- (D.) ROMAN, « À corps défendant, la protection de l'individu contre lui-même », in *Recueil Dalloz*, 2007, pp. 1284-1293.
- (M) SANDRESCHI, « Décriminalisation des drogues : Portugal et Canada aux antipodes », in *Revue L'esprit libre* 2022, 9 p.
- (A.-J.) SASCO, « Cancer, environnement et populations à l'heure de la mondialisation », in *Revue Oncologie*, 2007, vol. 9, pp. 380-391.
- (J.-L.) SENON, (D.) ZAGURY, « L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive », in *L'information psychiatrique*, 2014, vol. 90, n°8, pp. 627-629.
- (S.) SPILKA, « Les usages de drogues en population adolescente en 2010 et 2011 », in *Les Cahiers Dynamiques*, 2012, pp. 24-31.

- (S.) SWIDERSKI, « La fonction psychologique et socio-religieuse des drogues sacrées au Gabon », in *Journal of Religion in Africa*, vol. 8, no. 2, 1976, pp. 123–132.
- (M.) TUBIANA, « A-t-on le droit de se droguer ? », introduction au colloque du 3 février 1996 organisé par la Ligue des Droits de l’Homme, in *Drogues et droits de l’Homme*, Paris, Ed. LDH dossiers et documents, 1996, 36 p.
- (M.) VALLEUR, « À propos des addictions sans drogue », in *Études*, octobre 2007, vol. 407, pp. 331-342.
- (D.) VIRIOT-BARRIAL, « La lutte contre la toxicomanie dans la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance : un enjeu de santé publique », in *Gaz. Pal*, 6 avril 2007, pp. 22-24.

* *
 *

Annexe

PROPOSITION DE LOI

*visant à supprimer les sanctions pénales
liées à l'usage de stupéfiants*

présentée par

[NOMS DES DÉPUTÉ·E·S]

à l'initiative du Collectif pour une nouvelle politique des drogues (CNPD),
groupement inter-associatif⁽¹⁾.

(1) Associations membres: Association Guyanaise de réduction des risques (AGRRR), AIDES, Autosupport des usagers de drogues (ASUD), Cannabis Sans Frontières, collectif Police Contre la Prohibition, Fédération Addiction, Ligue des Droits de l'Homme, Groupe de Recherches Clinique sur les Cannabinoïdes (GRECC), Médecins du Monde, NORML France, Observatoire International des Prisons, SAFE, SOS addictions, Syndicat de la Magistrature.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

La politique française en matière de drogues est encadrée par des dispositifs qui trouvent leur fondement dans la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses. Le régime d'interdiction regroupe notamment les infractions suivantes :

- l'incrimination du transport, de la détention, de l'offre, de la cession, de l'acquisition et de l'emploi illicites de stupéfiants: 10 ans d'emprisonnement et 7 500 000€ d'amende (article 222-37 du code pénal)
- l'incrimination de la présentation de l'usage de stupéfiants sous un jour favorable: 5 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende (article L. 3421-4 du code de la santé publique)
- l'incrimination de l'usage: 1 an d'emprisonnement et 3 750 € d'amende (article L.3421-1 du code de la santé publique)

Ce dispositif répressif atteint aujourd’hui ses limites : extrêmement coûteux – financièrement mais également en termes de ressources humaines – pour la police et la justice, son inefficacité à enrayer la consommation de drogues dans notre pays. La présente proposition de loi porte ainsi sur les deux derniers points abordés ci-dessus : elle vise **la suppression de la pénalisation de l’usage simple de stupéfiants**. Cela afin de remettre la dimension de santé publique au cœur de la politique en matière d’**usage simple** de stupéfiants (le trafic de stupéfiants n’étant pas l’objet de la présente proposition). **Il ne s’agit évidemment pas non plus de prétendre que la consommation de drogues serait sans risque**, bien au contraire puisque celui-ci serait appréhendé plus efficacement et de façon holistique sous l’angle de la santé publique.

Notre pays se distingue à la fois par son dispositif pénal très répressif et par une consommation de drogues supérieure à ses voisins. La France est en effet **le premier pays d’Europe à consommer du cannabis** : près de la moitié (44,8 %) des Français·es de 15 à 64 ans en ont déjà expérimenté¹. De la même façon, la consommation de cocaïne connaît une progression continue en France et fait partie des plus élevées en Europe : 5,6 % des adultes en avaient déjà expérimenté en 2017 contre 1,8 % en 2000². Et cela en dépit des moyens sécuritaires particulièrement importants que notre pays déploie : aujourd’hui, en France, un·e usager·ère de cannabis est interpellé·e près de toutes les 4 minutes.

Outre son inefficacité sur la consommation, **la politique de répression met en danger la santé des populations et les expose à de plus grands risques**. En effet, la pénalisation de l’usage de drogues entrave la mise en place de mesures de réduction des risques et des dommages, avec des conséquences socio-sanitaires dramatiques. C’est notamment le cas lorsqu’un risque grave — telle qu’une surdose — a lieu, nécessitant l’intervention de secours en urgence. Mais c’est également le cas pour les consommateurs en situation d’addiction pour lesquels la loi est un frein majeur à la prise de contact avec les professionnels de santé susceptibles de les aider³. Et l’exclusion inhérente à la politique actuelle ne s’arrête pas là puisque ce sont les populations déjà discriminées qui sont les plus touchées par la répression. En termes de discrimination sociale d’abord : les personnes en situation de grande précarité (gagnant moins de 300 € par mois) ont 3,3 fois plus de risque que la moyenne de faire de la prison ferme pour infraction à la législation sur les stupéfiants⁴. En termes de discrimination raciale aussi : les personnes racisées sont surreprésentées parmi les mis en cause pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), les interpellations et arrestations se focalisant de manière disproportionnée sur les jeunes hommes racisés⁵.

In fine, bien loin de la protection, **la sanction pénale est synonyme de discrimination, d’injustice et d’inégalités sociales de santé**. Des instances nationales (Commission nationale consultative des droits de l’Homme, CNCDH) et internationales

1 *Rapport européen sur les drogues*, Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT), 2022

2 *La cocaïne, un marché en plein essor*, Observatoire français des drogues et tendances addictives (OFDT), 2023

3 Marie Jauffret-Roustide, Laurie Wdowiak. *L’impact de la pénalisation de l’usage de drogues sur les trajectoires socio-sanitaires des usagers de drogues*. Rapport CEMS-Inserm pour Médecins du Monde

4 V. Gautron, J. Retière, « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées », in J. Danet, *La Réponse pénale. dix ans de traitement des délits*, 2013

5 Didier Fassin, *La force de l’ordre. Une anthropologie de la police des quartiers, 2011* et Jacques de Maillard et Mathieu Zagrodzki, *Styles de police et légitimité policière. La question des contrôles*, 2017

(ONU depuis 2016, comité des ministres de l'Union européenne en décembre 2022, Conseil de l'Europe) ont ainsi critiqué la situation et demandé à plusieurs reprises à l'État français de développer une politique en matière de stupéfiants selon une approche fondée sur les droits humains.

Mais cette politique a également un autre type de coût : celui sur les finances publiques. Et celui-ci est particulièrement élevé : en 2018, 1,08 milliards ont été dépensés uniquement par la gendarmerie, la police et les douanes dans la lutte contre les drogues⁶. Et cet investissement financier ne va pas decrescendo : en 2023, ce sont 1,72 milliards qui sont dédiés à la répression uniquement. Les chiffres sont clairs : l'action répressive représente un gaspillage phénoménal des fonds publics, en ce qu'elle n'empêche pas la consommation de drogues et met en danger la santé et la sécurité des populations — particulièrement les plus vulnérables. Ce coût financier est aggravé par **les conséquences néfastes de la politique répressive sur nos services de police et sur notre justice**, qui sont engorgés par des affaires de simple consommation de drogues : à titre d'exemple, parmi les 162 204 interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) en 2020, 81 % concernaient uniquement l'usage simple⁷. La surmobilisation de la justice est tout autant importante : le nombre de condamnations a plus que doublé entre 2004 et 2018 (passant de 34 000 à 76 804)⁸. Dépénaliser les consommations de stupéfiants permettrait ainsi de dégager du temps à la police et la justice pour d'autres missions bien plus importantes pour l'intérêt général. Ce recentrage de leur temps et de leur énergie serait également une solution efficace à la perte de confiance et la défiance de la population française vis-à-vis de ses institutions policières et judiciaires.

Le texte qui vous est soumis constitue une rupture dans la politique suivie par la France depuis 50 ans : en effet, depuis la loi de 1970, **le volet répressif de la politique française des drogues n'a eu de cesse d'être renforcé sans que les pouvoirs publics n'aient procédé à l'évaluation de son efficacité.** Le Parlement a pourtant pour prérogative constitutionnelle de contrôler l'action du gouvernement, d'évaluer les politiques publiques et de garantir l'efficacité de la dépense publique, au premier euro. *A contrario*, les coûts sociaux et sanitaires de l'approche répressive pour les finances publiques ont été mis en lumière par de nombreuses études. En effet, des organisations de la société civile et des universitaires du monde entier reconnaissent la nécessité de supprimer les sanctions pour l'usage et la possession de petites quantités de drogues (*ie.* celles destinées à l'usage personnel). De multiples instances internationales (ONUSIDA, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Office des Nations unies contre les drogues et le crime, Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme, Organisation internationale de contrôle des stupéfiants) se sont accordées pour recommander la dépénalisation de l'usage de drogues, et **les Nations unies et l'Organisation mondiale de la santé elles-mêmes ont lancé en 2017 un appel à l'abrogation des lois répressives portant sur l'usage de drogues.** Certains gouvernements ont déjà fait le choix de suivre ces recommandations : Espagne, Portugal, Mexique, Allemagne... Les résultats positifs d'une telle démarche sont nombreux, et à ce titre l'exemple du Portugal est édifiant, comme le montre un rapport de l'Observatoire français des drogues et tendances addictives en 2021⁹. Non seulement la consommation de

6 *Rapport d'étape sur le cannabis récréatif*, Mission d'information de l'Assemblée nationale, 2021

7 Ibidem

8 Ibidem

9 *Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après*, OFDT, 2021

drogues n'a pas augmenté... mais elle a diminué : aujourd'hui, moins de 10% des jeunes portugais (15-34 ans) sont usagers de drogues illicites et le nombre d'héroïnomanes a été divisé par deux. En termes de santé publique également : le taux de décès liés à l'usage de drogues a chuté au Portugal — il est cinq fois plus faible que la moyenne de l'UE — et le taux de nouvelles infections au VIH a été divisé par 18 en 11 ans. Enfin, le nombre de détenus incarcérés pour ILS a été divisé par près de 2,5, décongestionnant le système carcéral portugais.

L'opinion publique n'est que trop bien consciente de l'ensemble de ces constats : en France, 2 personnes sur 3 jugent inefficaces les politiques répressives actuelles¹⁰. Les Français·es savent aussi que la place de la santé est en réalité largement mise à l'arrière-plan par les pouvoirs publics : les trois quarts de la population jugent insuffisants le développement de dispositifs spécialisés, les campagnes de prévention, et le déploiement de mesures de réduction des risques inhérents à l'usage de drogues. La population française est plus que prête au changement de la politique des drogues : elle est dans l'attente de cette dernière.

Les articles 1 et 2 de cette proposition de loi vise donc à sortir la question de l'usage de stupéfiants du champ pénal, en supprimant la disposition du code de la santé publique permettant actuellement soit d'infliger une amende forfaitaire délictuelle, soit de permettre à un juge de prononcer une peine de prison et/ou d'amende à l'encontre du consommateur. Le chapitre I^{er} réforme le code de la santé publique afin de recentrer la politique française des drogues sur les questions de santé et de sécurité, mais en maintenant les sanctions pour les hypothèses d'usage de produits psychoactifs susceptibles de mettre en danger la sécurité d'autrui. Le chapitre II vise quant à lui les dispositions diverses de plusieurs codes citant l'article L.3421-1 du code de la santé publique, pour tirer les conséquences de son abrogation..

PROPOSITION DE LOI

Chapitre I^{er} - Modifications du code de la santé publique

Article 1^{er}

Le code de la santé publique est modifié conformément aux articles 2 à 11 de la présente loi.

Article 2

L'article L. 3421-1 est ainsi modifié :

1° L'alinéa 1 est supprimé.

2° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots «si l'infraction est commise» sont remplacés par les mots : «L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants» ;

b) Les mots : «, les peines sont portées à» sont remplacés par les mots : «est puni de» ;

3° L'alinéa 3 est supprimé.

Article 3

Au premier alinéa de l'article L. 3421-2 les mots : «les cas» sont remplacés par les mots :

10 Sondage CSA pour le CNPD, 2020

«le cas».

Article 4

Les alinéas 2 et 3 de l'article L. 3421-4 sont supprimés.

Article 5

Au premier, deuxième et sixième alinéa de l'article L. 3421-5 les mots « au second alinéa de » sont remplacés par les mots : « à l'article ».

Article 6

Au premier alinéa de l'article L. 3421-7, les mots : « au second alinéa de » sont remplacés par les mots : « à l'article ».

Article 7

Au premier alinéa de l'article L. 3424-1, les mots : « les délits » sont remplacés par les mots : « le délit ».

Article 8

Au premier alinéa de L. 3425-2, les mots : « des peines » sont remplacés par les mots « de la peine ».

Article 9

Au premier alinéa de l'article R. 3421-1, les mots : « des peines aggravées prévues au troisième alinéa de » sont remplacés par les mots : « la peine prévue à ».

Article 10

Au premier alinéa de l'article R. 3421-2, les mots : « des peines aggravées prévues au troisième alinéa de » sont remplacés par les mots : « la peine prévue à ».

Article 11

Au premier alinéa de l'article R. 3421-3, les mots : « des peines aggravées prévues au troisième alinéa de » sont remplacés par les mots : « la peine prévue à ».

Article 12

Au premier alinéa de l'article L.3422-1, les mots : « En cas d'infraction à l'article L. 3421-1 et » sont remplacés par les mots : « En cas d'infraction à l'article L. 3421-1 aux ».

Chapitre 2 - Dispositions diverses

Article 12

L'article 41-2 du code de procédure pénale est ainsi modifié :

1° À l'alinéa 17 sont ajoutés les mots suivants : « lorsque l'intéressé a commis l'infraction prévue à l'article L. 3421-1 du code de la santé publique » ;

2° À l'alinéa 19, les mots : « fait usage de stupéfiants » sont remplacés par les mots : « a commis l'infraction prévue à l'article L. 3421-1 du code de la santé publique »

Article 13

Au premier alinéa de l'article L. 6232-15 du code des transports, les mots : « du deuxième alinéa » sont supprimés.

Article 14

Le code du sport est ainsi modifié :

1° Le 14^e alinéa de l'article R. 221-15 est supprimé.

2° L'article L. 212-9 est ainsi modifié :

- a) Le 8^e alinéa est remplacé par l'alinéa suivant : « 8° Au chapitre VII du titre Ier du livre III du code de la sécurité intérieure »;
- b) Le 9^e alinéa est remplacé par l'alinéa suivant : « Aux articles L. 212-14, L. 232-25 à L. 232-27, L. 241-2 à L. 241-5 et L. 332-3 à L. 332-13 du présent code. »
- c) Le 10^e alinéa est supprimé.

Qu'est-ce que le Collectif pour une nouvelle politique des drogues ?

Créé en 2019, le Collectif pour une nouvelle politique des drogues (CNPD) réunit des organisations et associations de policiers, magistrats, usagers, acteurs de la santé et de la réduction des risques, professionnels de l'addictologie et de défense des droits humains engagées pour un changement des politiques des drogues en France : Association Guyanaise de réduction des risques (AGRRL), AIDES, Autosupport des usagers de drogues (ASUD), Cannabis Sans Frontières, collectif Police Contre la Prohibition, Fédération Addiction, Ligue des Droits de l'Homme, Groupe de Recherches Clinique sur les Cannabinoïdes (GRECC), Médecins du Monde, NORML France, Observatoire International des Prisons, SAFE, SOS addictions, Syndicat de la Magistrature.



**Soutenez la proposition de loi
en signant la pétition adressée
à l'Assemblée nationale :**



<https://petitions.assemblee-nationale.fr/initiatives/i-1625>

INDEX NOMINUM

A

Aeberhard (P.), 153, 200
Ahmed (S.-H.), 346
Alexander (B.-K.), 342-347, 352
Allen (L.), 364
Ane (M.), 335
Arendt (H.), 273
Aubry (A.), 43, 46, 51

B

Bachelet (O.), 22, 324
Barré (M.-D.), 86
Bastianic (T.), 197, 211
Bear (D.), 184
Beaurepaire (C. de), 273
Beck (F.), 124, 127, 141, 207, 208
Becker (G.-S.), 134
Becker (J.-J.), 48
Ben Lakhdar (C.), 132, 136-138, 145, 146, 305, 308
Bénézech (M.), 273
Bernat de Celis (J.), 58, 61, 62, 64
Beyerstein (B.-L.), 344
Biecheler (M.-B.), 139
Binet (J.), 224
Bisiou (Y.), 152, 153, 276
Blanc (E.), 190
Blum (B.), 242
Bouloc (B.), 273
Bozarth (M.-A.), 346
Braham (D.), 363
Brisacier (A.-C.), 212
Brissot (A.), 206
Broers (B.), 20
Brousse (G.), 55
Builly (J.), 44
Bulard (C.), 57
Bunting (W.), 184

C

Cadet-Tairou (A.), 195
Caillois (R.), 234
Caitlin (E.-H.), 143
Castelnau (R. de), 273
Cattaneo (G.), 198
Caulkins (J.-P.), 136
Chapot (C.), 178
Charras (I.), 40, 49, 53, 60
Chaumet (P.-O.), 32, 153, 200
Chyderiotis (S.), 206
Coams (R.-B.), 344
Cochat (P.), 335
Cock (O. de), 340
Coppel (A.), 148
Costes (J.-M.), 213, 305, 308
Cottencin (O.), 55
Cougard (A.), 139
Courtois-Suffit (M.), 49

D

Dalgarno (P.), 346
Dambélé (S.), 195
Daniel (T.), 55
Delaitre (S.), 179
Desessard (J.), 115
Diaz (M.), 222
Diaz Gomez (C.), 212
Doll (P.-J.), 61, 63
Dubus (Z.), 224
Dudouet (F.-X.), 245
Dunant (A.), 126
Duvergier (J.-B.), 39

E

Eastwood (N.), 184
Edwards (E.), 184
Ehrenberg (A.), 313

F

Farcy (J.-C.), 51

Farrelly (M.-C.), 145
Fassin (D.), 179, 180, 183
Fauconnet (J.), 34
Fenoglio (P.), 133, 138
Ferreira (S.), 364
Firouz (T.), 146
Firouz (V.), 146
Fortané (N.), 326
Foucault (M.), 33, 54, 273
Freud (S.), 5, 225, 235, 326, 358

G

Gadegbeku (B.), 139
Gandilhon (M.), 136
Garcia (L.), 184
Gautier (A.), 127
Gautron (V.), 81, 181, 182, 189-191
Geismar-Wieviorka (S.), 69, 147
Gerbeaux (A.), 93
Gioanni (P.), 37, 38
Giroux (R.), 49
Godefroy (T.), 86, 178
Goldacre (B.), 346
Gros (D.), 32
Grover (A.), 294
Guérin (G.), 197
Guérin (S.), 126
Guignard (R.), 127

H

Hadaway (P.-F.), 344
Hagan (H.), 201
Hill (C.), 126
Hughes (C.), 141, 143, 362, 364-368

I

Ingraham (C.), 363

J

Janssen (E.), 206
Jauffret-Roustide (M.), 197
Jayle (D.), 56, 59

Jean (J.-P.), 81, 84, 87, 88
Jeanson (G.), 93
Jennings (J.), 242
Jobard (F.), 142, 179

K

Karila (L.), 55
Keller (J.), 108
Kerr (T.), 201
Klein (A.), 364
Kopp (P.), 133, 138, 305, 308
Kopp (P.-A.), 133
Kottler (C.), 273

L

Labrousse (A.), 249
Laffiteau (C.), 213
Laharpe (F. de), 335
Lambert (F.-M.), 237, 353
Landel (P.), 358, 361, 362, 365, 367, 368
Langlais (E.), 135
Laplanche (A.), 126
Laumon (B.), 139
Lazerges (C.), 297
Legleye (S.), 136, 141, 208
Lehuteur (L.), 55
Lévi-Strauss (C.), 223
Lévy (R.), 142
Liger (D.), 78

M

Mac Rae (E.), 223
MacCoun (R.-J.), 144
Machelon (J.-P.), 40
Maisondieu (J.), 327, 328
Marchant (A.), 58, 240
Marmion (J.-F.), 33
Martin (J.-L.), 139
Marzano (M.), 218
Massin (S.), 143
Menant (G.), 58

Michel (L.), 197
Milhet (M.), 106, 107, 212
Milner (M.), 231
Montaigne (M. de), 171
Montarron (M.), 43
Morel (A.), 295, 330
Morel d'Arleul (J.), 212
Mucchielli (J.), 270-272
Murkin (G.), 359, 361, 362, 364, 365, 367
Murray (A.), 346

N

Néfau (T.), 107
Neveux (M.), 234
Nézet (O. le), 206, 211, 213
Nisbet (C.), 146
Nourrisson (D.), 28, 35

O

Obradovic (I.), 117, 120, 128-131, 143, 197, 359, 361, 362, 364, 365, 367
Oei (J.-L.), 335
Olievenstein (C.), 58-60, 147, 326, 327

P

Paille (F.), 126
Parel (V.), 138
Pascal (B.), 234
Paules (X.), 241
Perdrix (J.), 20
Peretti-Wattel (P.), 207, 208
Perez (R.), 305, 308
Perrin (M.), 222
Peyrefitte (A.), 57, 59, 61, 117
Philippon (A.), 206
Picherot (C.), 335
Piouffle (H.), 49
Pottier (M.-L.), 179
Poulhes (M.), 93
Pradel (J.), 297
Pufendorf (S.), 5

Q

Quétel (C.), 326

R

Raphalen (P.), 182

Renaudin (L.-F.-E.), 31

Retillaud-Bajac (E.), 27, 44, 47, 48, 241

Retière (J.-N.), 181

Reuter (P.), 136, 144, 253

Reynaud (M.), 126, 194, 196, 285, 318

Rhodes (W.), 146

Richard (J.-B.), 127

Robert (P.), 59

Rodet (P.), 34

Rolles (S.), 311

Roman (D.), 171

Romero-Michel (J.-L.), 108

Roques (B.-P.), 124

Rosenzweig (M.), 30

S

Saint-Vincent (M. de), 359, 361, 362, 364, 365, 367

Sandreschi (M.), 360

Sasco (A.-J.), 139

Sautereau (M.), 55

Schweighofer (A.-R.F.), 344

Shewan (D.), 346

Shiner (M.), 184

Sicard (D.), 219

Simone (J. de), 145

Slater (L.), 345, 346

Spilka (S.), 138, 141, 206, 213

Stevens (A.), 141, 143, 362, 364-368

Stheneur (C.), 335

Swiderski (S.), 224

T

Tanvé (M.), 132

Thevet (A.), 28

Tocqueville (A. de), 171

Tournier (M.), 139
Tovar (M.-L.), 211
Trace (M.), 364
Tubiana (M.), 173, 174

V

Vaille (C.), 243
Valleur (M.), 220
Van Gennep (A.), 222
Verdoux (H.), 139
Viriot-Barrial (D.), 81

W

Weinberger (D.), 136, 137, 145
Wise (R.-A.), 346

Y

Yvorel (J.-J.), 41, 48, 57

Z

Zagury (D.), 270, 271, 274
Zarca (J.), 108
Zielinska (A.-C.), 358, 361, 362, 365, 367, 368

INDEX RERUM

A

absence, 20, 38, 45, 47, 49, 53, 62, 80, 90, 141, 156, 181, 183, 184, 188, 198, 203, 274, 299, 306, 322, 323, 348, 364

abus, 20, 40, 44, 97, 175, 221, 227, 228, 230, 236, 247, 329, 378, 388

accès, 37, 80, 86, 110, 111, 112, 120, 145, 150, 158, 164, 166, 169, 182, 183, 191, 192, 193, 194, 195, 199, 200, 201, 224, 226, 285, 286, 287, 290, 291, 294, 295, 297, 299, 300, 304, 305, 306, 307, 309, 310, 311, 318, 319, 323, 339, 365, 366

acteur, 55, 59, 95, 153, 157, 158, 160, 163, 164, 190, 278, 279, 294, 302, 315, 317, 338

addictif, 127, 165, 329

addiction, 31, 95, 122, 123, 124, 154, 174, 193, 194, 205, 230, 274, 275, 276, 283, 285, 288, 294, 295, 307, 308, 313, 323, 327, 328, 329, 330, 331, 342, 345, 347, 358, 368, 377, 380, 385

addictive, 123, 164, 230, 282, 381

addictologie, 389

addictologie, 55, 112, 163, 164, 165, 194, 195, 284, 317, 318, 319, 327, 330, 335, 372, 388

administration, 39, 42, 46, 54, 69, 72, 155, 172, 197, 200, 287, 310, 311, 319, 326, 346, 360, 368, 387

adolescent, 89, 93, 280, 335, 379

adulte, 94, 224, 283, 302, 386

affaire, 25, 30, 37, 42, 57, 62, 75, 227, 270, 328, 358

âge, 33, 40, 54, 107, 110, 112, 122, 123, 140, 141, 154, 156, 157, 174, 179, 224, 260, 279, 280, 284, 314, 315, 340, 348, 353

Agence, 11, 91, 157, 200, 279, 288, 315, 354, 373

aggravation, 26, 36, 38, 42, 46, 51, 69, 89, 90, 95, 106, 128, 236, 358, 359

aide, 4, 125, 150, 162, 191, 193, 226, 229, 281, 296, 323, 330, 334, 339, 340, 341, 349, 350, 355, 359, 373

alcool, 14, 19, 20, 23, 29, 31, 33, 34, 40, 41, 52, 53, 55, 57, 74, 97, 109, 124, 125, 126, 133, 138, 156, 162, 163, 164, 172, 187, 205, 213, 221, 223, 227, 228, 230, 231, 281, 283, 284, 293, 294, 299, 307, 311, 316, 329, 332, 333, 335, 342, 343, 344, 349, 351, 352, 355, 356, 359, 368, 375, 377, 381, 389, 393

alternative, 65, 77, 93, 118, 186, 187, 301, 304, 305, 341

améliorer, 5, 26, 151, 155, 162, 163, 164, 166, 167, 195, 201, 275, 277, 278, 286, 294, 306, 318, 323, 334, 340, 342, 349, 354, 357

amende, 23, 26, 33, 39, 42, 43, 48, 52, 61, 64, 66, 71, 74, 81, 82, 89, 90, 91, 93, 94, 131, 135, 181, 183, 228, 258, 267, 295, 302, 303, 320, 323, 349, 359, 390

analyse, 23, 79, 106, 133, 134, 146, 147, 156, 161, 162, 192, 195, 214, 226, 272, 279, 295, 311, 331, 332, 333, 339, 356, 377

année, 35, 39, 45, 87, 93, 106, 118, 122, 137, 140, 141, 155, 162, 179, 195, 196, 288, 291, 323, 329, 348

appel, 33, 43, 47, 61, 94, 120, 141, 148, 160, 270, 273, 323, 358, 364

approche, 62, 123, 148, 150, 151, 152, 153, 156, 157, 159, 160, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 171, 175, 177, 180, 186, 189, 193, 194, 198, 199, 200, 202, 250, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 286, 289, 291, 294, 297, 298, 299, 301, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 312, 313, 314, 315, 321, 325, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 347, 352, 353, 354, 355, 356, 361

arrêt, 26, 171, 172, 203, 270, 273, 304, 321, 322, 323, 329

article, 20, 21, 22, 23, 38, 39, 41, 44, 50, 52, 54, 60, 64, 65, 66, 71, 72, 75, 79, 89, 94, 110, 116, 132, 151, 152, 154, 165, 173, 187, 197, 200, 201, 203, 238, 239, 244, 271, 287, 289, 298, 302, 303, 304, 318, 319, 320, 323, 324, 325, 326, 358, 359

Assemblée, 38, 59, 61, 62, 66, 89, 155, 190, 202, 247, 250, 251, 275, 289, 291, 292, 323, 353, 375, 379

association, 58, 67, 295, 304, 330, 331, 348, 349, 350, 352, 360

augmentation, 19, 26, 101, 111, 112, 125, 128, 129, 136, 143, 144, 153, 168, 196, 249, 257, 271, 302, 308, 329, 342, 367

auteur, 28, 33, 37, 43, 46, 55, 69, 75, 84, 115, 136, 148, 189, 190, 222, 230, 234, 270, 295, 325, 328, 342, 343, 375

Autorité, 11, 305

B

baisse, 121, 124, 128, 136, 137, 143, 145, 196, 300, 302, 330

besoin, 157, 193, 227, 283, 290, 305, 325, 329, 358

bilan, 25, 92, 121, 122, 128, 131, 136, 142, 147, 167, 249, 250, 343, 359, 361, 362, 364, 365, 367, 380

C

cannabique, 66, 95, 139, 271

cannabis, 14, 19, 20, 23, 26, 30, 31, 59, 66, 75, 89, 94, 95, 96, 98, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 122, 123, 124, 128, 130, 133, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 154, 158, 179, 180, 183, 211, 213, 214, 221, 223, 227, 231, 236, 237, 238, 239, 250, 255, 260, 266, 268, 270, 271, 272, 273, 275, 283, 296, 297, 298, 299, 301, 303, 304, 305, 307, 308, 309, 312, 320, 321, 326, 351, 353, 354, 355, 356, 359, 365, 368, 375, 377, 378, 382, 383, 387, 392, 393

carcéral, 196, 197, 285, 286, 287, 318, 380, 381

casier, 84, 88, 181, 193, 323

Chambre, 40, 44, 46, 49, 50, 255, 358, 373, 374

chemsex, 106

chiffre, 48, 97, 111, 129, 130, 180, 356

circulaire, 71, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 129, 150, 151, 154, 164, 167, 182, 197, 331

civil, 23, 331

coca, 29, 257

cocaïne, 20, 29, 35, 39, 40, 41, 42, 44, 46, 48, 49, 51, 100, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 122, 124, 125, 133, 143, 213, 231, 250, 257, 268, 301, 309, 343, 362, 371, 384, 388

Code, 12, 13, 21, 22, 23, 37, 38, 39, 54, 60, 64, 65, 66, 71, 72, 82, 116, 150, 151, 152, 154, 165, 186, 187, 188, 203, 239, 268, 271, 275, 276, 277, 302, 303, 313, 314, 320, 323, 325, 326, 329, 357, 358, 359

commerce, 21, 39, 42, 45, 51, 130, 142, 352, 353, 367

commission, 45, 46, 49, 50, 54, 59, 61, 72, 89, 91, 115, 147, 158, 186, 187, 237, 238, 239, 243, 252, 314, 325, 327, 353, 358, 375

comportement, 21, 22, 43, 55, 76, 91, 138, 143, 144, 146, 165, 168, 170, 186, 227, 271, 272, 280, 283, 297, 298, 300, 312, 327, 328, 337, 338, 349

condamnation, 25, 34, 181, 186, 187, 223, 236, 306, 322, 359

conduite, 22, 74, 106, 125, 164, 296, 303, 306, 320

conduites addictives, 76, 121, 153, 156, 158, 159, 160, 161, 164, 165, 166, 167, 276, 278, 279, 280, 282, 286, 308, 327, 329, 342, 347

connaissance, 46, 71, 113, 115, 141, 149, 317, 326, 328, 330, 359

conscience, 21, 149, 155, 222, 223, 224, 227, 276, 291, 293, 312, 332, 338, 339, 385

Conseil, 12, 20, 22, 23, 24, 53, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 94, 116, 124, 149, 156, 167, 172, 178, 192, 197, 199, 203, 276, 287, 291, 297, 318, 323, 324, 356, 375, 376

conséquence, 146, 168, 171, 182, 273, 328, 332, 334

consommateur, 86, 144, 170, 178, 228, 257, 258, 274, 285, 312, 331, 334, 363, 385, 386

consommation, 17, 19, 21, 26, 29, 30, 35, 36, 39, 52, 55, 57, 58, 59, 61, 72, 75, 76, 81, 87, 89, 91, 96, 100, 106, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 122, 123, 124, 125, 126, 133, 135, 137, 140, 141, 144, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 162, 163, 166, 167, 168, 173, 174, 175, 176, 180, 184, 185, 186, 187, 192, 193, 198, 200, 201, 202, 221, 224, 227, 230, 239, 241, 249, 250, 257, 258, 259, 271, 272, 274, 275, 277, 281, 282, 283, 284, 286, 287, 288, 289, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 309, 310, 311, 312, 314, 316, 319, 321, 323, 329, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 339, 340, 341, 342, 346, 348, 349, 352, 353, 354, 355, 357, 359, 361, 362, 365, 366, 367, 375, 378, 393

constitutionnel, 22, 23, 24, 45, 75, 77, 79, 80, 94, 203, 323, 324

contravention, 39, 125, 228, 295, 296, 298, 300, 301, 302, 303, 320

contrôle, 22, 23, 33, 79, 80, 142, 144, 155, 162, 167, 168, 178, 179, 191, 202, 223, 227, 245, 250, 289, 290, 291, 292, 297, 300, 304, 307, 309, 312, 324, 329, 334, 352, 353, 355, 356, 358, 381

crack, 19, 20, 100, 185, 200, 227, 351

crime, 59, 74, 91, 134, 250, 253, 276, 291, 295, 296, 298, 356, 358, 393

criminalité, 20, 21, 71, 74, 75, 134, 143, 288, 335, 340, 367

criminel, 268, 328, 369

culture, 19, 39, 54, 114, 126, 136, 154, 155, 223, 224, 257, 258, 261, 282, 289, 304, 387, 391

D

danger, 5, 33, 42, 44, 46, 228, 229, 293, 317, 359

décès, 12, 13, 111, 112, 113, 393

décision, 19, 22, 23, 78, 79, 94, 189, 270, 273, 274, 296, 324, 327, 389

découverte, 28, 29, 45, 51, 67, 219, 335

Découverte, 381, 384, 391

décret, 36, 41, 42, 45, 47, 50, 52, 53, 84, 93, 116, 149, 150, 155, 172, 287, 318, 329, 371

décriminalisation, 66, 143, 144, 146, 252, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 303, 304, 306, 307, 309, 312, 313, 320, 358, 361, 362, 364, 365, 367, 368, 375, 382, 391

délictuel, 91

délinquance, 21, 25, 26, 59, 71, 80, 81, 129, 182, 186, 227, 228, 248, 367, 368, 390, 393, 394

délinquant, 28, 33, 36, 43, 54, 55, 62, 69, 91, 168, 170, 190, 227, 275, 327, 330

délit, 22, 33, 43, 44, 51, 54, 60, 64, 72, 74, 91, 93, 94, 125, 130, 178, 267, 295, 296, 298, 320, 321, 358

demande, 20, 42, 43, 75, 106, 128, 137, 144, 145, 148, 165, 190, 196, 295, 319, 354, 360

dépénalisation, 94, 128, 142, 143, 255, 258, 268, 275, 293, 294, 295, 296, 298, 300, 301, 302, 303, 312, 313, 320, 367, 382

dépendance, 20, 21, 22, 47, 87, 123, 126, 143, 148, 150, 158, 163, 186, 187, 190, 197, 200, 202, 220, 231, 235, 274, 276, 286, 306, 310, 326, 327, 328, 329, 330, 332, 335, 336, 337, 342, 343, 344, 347, 349, 354

dépendant, 123, 148, 189, 229, 231, 274, 330, 348, 349
dépistage, 81, 82, 167, 170, 175, 176, 177, 197, 372, 373
député, 32, 38, 40, 75, 91, 237, 259
détention, 23, 38, 43, 44, 47, 60, 91, 131, 140, 143, 146, 178, 181, 187, 198, 202, 203, 258, 268, 286, 289, 322, 323
développement, 57, 71, 108, 113, 154, 160, 219, 235, 272, 282, 291, 316, 317, 318, 330, 335, 337, 348, 355, 379
discrimination, 168, 169, 177, 181, 184, 185, 198
dispositif, 55, 78, 80, 93, 94, 106, 109, 112, 129, 132, 135, 136, 140, 151, 156, 166, 167, 170, 183, 190, 200, 202, 224, 278, 287, 301, 319, 342, 372
disposition, 67, 71, 113, 150, 155, 167, 176, 177, 188, 189, 281, 284, 288, 312, 315, 317, 319, 349, 373
distribution, 21, 113, 116, 140, 141, 142, 144, 150, 152, 201, 232, 239, 288, 299, 304, 305, 307, 308, 309, 320, 353, 354, 355
docteur, 34, 42, 45, 58, 60, 61, 69, 123, 270, 327, 328, 330
document, 97, 132
dommage, 172
donnée, 23, 24, 123, 366
drogue, 20, 21, 24, 28, 29, 33, 36, 39, 42, 43, 47, 48, 54, 56, 57, 58, 60, 62, 71, 81, 92, 93, 96, 98, 109, 120, 121, 124, 129, 135, 137, 148, 149, 150, 151, 166, 167, 168, 176, 177, 185, 192, 193, 199, 201, 220, 224, 227, 237, 241, 245, 249, 250, 251, 253, 262, 268, 275, 285, 291, 292, 293, 296, 301, 303, 305, 306, 309, 321, 325, 326, 327, 332, 336, 337, 340, 342, 343, 348, 349, 351, 356, 359, 360, 361, 364, 365, 367, 368, 372, 376, 379, 382, 383, 389, 392, 393, 394
droit, 4, 5, 22, 23, 24, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 43, 44, 45, 46, 50, 51, 54, 60, 61, 78, 86, 92, 94, 142, 165, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 177, 178, 188, 191, 192, 199, 203, 229, 231, 239, 252, 256, 257, 268, 270, 273, 274, 276, 289, 290, 294, 295, 297, 298, 309, 313, 323, 324, 357, 361, 375, 376, 377, 378, 389, 390, 391, 394
drug, 29, 184, 201, 290, 378, 383, 391

E

échec, 24, 59, 122, 205, 247, 250, 291, 301, 321, 322
économie, 5, 21, 133, 134, 139, 289, 353, 356, 357
économique, 25, 49, 132, 133, 134, 135, 145, 183, 291, 331, 354, 355, 356, 357, 387, 391
ecstasy, 19, 20, 107, 108, 109, 122, 125, 351
éducation, 35, 96, 116, 122, 147, 153, 154, 156, 228, 229, 280, 282, 283, 297, 299, 333, 345, 354, 355
effets, 20, 21, 22, 107, 110, 114, 115, 116, 122, 123, 139, 146, 154, 161, 162, 163, 167, 169, 174, 191, 192, 198, 200, 224, 228, 250, 257, 271, 277, 282, 288, 302, 307, 314, 315, 316, 321, 329, 332, 336, 337, 338, 344, 376
efficace, 90, 135, 136, 153, 156, 157, 160, 161, 199, 229, 278, 282, 283, 284, 290, 301, 308, 323, 339, 340, 352, 354, 356, 357
efficacité, 62, 80, 81, 132, 133, 157, 158, 159, 161, 162, 163, 174, 190, 193, 195, 200, 278, 279, 280, 284, 286, 293, 298, 308, 312, 315, 332, 339, 353
emploi, 23, 39, 40, 42, 44, 92, 138, 139, 169, 176, 181, 283, 296, 364
emprisonnement, 23, 33, 39, 43, 51, 52, 60, 64, 66, 71, 74, 75, 82, 84, 93, 131, 135, 138, 139, 140, 142, 181, 210, 295, 296, 312, 322, 323, 366
enquête, 26, 85, 89, 92, 94, 110, 122, 141, 156, 164, 178, 199, 200, 211, 276, 360, 366, 386
enseignement, 33, 60, 152, 155, 195, 284, 317, 381

environnement, 24, 69, 71, 86, 123, 139, 151, 282, 283, 288, 306, 311, 326, 331, 337, 338, 340, 343, 344, 349, 355, 379, 393
estimation, 104, 112, 113, 133, 138
établissement, 54, 150, 154, 193, 197, 198, 201, 239, 274, 280, 285, 297, 338, 372
état, 22, 23, 25, 29, 32, 55, 74, 86, 96, 120, 125, 134, 137, 168, 194, 198, 199, 202, 227, 229, 270, 271, 274, 278, 293, 294, 322, 323, 343, 344, 349, 360, 375, 386
éthique, 176, 188, 189, 202, 218, 219, 227, 382, 384
étude, 21, 24, 43, 46, 49, 51, 54, 59, 61, 69, 75, 82, 90, 97, 106, 113, 115, 126, 133, 142, 147, 167, 168, 181, 196, 197, 200, 201, 206, 224, 237, 243, 273, 276, 282, 331, 335, 342, 358, 377, 386, 393
Europe, 19, 28, 51, 61, 80, 89, 111, 115, 120, 123, 137, 143, 156, 201, 205, 222, 223, 250, 252, 297, 366, 375
européen, 111, 123, 365, 368
évaluation, 86, 111, 126, 132, 133, 135, 138, 143, 144, 146, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 168, 182, 190, 278, 279, 280, 296, 314, 339, 340, 364, 373, 375
évolution, 22, 26, 95, 111, 112, 114, 123, 133, 136, 137, 143, 150, 158, 163, 165, 166, 194, 201, 213, 237, 288, 294, 295, 298, 311, 313, 316, 325, 326, 330, 337, 339, 340, 341, 342, 352, 388, 391
exemple, 26, 42, 43, 46, 51, 60, 62, 113, 127, 137, 143, 144, 172, 177, 180, 183, 184, 191, 195, 218, 221, 222, 231, 249, 292, 296, 298, 301, 305, 308, 310, 315, 317, 324, 335, 338, 340, 353, 360, 378
expérience, 59, 177, 222, 224, 282, 284, 314, 316, 317, 321, 342, 344, 347, 348, 349, 384
expérimentation, 76, 92, 93, 100, 122, 123, 124, 137, 160, 201, 218, 236, 279, 283, 287, 315, 344, 361
expert, 152, 270, 272, 276

F

famille, 42, 44, 52, 107, 126, 188, 196, 222, 227, 255, 272, 339, 341
femme, 28, 29, 34, 100, 115, 124, 140, 180, 194, 198, 284, 287, 317, 319, 333, 334, 336, 338, 339, 348, 351, 379, 383
femmes enceintes, 124, 284, 317, 347
financement, 29, 151, 158, 160, 167, 177, 202, 238, 288, 308, 372
force, 19, 180, 229, 335, 349, 380
formation, 155, 156, 157, 194, 197, 200, 280, 283, 284, 287, 317, 330, 331, 340, 356, 372
français, 19, 29, 30, 31, 33, 38, 41, 42, 43, 45, 48, 49, 51, 58, 59, 60, 62, 75, 80, 81, 91, 92, 106, 110, 115, 124, 136, 141, 146, 155, 159, 170, 171, 180, 184, 194, 195, 200, 202, 203, 205, 223, 234, 236, 244, 247, 270, 272, 275, 276, 283, 295, 306, 313, 316, 319, 322, 327, 374, 380, 390, 392
France, 15, 16, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 30, 33, 35, 36, 37, 41, 44, 47, 56, 57, 58, 69, 78, 80, 89, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 108, 111, 112, 113, 115, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 132, 133, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 149, 157, 158, 159, 160, 172, 177, 178, 180, 183, 184, 185, 192, 194, 196, 197, 199, 200, 201, 205, 206, 219, 222, 229, 235, 237, 239, 248, 257, 278, 284, 286, 288, 289, 292, 295, 299, 300, 305, 307, 308, 309, 310, 320, 321, 322, 324, 342, 348, 351, 352, 355, 359, 365, 367, 378, 379, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 389, 391, 392, 393

G

gouvernement, 19, 42, 50, 53, 59, 61, 62, 81, 159, 241, 252, 255, 257, 259, 275, 309, 319, 371, 391
guerre, 28, 36, 39, 41, 43, 46, 48, 49, 51, 58, 71, 185, 186, 226, 237, 249, 250, 291, 361, 380

H

hallucinogène, 222, 224, 384
hausse, 26, 110, 111, 112, 122, 125, 130, 135, 146, 367, 368
herbe, 28, 108, 109, 114, 136, 137, 247, 266
héroïne, 35, 41, 57, 58, 59, 108, 109, 111, 112, 123, 124, 133, 143, 149, 185, 200, 227, 231, 245, 250, 252, 268, 301, 309, 310, 311, 336, 343, 344, 362, 363, 380
histoire, 19, 27, 28, 30, 37, 41, 115, 173, 221, 223, 332, 337, 352, 360, 364, 380, 383, 384, 392
homme, 5, 38, 45, 59, 62, 75, 91, 115, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 192, 205, 219, 234, 252, 258, 259, 272, 276, 289, 293, 333, 376
humain, 134, 218, 219, 259, 349

I

illicite, 21, 23, 54, 56, 58, 64, 86, 108, 113, 122, 131, 133, 135, 136, 137, 146, 187, 188, 245, 272, 289, 300, 303, 305, 307, 309, 311, 320, 353, 359
impact, 69, 82, 90, 96, 114, 132, 133, 136, 137, 144, 155, 157, 159, 160, 161, 174, 198, 219, 278, 291, 292, 293, 295, 309, 334, 335, 339, 366, 368, 393
individu, 20, 33, 42, 57, 123, 133, 135, 139, 164, 168, 170, 171, 173, 174, 183, 224, 226, 229, 275, 293, 295, 326, 331, 334, 337, 338, 353, 393
Information, 11, 12, 66, 110, 272
infraction, 24, 26, 64, 72, 75, 88, 91, 93, 123, 128, 130, 131, 140, 141, 178, 181, 186, 187, 189, 192, 272, 289, 295, 296, 299, 300, 301, 320, 321, 324, 326, 327, 358
initiative, 26, 34, 39, 45, 50, 53, 143, 156, 158, 159, 164, 178, 200, 236, 256, 261, 279, 283
injection, 19, 149, 150, 167, 192, 200, 201, 293, 310, 391
injonction, 55, 59, 64, 65, 76, 80, 87, 129, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 229, 303, 320, 373, 389
Institut, 14, 15, 93, 122, 136, 156, 157, 160, 196, 245, 282, 297, 328, 336, 368, 391
institution, 285
interdiction, 35, 42, 43, 48, 49, 53, 54, 125, 170, 221, 226, 293, 305, 324, 352, 353
interdit, 28, 33, 35, 39, 53, 54, 57, 143, 148, 174, 222, 313, 350, 379, 389
intérêt, 32, 44, 110, 114, 142, 146, 176, 267, 295, 305, 336, 359
interministériel, 62
international, 29, 34, 36, 39, 95, 131, 132, 167, 168, 245, 249, 252, 283, 288, 290, 292, 307, 352, 383, 385
internet, 109, 110, 114, 126, 157, 158, 235, 281, 283, 316, 323
interpellation, 26, 76, 120, 128, 129, 137, 140, 178, 179, 180, 181
intervention, 21, 23, 62, 121, 124, 151, 153, 156, 160, 162, 163, 165, 166, 170, 171, 172, 174, 187, 275, 276, 280, 296, 312, 329, 333, 334, 335, 339, 340, 341, 368

J

jeune, 34, 57, 154, 158, 162, 168, 192, 246, 282, 283, 284, 287, 312, 316, 319, 347, 351, 365
jeunesse, 35, 56, 126, 316, 368
journal, 41, 200, 268, 355

judiciaire, 12, 22, 42, 43, 55, 65, 66, 76, 79, 81, 84, 88, 92, 118, 129, 136, 141, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 186, 187, 190, 193, 203, 228, 248, 273, 297, 298, 299, 303, 313, 323, 373, 386, 389

juge, 22, 23, 43, 50, 54, 60, 75, 78, 171, 187, 203, 221, 229, 271, 298, 323, 324

juridique, 24, 27, 38, 40, 69, 152, 170, 171, 182, 186, 197, 276, 289, 295, 297, 299, 300, 321, 324, 325, 358, 368, 379

justice, 44, 71, 72, 74, 75, 76, 78, 84, 89, 94, 128, 129, 169, 178, 179, 182, 183, 184, 185, 187, 190, 203, 217, 218, 219, 274, 276, 290, 302, 325, 347, 378, 391, 392

L

légal, 55, 110, 124, 135, 144, 146, 153, 260, 268, 275, 276, 289, 290, 297, 298, 300, 305, 308, 309

légalisation, 23, 95, 142, 144, 145, 146, 236, 237, 238, 239, 255, 257, 258, 260, 294, 295, 296, 297, 299, 300, 308, 326, 352, 353, 354, 356, 357, 359, 367, 368, 375, 378, 382, 383

législation, 21, 27, 30, 35, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 53, 59, 123, 125, 128, 132, 133, 149, 150, 152, 168, 172, 178, 179, 205, 236, 243, 270, 274, 276, 289, 293, 295, 302, 304, 313, 321, 326, 366, 371, 388

législative, 19, 38, 46, 151, 313, 321, 352

liberté, 40, 44, 57, 77, 79, 92, 148, 169, 170, 171, 173, 174, 203, 227, 229, 274, 287, 293, 300, 302, 304, 312, 319, 321, 323, 324, 325, 327

libre, 41, 95, 148, 150, 188, 196, 197, 258, 274, 359, 360, 373, 393

licite, 84, 88, 245, 391

lutte, 5, 15, 19, 21, 44, 51, 53, 58, 61, 71, 72, 74, 76, 80, 81, 85, 95, 112, 121, 125, 126, 128, 129, 132, 136, 140, 145, 147, 149, 150, 154, 155, 157, 158, 160, 165, 167, 170, 180, 182, 185, 197, 247, 248, 251, 258, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 288, 289, 292, 298, 306, 309, 313, 314, 315, 327, 338, 371, 372, 375, 378, 387, 389, 394

M

magistrat, 4, 79, 80, 190

majorité, 56, 61, 91, 111, 130, 156, 180, 183, 275, 355

malade, 33, 36, 43, 55, 62, 69, 168, 170, 190, 193, 275, 328, 330

maladie, 28, 29, 31, 33, 35, 54, 62, 132, 134, 151, 167, 172, 228, 230, 272, 274, 276, 326, 327, 328, 330, 331, 349, 372, 377

marché, 41, 100, 114, 136, 137, 139, 143, 144, 145, 146, 150, 250, 262, 304, 305, 307, 308, 309, 352, 354, 355, 356, 357, 373, 378, 381, 387

marijuana, 60, 257, 258, 304

MDMA, 107, 108, 109, 110, 112, 122, 125, 351

médecin, 31, 34, 45, 49, 60, 129, 147, 148, 150, 165, 186, 187, 188, 190, 200, 219, 229, 230, 336, 368, 372

médical, 51, 62, 64, 96, 109, 147, 149, 174, 175, 177, 187, 188, 190, 193, 219, 230, 245, 286, 290, 295, 301, 310, 311, 312, 326, 332, 335, 336, 339, 350, 389

médicament, 28, 200, 227, 245, 288

mesure, 33, 35, 51, 60, 69, 71, 76, 77, 84, 92, 93, 94, 111, 113, 133, 139, 154, 172, 182, 186, 187, 203, 206, 228, 229, 279, 282, 289, 293, 296, 308, 325, 362, 367

méthadone, 111, 148, 150, 197, 200, 287, 311, 317, 319, 336, 360, 363, 372

milieu, 28, 30, 35, 109, 112, 154, 156, 161, 165, 176, 177, 180, 196, 197, 230, 278, 280, 286, 287, 316, 318, 326, 327, 331, 333, 355, 372, 380, 381

mineur, 54, 311

ministère, 4, 19, 41, 42, 44, 49, 62, 77, 78, 80, 93, 129, 182, 197, 201, 243, 252, 276, 306, 310, 361, 368, 371, 372, 373
ministre, 33, 42, 50, 51, 54, 57, 58, 62, 116, 121, 238, 252, 255, 259, 268
mission, 27, 79, 121, 129, 148, 152, 160, 165, 190, 219, 317, 325, 353
modalité, 93, 187
monde, 5, 34, 37, 69, 132, 144, 149, 177, 180, 201, 224, 275, 290, 307, 328, 338, 361, 364, 379, 380, 389
mondial, 60, 167, 192, 245, 247, 250, 251, 275, 292, 307, 376
morphine, 31, 33, 34, 35, 39, 40, 41, 109, 231, 288, 310, 344, 351, 384, 385
mouvement, 26, 42, 43, 56, 91, 124, 129, 160, 298, 338, 339, 348
moyen, 52, 112, 148, 150, 179, 202, 308, 339, 356, 366

N

national, 34, 51, 84, 93, 106, 115, 121, 122, 132, 149, 151, 160, 167, 176, 197, 201, 219, 227, 237, 259, 279, 281, 283, 307, 314, 315, 316, 368, 372, 386
nature, 5, 38, 91, 121, 123, 149, 151, 173, 178, 206, 259, 271, 326, 330, 331, 349, 358, 376
nécessaire, 23, 24, 50, 56, 107, 164, 170, 174, 177, 188, 206, 276, 279, 280, 283, 286, 287, 306, 307, 314, 317, 321, 333, 357
niveau, 34, 96, 100, 108, 112, 121, 122, 123, 130, 145, 150, 153, 156, 157, 167, 245, 249, 288, 292, 296, 298, 300, 307, 308, 315, 316, 352, 364, 365

O

objectif, 24, 30, 55, 71, 113, 132, 154, 160, 164, 167, 185, 186, 187, 197, 229, 245, 249, 306, 312, 314, 315, 340, 341, 347, 353, 355, 372
obligation, 38, 55, 69, 154, 172, 186, 187, 228, 229, 291, 296, 303, 320
Observatoire, 16, 77, 80, 95, 106, 136, 155, 159, 180, 195, 322, 368
offre, 23, 91, 106, 108, 110, 120, 130, 136, 145, 158, 164, 191, 194, 195, 196, 229, 245, 249, 275, 287, 295, 296, 297, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 310, 317, 318, 319, 332, 337, 342, 347, 350, 354, 387
opiacés, 21, 42, 104, 111, 113, 126, 148, 150, 197, 200, 268, 286, 287, 288, 290, 302, 319, 366, 372
opinion, 25, 28, 38, 40, 42, 45, 46, 47, 48, 56, 157, 362, 391
opium, 29, 34, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 56, 57, 61, 222, 240, 241, 383, 384
ordonnance, 30, 54, 55, 76, 83, 87, 118, 131, 187, 273
organisation, 20, 80, 108, 110, 116, 120, 158, 167, 177, 197, 307, 312, 313, 320, 349, 350
origine, 21, 26, 32, 36, 45, 47, 49, 77, 89, 111, 112, 113, 139, 146, 149, 171, 179, 180, 184, 185, 220, 255, 272, 304, 327, 329, 361, 362

P

parlementaire, 41, 45, 53, 56, 62, 82, 247, 305, 308
parquet, 77, 78, 79, 323
particulier, 19, 91, 109, 112, 130, 145, 146, 149, 154, 166, 177, 182, 185, 188, 192, 195, 198, 203, 232, 235, 280, 293, 322, 330, 336, 365
passible, 93, 125, 258, 295

patient, 54, 148, 165, 193, 194, 200, 218, 219, 239, 286, 310, 311, 317, 327, 331, 340, 379

pays, 19, 21, 25, 30, 51, 61, 80, 100, 111, 112, 123, 124, 137, 138, 143, 156, 177, 184, 192, 199, 205, 206, 219, 221, 222, 223, 227, 229, 236, 239, 241, 245, 250, 252, 257, 258, 268, 278, 288, 290, 291, 304, 309, 323, 348, 353, 355, 360, 361, 362

peine, 5, 25, 33, 43, 49, 59, 80, 131, 135, 181, 187, 203, 211, 258, 289, 295, 297, 298, 302, 303, 320, 322, 323, 324, 325, 391

pénal, 4, 21, 22, 23, 36, 37, 38, 39, 42, 51, 54, 71, 72, 143, 144, 152, 168, 186, 271, 273, 276, 277, 293, 297, 298, 300, 301, 302, 303, 312, 314, 320, 324, 325, 326, 330, 358, 359, 366, 377, 381, 384, 387, 390, 391

personne, 25, 38, 44, 55, 72, 74, 91, 123, 152, 171, 172, 176, 178, 182, 186, 187, 188, 189, 190, 203, 218, 226, 271, 274, 282, 293, 294, 309, 323, 324, 327, 328, 334, 341, 348, 358, 359, 363, 364, 375, 390

personnel, 44, 60, 61, 62, 143, 155, 162, 173, 191, 200, 280, 304, 317, 326, 341, 349, 350, 382

pharmacie, 30, 34, 54, 150, 243, 284, 310, 317, 372

plan, 46, 93, 106, 107, 121, 150, 158, 167, 178, 194, 198, 199, 219, 252, 256, 272, 298, 302, 309, 310, 316, 318, 330, 331, 338, 340, 372

Plan, 125, 150, 160

plantes, 35, 37, 54, 114, 115, 116, 222, 224, 303, 320, 332

plants, 258, 261, 309

Police, 13, 14, 95, 136, 156, 179, 252, 391

policier, 94, 142, 361

politique, 19, 24, 25, 26, 30, 38, 45, 46, 51, 59, 62, 71, 75, 76, 81, 85, 91, 111, 115, 121, 123, 124, 126, 129, 132, 133, 135, 142, 143, 144, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 159, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 174, 182, 185, 186, 191, 196, 199, 201, 205, 206, 219, 228, 229, 230, 236, 245, 250, 251, 252, 253, 258, 259, 272, 277, 279, 280, 282, 286, 287, 288, 289, 292, 294, 295, 296, 297, 300, 301, 307, 309, 310, 313, 314, 315, 316, 317, 321, 323, 348, 349, 352, 354, 358, 359, 361, 362, 364, 365, 367, 368, 372, 373, 375, 389, 390, 391

population, 36, 54, 122, 124, 127, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 146, 154, 169, 177, 182, 184, 192, 196, 197, 199, 279, 283, 290, 291, 302, 314, 319, 325, 340, 361, 386, 387, 393

Portugal, 111, 123, 141, 143, 252, 296, 301, 302, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 377, 380, 389, 390, 391, 393

possession, 21, 76, 184, 191, 261, 262, 289, 294, 301, 304, 362

possibilité, 55, 91, 131, 148, 150, 176, 177, 187, 235, 258, 287, 301, 302, 303, 308, 311, 312, 355, 372

poursuites, 43, 65, 66, 76, 77, 113, 129, 130, 152, 182, 186, 187, 298, 300, 303, 306

pouvoir, 22, 23, 25, 26, 33, 38, 39, 40, 42, 43, 46, 51, 56, 57, 72, 136, 146, 172, 173, 206, 226, 229, 236, 314, 315, 379

pratique, 20, 28, 52, 77, 106, 124, 187, 189, 194, 197, 221, 235, 241, 243, 287, 298, 300, 303, 310, 331, 352

pratiques, 29, 51, 58, 106, 109, 111, 115, 125, 156, 160, 170, 178, 179, 180, 184, 193, 200, 222, 223, 224, 248, 257, 278, 280, 283, 299, 307, 308, 316, 317, 331, 332, 339, 360, 382

préparation, 46, 94, 114, 141, 157, 197, 224, 286, 292, 320, 372

prescription, 112, 150, 165, 172, 177, 197, 200, 287, 288, 310, 311, 319, 336

président, 20, 41, 45, 53, 58, 59, 66, 81, 152, 239, 243, 245, 252, 257, 258, 259, 272, 295, 328, 368, 371

prévention, 33, 35, 55, 58, 59, 60, 66, 71, 76, 80, 81, 90, 112, 116, 121, 122, 125, 129, 132, 139, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 174, 175, 177, 182, 186, 196, 197, 199, 206, 228, 229, 245, 275, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 294, 297, 299, 301, 305, 306, 308, 309, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 330, 333, 335, 337, 339, 340, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 361, 372, 373, 377, 381, 390, 394

prévention des risques, 116, 170, 206, 356

principe, 23, 50, 54, 80, 115, 125, 170, 172, 173, 178, 188, 191, 196, 197, 218, 219, 285, 290, 303, 324, 339

prison, 60, 112, 131, 181, 196, 197, 211, 228, 258, 267, 274, 323, 325, 348, 366, 386, 390

prix, 26, 109, 125, 134, 135, 136, 137, 143, 144, 145, 146, 147, 249, 250, 288, 305, 308, 319, 327, 353, 356, 357

problématique, 19, 24, 91, 122, 124, 144, 168, 170, 174, 178, 192, 194, 202, 301, 331, 336, 354, 362, 363, 365

problème, 20, 36, 44, 59, 84, 115, 120, 137, 149, 167, 192, 251, 253, 275, 276, 291, 292, 307, 328, 340, 348, 358, 361, 362, 364, 367, 369, 376

procédure, 37, 38, 46, 53, 62, 65, 75, 79, 80, 90, 91, 92, 93, 118, 158, 176, 177, 186, 187, 188, 203, 274, 276, 323, 325, 360, 390

procès, 26, 57, 76, 78, 93, 94, 118, 169, 177, 178

production, 21, 29, 52, 59, 139, 231, 239, 245, 249, 250, 257, 297, 299, 303, 304, 305, 309, 320, 353, 354, 359, 375

produit, 22, 28, 41, 55, 72, 90, 110, 114, 121, 122, 123, 128, 136, 145, 150, 163, 228, 229, 272, 321, 326, 329, 331, 332, 340, 357, 365, 379

professeur, 20, 31, 60, 124, 133, 194, 225, 230, 239, 247, 253, 272, 342, 356, 358, 361, 362, 365, 367, 368, 391

professionnel, 35, 54, 140, 176, 177, 283, 316

programme, 129, 152, 154, 161, 162, 163, 225, 267, 276, 284, 310, 339, 348, 349, 351, 352, 360

programmes, 132, 150, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 166, 191, 193, 198, 199, 200, 276, 278, 279, 280, 282, 283, 285, 286, 287, 299, 301, 306, 308, 312, 314, 315, 316, 318, 319, 323, 339, 341, 347, 353, 354, 356, 357, 363, 372, 373

prohibition, 35, 95, 143, 148, 149, 153, 172, 173, 221, 223, 250, 297, 303, 352, 379

proposition, 44, 45, 46, 91, 115, 229, 237, 239, 303, 306, 312, 315, 323, 353, 368, 375

protection, 23, 26, 71, 80, 125, 151, 152, 157, 161, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 191, 252, 277, 289, 296, 311, 312, 325, 357, 393

psychoactive, 21, 186, 293, 329, 330

psychotrope, 22, 349

public, 19, 20, 23, 33, 35, 38, 43, 44, 46, 48, 68, 77, 78, 81, 94, 96, 109, 125, 149, 153, 174, 197, 201, 239, 277, 281, 296, 309, 315, 325, 338, 354, 390

publique, 19, 21, 22, 23, 24, 28, 32, 33, 36, 38, 39, 42, 45, 46, 47, 54, 56, 60, 64, 65, 66, 69, 71, 72, 78, 81, 82, 86, 93, 94, 111, 115, 116, 121, 125, 126, 132, 138, 139, 141, 142, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 157, 158, 159, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 172, 174, 175, 176, 177, 186, 187, 188, 189, 192, 193, 197, 201, 202, 205, 228, 229, 235, 236, 243, 250, 253, 275, 276, 277, 279, 290, 291, 293, 294, 297, 298, 299, 300, 301, 304, 305, 306, 308, 309, 311, 312, 313, 314, 315, 321, 326, 329, 350, 354, 357, 358, 362, 364, 365, 366, 367, 368, 373, 375, 389, 390, 391, 394

Q

qualité, 38, 52, 75, 81, 109, 111, 113, 136, 138, 151, 158, 161, 163, 164, 166, 188, 191, 193, 194, 197, 199, 250, 279, 284, 304, 305, 307, 308, 340, 342, 352, 353, 354, 387

quantité, 30, 38, 76, 87, 125, 135, 162, 163, 257, 268, 271, 301, 304, 329, 357, 362, 363

R

rapport, 19, 20, 38, 41, 45, 46, 54, 86, 89, 90, 91, 112, 115, 124, 126, 132, 137, 142, 154, 161, 162, 175, 183, 184, 185, 194, 195, 196, 219, 239, 247, 271, 272, 285, 291, 293, 305, 318, 330, 335, 356, 360, 371

rapports, 14, 158, 161, 195, 258, 275, 308, 309, 320, 342, 379

recherche, 20, 61, 66, 69, 93, 95, 106, 121, 136, 147, 152, 159, 160, 173, 180, 189, 206, 218, 219, 228, 245, 276, 295, 313, 321, 328, 329, 330, 336, 339, 340, 352, 387, 393

recours, 23, 44, 50, 75, 91, 94, 109, 129, 162, 172, 187, 203, 298, 321, 323, 336, 338, 354

réduction, 16, 62, 112, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 158, 160, 161, 166, 167, 169, 185, 191, 193, 196, 198, 199, 200, 201, 202, 212, 249, 250, 275, 286, 287, 293, 294, 296, 297, 298, 300, 302, 305, 306, 308, 309, 311, 312, 319, 321, 323, 339, 340, 341, 342, 352, 354, 357, 360, 365, 366, 372, 377, 387

réduction des risques, 16, 62, 112, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 161, 166, 167, 169, 185, 191, 193, 196, 198, 199, 200, 201, 202, 212, 250, 275, 286, 287, 293, 294, 297, 306, 312, 319, 323, 339, 340, 341, 360, 365, 366, 372, 377, 387

réforme, 24, 69, 71, 77, 79, 80, 89, 94, 126, 152, 197, 205, 217, 270, 276, 291, 313, 319, 353, 359, 360, 365, 383, 390

régime, 25, 42, 45, 46, 48, 50, 91, 143, 144, 146, 167, 168, 239, 325, 361, 385

régulation, 136, 173, 174, 275, 295, 297, 300, 301, 303, 305, 306, 307, 309, 311, 354, 356, 357, 359, 377

relation, 28, 133, 185, 188, 201, 219, 286, 316, 326, 334, 338, 340, 341

renforcement, 24, 128, 154, 194, 282, 284, 309, 313, 315, 316, 317

réponse, 19, 20, 38, 54, 55, 76, 80, 81, 89, 90, 92, 93, 117, 118, 120, 128, 129, 130, 131, 157, 158, 168, 179, 181, 187, 193, 229, 276, 298, 299, 301, 302, 312, 313, 322, 323, 331, 358, 359, 361, 366, 390, 392

représentation, 96, 392

répressif, 76, 96, 128, 137, 153, 301

répression, 24, 25, 26, 30, 33, 34, 35, 37, 38, 43, 44, 46, 51, 54, 58, 60, 71, 81, 86, 90, 93, 95, 108, 113, 128, 129, 136, 137, 139, 140, 142, 144, 146, 147, 168, 169, 184, 185, 186, 205, 206, 228, 236, 245, 250, 275, 297, 300, 306, 321, 323, 340, 354, 358, 359, 362, 386, 388, 390

répressive, 19, 26, 28, 33, 59, 77, 123, 133, 137, 144, 152, 153, 175, 205, 206, 227, 274, 291, 321

République, 15, 32, 38, 40, 41, 42, 45, 46, 50, 53, 62, 65, 75, 77, 81, 143, 175, 186, 187, 248, 258, 259, 272, 371, 381, 388

réseau, 106, 110, 121, 194, 196, 231, 235, 285, 305, 317, 331, 355

résine, 30, 108, 109, 114, 136, 137, 266

ressource, 169, 200

risque, 20, 22, 59, 90, 110, 113, 122, 124, 126, 135, 137, 140, 141, 142, 145, 180, 181, 186, 192, 194, 200, 201, 226, 229, 280, 282, 284, 286, 287, 288, 293, 303, 307, 308, 314, 316, 319, 328, 329, 332, 340, 355, 360, 391

S

sanction, 22, 80, 81, 84, 90, 91, 122, 132, 228, 295, 296, 299, 302, 324, 359

sanitaire, 33, 54, 55, 59, 64, 65, 75, 76, 80, 84, 91, 92, 125, 130, 148, 151, 157, 158, 186, 190, 191, 192, 194, 197, 199, 201, 275, 277, 284, 303, 313, 320, 330, 342, 368, 372

santé, 13, 19, 20, 21, 22, 23, 28, 36, 60, 61, 64, 65, 66, 71, 72, 80, 81, 82, 86, 93, 114, 115, 116, 121, 122, 124, 126, 127, 132, 138, 139, 140, 141, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 174, 176, 177, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 197, 198, 199, 201, 202, 219, 227, 228, 229, 236, 245, 250, 253, 272, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 284, 285, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 297, 298, 299, 300, 301, 304, 305, 306, 309, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 321, 329, 338, 339, 340, 342, 347, 354, 357, 359, 360, 362, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 371, 372, 373, 375, 380, 381, 384, 386, 388, 389, 390, 392, 394

science, 124, 297, 331, 345, 391

scientifique, 21, 41, 59, 96, 159, 160, 198, 219, 223, 228, 239, 243, 278, 279, 282, 290, 325, 330, 336, 342, 347, 368, 384

scolaire, 140, 154, 155, 156, 157, 177, 278, 280, 283, 284, 316, 355, 373

sécurité, 24, 35, 47, 62, 92, 126, 129, 171, 172, 175, 176, 201, 238, 288, 291, 293, 303, 305, 306, 309, 317, 320, 353, 357, 358, 391

Sénat, 45, 46, 50, 84, 85, 115, 259, 373, 374

sensibilisation, 76, 87, 125, 129, 162, 163, 182, 281, 303, 308, 309, 320, 353, 354, 360

seringues, 150, 166, 200, 201, 286, 287, 318, 363, 365, 373

service, 14, 47, 49, 92, 167, 197, 239, 243, 270, 280, 281, 296, 316, 350, 372

seuil, 23, 43, 150, 162, 198, 357, 360

sevrage, 69, 125, 147, 150, 194, 195, 200, 250, 329, 381

SIDA, 149, 150, 199, 250, 294, 373

situation, 20, 25, 43, 44, 69, 71, 81, 84, 109, 112, 124, 145, 149, 153, 156, 169, 177, 178, 179, 182, 183, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 198, 199, 218, 226, 252, 257, 275, 278, 284, 287, 290, 291, 311, 317, 325, 332, 343, 353, 360, 362, 368

social, 20, 23, 25, 26, 27, 32, 33, 40, 41, 48, 59, 71, 86, 126, 133, 138, 139, 140, 143, 144, 145, 146, 151, 165, 166, 167, 171, 174, 175, 180, 188, 190, 198, 223, 243, 277, 280, 291, 299, 302, 304, 305, 313, 316, 325, 328, 330, 331, 332, 334, 338, 343, 344, 345, 346, 350, 352, 359, 368, 384, 389, 393

société, 20, 25, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 40, 42, 43, 44, 47, 49, 52, 53, 55, 56, 57, 60, 61, 81, 122, 124, 148, 153, 154, 168, 170, 171, 173, 174, 176, 179, 183, 189, 219, 226, 228, 270, 275, 276, 277, 278, 289, 292, 293, 294, 297, 299, 300, 304, 306, 308, 311, 312, 313, 314, 315, 320, 324, 325, 332, 333, 334, 338, 340, 352, 353, 354, 356, 358, 359, 361, 362, 367, 388, 390, 391, 392

soins, 13, 17, 104, 195, 197, 285, 286, 288

stage, 76, 87, 120, 181, 182, 183, 303, 320

statistique, 26, 140, 141, 142, 162, 327, 329

structure, 133, 150, 151, 161, 195, 197, 214, 226, 231, 239, 276, 284, 303, 314, 317, 320

stupéfiant, 21, 22, 26, 41, 55, 61, 92, 93, 141, 390

substance, 21, 22, 28, 56, 115, 122, 133, 136, 139, 144, 146, 163, 185, 186, 214, 236, 268, 282, 283, 286, 293, 297, 303, 305, 309, 310, 326, 329, 330, 334, 336, 341, 342, 349, 388

substitution, 104, 111, 112, 148, 150, 197, 200, 286, 287, 302, 319, 336, 351, 360, 366, 372

suivi, 64, 124, 157, 164, 165, 186, 187, 188, 190, 194, 278, 284, 286, 301, 310, 311, 312, 317, 325, 360, 373, 375

synthèse, 15, 91, 102, 103, 106, 107, 111, 113, 114, 309, 326, 359, 361, 362, 364, 365, 367

système, 31, 33, 60, 80, 111, 113, 129, 133, 136, 138, 141, 143, 145, 152, 165, 168, 179, 183, 184, 185, 196, 201, 228, 230, 236, 247, 259, 287, 288, 289, 290, 295, 297, 299, 301, 302, 303, 307, 309, 334, 336, 339, 353, 355, 356, 357, 366, 381, 387, 393

T

tabac, 20, 23, 28, 30, 32, 35, 41, 57, 114, 116, 124, 125, 133, 138, 145, 156, 161, 163, 164, 172, 205, 227, 228, 239, 241, 283, 293, 294, 299, 305, 307, 308, 311, 329, 349, 353, 355, 356, 357, 368, 381, 383, 389, 393

tabagisme, 33, 35, 125, 277, 308

texte, 30, 34, 38, 42, 46, 49, 53, 55, 61, 62, 69, 76, 79, 95, 116, 157, 188, 201, 239, 249, 324, 326, 374

thérapeutique, 23, 59, 62, 64, 76, 80, 87, 114, 116, 129, 148, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 219, 223, 224, 236, 237, 238, 255, 258, 261, 303, 317, 320, 326, 347, 359, 373

titre, 43, 66, 79, 80, 89, 91, 116, 123, 129, 130, 150, 176, 270, 277, 314, 315, 350, 373

toxicomane, 62, 148, 170, 196, 227, 229, 231, 327, 331, 340, 379
toxicomanie, 15, 36, 57, 58, 61, 62, 69, 76, 81, 91, 95, 121, 123, 129, 132, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 163, 168, 169, 182,
193, 198, 202, 224, 229, 248, 276, 277, 295, 297, 301, 306, 310, 317, 326, 327, 331, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339,
340, 341, 342, 347, 354, 371, 372, 382, 389, 390, 391, 394
trafic, 19, 21, 25, 36, 39, 44, 46, 52, 54, 58, 71, 72, 74, 86, 91, 92, 95, 97, 100, 108, 112, 113, 128, 130, 131, 132, 133, 138,
140, 146, 147, 184, 227, 250, 257, 274, 288, 289, 296, 301, 303, 304, 305, 308, 309, 320, 323, 353, 356, 367, 378, 387,
388
trafiquant, 54, 75, 353
traitement, 285
Traitement, 11, 17, 92, 113, 366
travail, 20, 60, 82, 109, 121, 133, 139, 142, 146, 158, 176, 178, 191, 227, 234, 280, 298, 303, 305, 306, 308, 316, 320, 321,
325, 328, 335, 338, 339, 349, 350, 361, 381, 382
travaux, 25, 79, 97, 134, 136, 141, 163, 226, 228, 235, 243, 267, 295, 324, 336, 352
tribunal, 76, 88, 295
tribunaux, 39, 44, 49, 51, 60, 93, 298, 353, 366
troubles, 33, 49, 110, 138, 153, 187, 227, 228, 271, 280, 327, 328, 329, 334, 335, 336, 392

U

Université, 3, 41, 58, 124, 133, 152, 245, 253, 272, 335, 336, 339, 342, 356, 377, 378, 379, 381, 382
usager, 23, 25, 28, 36, 39, 43, 54, 55, 64, 69, 71, 75, 76, 81, 90, 91, 92, 143, 150, 168, 189, 193, 202, 227, 228, 275, 280,
323, 327, 349, 359, 360
utilisation, 13, 21, 29, 50, 59, 87, 111, 112, 127, 138, 150, 157, 162, 175, 182, 202, 219, 221, 222, 224, 258, 278, 280, 288,
290, 294, 300, 305, 329, 330, 332, 336, 337, 360, 372, 393

V

vénéneuses, 30, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 47, 51, 52, 54, 56, 147, 243, 326, 331, 390
ventes, 30, 97
vie, 21, 28, 38, 60, 80, 100, 106, 110, 112, 123, 126, 137, 169, 170, 171, 172, 173, 175, 176, 177, 179, 194, 196, 199, 219,
225, 227, 250, 258, 275, 282, 310, 323, 324, 325, 326, 328, 338, 340, 341, 342, 346, 347, 348, 349, 359, 383, 388
VIH, 17, 149, 199, 201, 250, 294, 360, 365
virus, 150, 197, 365, 372, 373

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES ABRÉVIATIONS	11
INTRODUCTION.....	19
TITRE PRÉLIMINAIRE : LE CONTEXTE HISTORIQUE ET JURIDIQUE	25
ANTÉRIEUR À LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970.....	25
CHAPITRE I. LA PRÉSENTATION HISTORIQUE DU FAIT SOCIAL DE L'USAGE DE DROGUE	28
Section I. Le temps de la découverte	28
Section II. Le temps de la « démocratisation ».....	30
Section III. Le temps de la condamnation	34
CHAPITRE II. LA GENÈSE DE LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970 : DES MESURES ADOPTÉES SANS DÉBATS PARLEMENTAIRES ET À LA DEMANDE DE L'EXÉCUTIF	36
Section I. Loi du 19-25 juillet 1845 sur la vente des substances vénéneuses.....	37
Section II. La loi du 12 juillet 1916 concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses (l'opium, la morphine et la cocaïne)	40
Section III. La loi du 13 juillet 1922 concernant l'importation, la détention et l'usage de substances vénéneuses.	47
Section IV. Le Décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française.	51
Section V. La loi n°53-1270 du 24 décembre 1953 modifiant et complétant les dispositions législatives sur la répression du trafic et de l'usage illicite des stupéfiants.	54
Section VI. La loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.	56
PARTIE I.....	69
LE RENFORCEMENT PROGRESSIF DE LA RÉPRESSION	69

CHAPITRE I. LES MODIFICATIONS SUCCESSIVES DEPUIS LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970	71
Section I. La loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social	71
Section II. La loi n°87-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du Code pénal.	72
Section III. La loi n°96-382 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants, ainsi qu'à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime.	74
Section IV. La loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité dite « loi Perben II ».	74
Section V. La circulaire « Perben » du 8 avril 2005	75
Section VI. La loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance	80
Section VII. La loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice (article 58).....	89
CHAPITRE II. L'ÉCHEC PATENT DE CES POLITIQUES PUBLIQUES	96
Section I. L'usage des drogues : un état des lieux	96
I. Chiffres et tendances concernant les drogues en France	96
A. Le phénomène en chiffre	97
B. Les tendances récentes en matière d'usage de drogues.	106
II. Focus sur le cannabis et ses différentes formes : CBD, cannabinoïdes de synthèse et e-cigarette.	114
Section II Le bilan concernant les consommations de drogues.	121
I. Les chiffres de la consommation de substances illicites.....	122
II. Les chiffres de l'addiction.....	123
Section III. Le bilan répressif.....	128
I. La mobilisation des autorités de police.....	128
II. La mobilisation des autorités judiciaires	129

Section IV. Le bilan financier	131
Section V. Le bilan médical.....	147
I. L’avis d’une praticienne	147
II. Le rôle joué par l’épidémie de VIH/SIDA dans les années 90 : la mise en place des prémices de la politique de réduction des risques et des dommages	149
III. Des premières dispositions à l’institutionnalisation d’un référentiel de réduction des risques et des dommages	151
IV. L’information, l’éducation et la prévention	153
V. La politique de prise en charge des soins	163
Section VI. Le bilan au niveau des droits et des libertés publiques.....	167
I. Un dispositif problématique pour le respect des libertés individuelles	170
A. Liberté individuelle et protection de l’individu contre lui-même	170
B. La question du dépistage	175
II. Le droit à un procès équitable.....	177
A. Pratiques discriminatoires et procédure pénale	177
B . La question des soins pénalement ordonnés.....	186
III. Le droit à la protection de la santé	191
A. Accès aux soins et discriminations.....	192
B. Une prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues encore trop lacunaire	194
C. Une politique de réduction des risques et des dommages efficace confrontée aux logiques prohibitionnistes	199
PARTIE II. LA NÉCESSAIRE MISE EN PLACE D’UNE POLITIQUE INCLUSIVE....	205
CHAPITRE I. FREINS ET LEVIERS POUR L’AVÈNEMENT D’UNE RÉFORME ESSENTIELLE	206
Section I. Les différents obstacles	206
Section II. Les différents leviers	236
I. La légalisation en France du cannabis thérapeutique	237

II. Les exemples inspirés de l'étranger.....	240
CHAPITRE II. VERS UNE LÉGALISATION DE L'USAGE DE TOUTES LES DROGUES	270
Section I. L'élément déclencheur : l'affaire Sarah Halimi	270
Section II. Une piste à suivre ? : les propositions faites par la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme	275
I. Intégrer le concept d'addiction dans le Code de la santé publique	275
II. Bâtir une véritable politique de prévention à destination de l'ensemble de la société.....	277
III. Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale.....	284
IV. Poursuivre et renforcer la politique de réduction des risques	286
V. Promouvoir au niveau des Nations Unies une politique proactive en faveur d'une révision du système conventionnel	288
VI. Faire évoluer la législation pénale sur les stupéfiants.....	293
Section III. Le recours possible à de nouvelles alternatives	321
I. L'approche juridique : défendre les droits fondamentaux et les libertés publiques des usagers de drogue	321
II. L'approche scientifique : Les progrès des sciences humaines et dures en matière d'usage de drogues	325
III. L'expérience du « Rat Park » de Bruce Alexander	342
IV. Les réunions des narcotiques anonymes	347
V. Les « mesures phares » pour l'avenir	352
CONCLUSION.....	358
SECTION II. BIBLIOGRAPHIE.....	377
ANNEXE.....	395
INDEX NOMINUM.....	402
INDEX RERUM	402
TABLE DES MATIÈRES	423

Pour une réforme des textes issus de la loi du 31 décembre 1970 au regard des usagers de drogues.

Dans son commentaire de l'Évangile de Jean sur la femme adultère, Jean-Yves Leloup écrit : « Là où les Pharisiens voient une faute, qu'il faut condamner, Jésus voit un malheur qu'il faut guérir. Ils regardent le péché, ils ne voient pas la souffrance. Jésus voit la souffrance et il baisse les yeux devant le péché. Il ne cherche pas à tuer la femme, il cherche comment la guérir, la délivrer »⁷³⁹.

Pourtant, certains disent encore qu'il faut sanctionner les usagers de drogues parce qu'ils sont les complices des trafiquants. Or dans le cadre d'une « légalisation/régulation » de l'usage de toutes les drogues, c'est l'État qui est en charge de la production et de la distribution des drogues. Aujourd'hui illégales, ces drogues auraient le même statut que le tabac et l'alcool. Dès lors, les usagers de drogues deviendraient des usagers de ce « service public », c'est-à-dire des citoyens exemplaires participant à la croissance du P.I.B. national français.

Depuis la loi du 31 décembre 1970 faisant écho à la formule de Nixon (« il faut faire la guerre à la drogue »), la répression de l'usage de drogues est allée *crescendo* en France. Cette loi, aujourd'hui abrogée aux fins de codification, n'a pas été précédée d'une étude d'impact. En termes de politique publique, il convient, pourtant, de savoir si cette répression de l'usage de drogues est efficiente. Cette thèse propose notamment de répondre à cette question. De plus, juridiquement, une réforme ne s'impose-telle pas si se pose la question de la nécessité de l'intervention du droit pénal en matière d'usage de drogues ? Y-a-t-il une proportionnalité entre la protection de l'ordre public face au simple usage de drogues et la protection des droits et libertés publiques des usagers ?

Le 5 décembre 2023, le *Consortium* international sur les politiques des drogues a publié un rapport d'évaluation de la stratégie de l'Organisation des Nations Unies au sujet des drogues. Ce rapport insiste sur la complaisance des États à continuer cette guerre à la drogue alors que les conséquences sont désastreuses en matière de santé, de discriminations et de droits humains. Ce texte demande donc une réforme. Précédemment, le Conseil économique, social et environnemental (C.E.S.E.) s'est prononcé, le 24 janvier 2023, en faveur d'une légalisation encadrée du cannabis. De très nombreux pays occidentaux vont dans ce sens en s'appuyant sur l'avancée de la recherche des sciences sociales et humaines en matière de dépendance. Cette thèse se veut être une « boîte à outils » pour un changement législatif.

⁷³⁹ (J.-Y.) Leloup, *L'évangile de Jean*, Paris, Ed. Albin Michel, 1989, p. 253.