

CNCDH

COMMISSION NATIONALE
CONSULTATIVE
DES DROITS DE L'HOMME

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AVIS

USAGES DE DROGUES ET DROITS DE L'HOMME

8 NOVEMBRE 2016



*L'avis « Usages de drogues et droits de l'homme » a été adopté
lors de l'Assemblée plénière du 8 novembre 2016.*

Adoption : 22 voix « pour », 5 voix « contre », 11 abstentions.

« *Fantasme et réalité, le mot “ drogues ” attire et fait peur. Il représente à la fois, pour nos sociétés modernes, l’incarnation du mal absolu et l’espoir illusoire de vivre mieux ou moins mal. Tour à tour remèdes ou/et poisons, les drogues touchent à ce que les hommes ont de plus intime, à leurs fragilités et leurs désirs secrets. C’est ce double visage, celui qui guérit et celui qui détruit, qui rend cette question tellement complexe qu’elle brûle les doigts de tous ceux qui, dans les sociétés développées, tentent d’élaborer des réponses rationnelles. C’est aussi ce qui explique la tentation des réponses manichéennes et des déclarations péremptives qui, en mettant à distance la réalité complexe des choses, évitent de s’y confronter. Comme s’il fallait nécessairement choisir un camp entre laxisme et répression, banalisation et dramatisation... »¹.*

Dix ans plus tard, le constat dressé par Nicole Maestracci, première présidente de la Mission permanente de lutte contre la toxicomanie (devenue la MILDECA²), demeure inchangé, la question des drogues et de leurs usages restant, en France, un sujet tabou. Pourtant, cette question touche la société toute entière, à travers la vie quotidienne de chacun d’entre nous³. Les drogues et leur usage constituent ainsi une vraie question citoyenne et politique, qui justifie la volonté de la CNCDH de contribuer à la réflexion à travers le présent avis. L’approche de la Commission, fondée sur les droits de l’homme, permet notamment de dépasser les clivages que le sujet de la consommation de drogues suscite, en plaçant le respect et l’effectivité des droits fondamentaux au cœur du débat.

Une telle ambition suppose un effort de définition sémantique préalable. En effet, il n’existe pas de définition juridique de la notion de drogue. L’architecture juridique repose seulement sur une liste de substances classées comme produits stupéfiants, dont l’usage est réglementé⁴. Faute de définition juridique, on peut

1. N. Maestracci, *Les drogues*, «Que sais-je ?», Presses Universitaires de France, Paris, 2005.

2. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

3. Aborder la question des drogues, ce n’est pas se limiter à la seule question des usages de drogues « stupéfiants », condamnées par les lois, mais c’est également s’interroger sur les drogues dites « culturelles », tabac, alcool, médicaments, et aussi sur tout ce qui peut avoir un effet sur les émotions et les comportements, effet qui peut créer une dépendance (écrans ou jeux d’argent par exemple).

4. Voir :

· code de la santé publique, article L5132-1et article L5132-7 ;

· arrêté du 22 février 1990 *fixant la liste des substances classées comme stupéfiants*, JORF n°130 du 7 juin 1990.

néanmoins s'accorder sur la définition suivante : est considérée comme drogue toute substance psychoactive capable de modifier les fonctions psychiques et/ou physiologiques d'un individu, à savoir l'humeur, la pensée, le comportement ou l'émotion. Une drogue est susceptible de créer une dépendance psychologique ou physique. Les différents critères permettant de classer une drogue sont ses propriétés thérapeutiques, la dépendance qu'elle occasionne et ses effets sur le système nerveux central. La classification juridique des produits stupéfiants détermine quant à elle les conditions dans lesquelles l'usage de la drogue est licite ou illicite.

Par ailleurs, les théories médicales invitent à penser en termes de comportements (addiction) et non en termes de produits. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), définit l'addiction par l'impossibilité de contrôler une pratique visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise, et d'interrompre sa poursuite malgré ses conséquences négatives. L'objet de l'addiction devient progressivement une « béquille » dont la personne ne peut plus se passer. Elle envahit son quotidien, au point de compromettre son avenir. Les addictions, quelles qu'elles soient, sont considérées comme des dépendances pathologiques, et leur diversité (tabac, alcool, produits pharmaceutiques, substances illicites) rend difficilement intelligible la frontière entre produits licites et produits illicites. Plus encore, cette distinction entre substances licites et illicites constitue souvent un frein à l'effectivité des politiques publiques de lutte contre les addictions. Il ne s'agit pas ici de nier la dangerosité intrinsèque des drogues et leur potentiel addictif, mais de rappeler que tous les produits psychoactifs, licites ou illicites, sont potentiellement dangereux, que l'environnement, le contexte de consommation et la quantité consommée jouent un rôle dans le développement - ou non - de la dépendance et enfin que pour un même produit, tous les individus ne sont pas égaux devant le risque de dépendance⁵.

5. B.P Roques, *La dangerosité des drogues. Rapport au secrétariat d'État à la Santé*, Éditions Odile Jacob, Paris, 1999.

B.P Roques, « La dangerosité des drogues : mécanismes neurobiologiques des addictions et approches thérapeutiques », in *Médecine/sciences*, n°12, vol. 16, décembre 2000, pp. 1346-1354.

Il ressort des différentes recherches scientifiques que :

- toutes les substances psychoactives sont hédoniques, toutes activent le système de plaisir, toutes ont des actions toxiques, et toutes sont susceptibles d'entraîner des effets plus ou moins accentués de dépendance physique et psychique ;
- le produit n'est pas le seul élément du phénomène de consommation abusive ou addictive. La manière dont la personne attend et anticipe l'usage du produit, le contexte dans lequel elle le consomme vont

Le mandat de la CNCDH étant de promouvoir le respect et la défense des droits de l'homme et des libertés fondamentales, pour tous, sans aucune sorte de distinction et de façon juste et universelle, et d'être un lieu de dialogue sur les questions thématiques relatives à tous les droits de l'homme, il justifie l'adoption d'un avis sur la pertinence des réponses politiques apportées au développement de l'usage des drogues dans la société française. L'objectif de la Commission est ainsi de contribuer au débat sur cet usage, à l'appréciation de ses conséquences aussi bien pour les individus que pour la société, en mesurant l'impact des politiques relatives aux stupéfiants sur les droits des personnes. En effet, un usager de drogues est et demeure un citoyen qui doit pouvoir bénéficier de la reconnaissance de tous ses droits. Il s'agit pour la CNCDH de s'intéresser à la personne, au respect de sa dignité et à l'effectivité de ses droits, et non pas seulement à des produits, aussi dangereux puissent-ils être. Pour ce faire, le présent avis dresse un état des lieux du cadre légal, administratif et social de la consommation de drogues (I), effectue un bilan des atteintes aux droits fondamentaux qui en découlent (II) et présente des perspectives d'amélioration voire de réforme des dispositifs existants (III).

également avoir un effet biologique sur le système nerveux central.

· Si aucune substance n'est inoffensive, c'est la dose consommée qui va la rendre ou non toxique. Une substance consommée en faible quantité aura beaucoup moins d'effets de dépendance que si elle est consommée en grande quantité.

· La très grande majorité des usagers occasionnels ne répètent pas leur première expérience, et surtout 90% des usagers de drogues illicites ne deviennent pas dépendants.

TABLE DES MATIERES

PREMIERE PARTIE : ETAT DE LA SITUATION	8
A. UNE POLITIQUE PROHIBITIONNISTE ANCIENNE, MAIS QUI A CONNU DES ÉVOLUTIONS	8
1. La loi de 1970 et la consécration de la prohibition de certaines substances	9
2. L'épidémie de VIH/SIDA et le tournant des années 1990 : les prémices de la politique de réduction des risques et des dommages	11
3. Des premières dispositions à l'institutionnalisation d'un référentiel de réduction des risques et des dommages	12
B. LES DIFFERENTES COMPOSANTES DE LA POLITIQUE PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE	14
1. La répression et la mobilisation des autorités de police et judiciaire	15
a. La mobilisation des autorités de police	15
b. La répression et la mobilisation des autorités judiciaires	16
2. L'information, l'éducation et la prévention	19
a. Les actions de prévention en milieu scolaire	19
b. Les actions de prévention hors milieu scolaire	21
3. La politique de prise en charge et de soins	22
C. DES RESULTATS PEU PROBANTS SUR LA CONSOMMATION	25
1. Chiffres de la consommation de substances illicites	25
2. Chiffres de l'addiction	27
D. LES EVOLUTIONS DU CONTEXTE INTERNATIONAL	32
DEUXIEME PARTIE : BILAN DU DISPOSITIF LEGAL ACTUEL ET ATTEINTES AUX DROITS DE L'HOMME	35
A. UN DISPOSITIF QUI INTERROGE LES LIBERTES INDIVIDUELLES	36
1. Liberté individuelle et protection de l'individu contre lui-même	36
2. La question du dépistage	39
B. DROIT A UN PROCES EQUITABLE	40
1. Pratiques discriminatoires et procédure pénale	40
2. La question des soins pénalement ordonnés	46
C. DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE	50
1. Accès aux soins et discriminations	51

2. Une prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues encore trop lacunaire	52
a. L'insuffisante structuration du réseau de soins en addictologie	52
b. La question spécifique de la prise en charge en milieu carcéral	54
c. La question de la prise en charge spécifique des femmes	56
3. Une politique de réduction des risques et des dommages qui a prouvé son efficacité mais se heurte encore aux logiques prohibitionnistes	57

TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS DE LA CNCDH **62**

A. INTEGRER LE CONCEPT D'ADDICTION DANS LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	62
B. BATIR UNE VERITABLE POLITIQUE DE PREVENTION A DESTINATION DE L'ENSEMBLE DE LA SOCIETE	64
C. AMELIORER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET SOCIALE	69
D. POURSUIVRE ET RENFORCER LA POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES	71
E. PROMOUVOIR AU NIVEAU DES NATIONS UNIES UNE POLITIQUE PRO-ACTIVE EN FAVEUR D'UNE REVISION DU SYSTEME CONVENTIONNEL	73
F. FAIRE EVOLUER LA LEGISLATION PENALE SUR LES STUPEFIANTS	77
1. Décriminaliser, dépénaliser, légaliser. Précisions terminologiques	78
2. Les alternatives possibles à la répression	81
a. Scénario 1 : contraventionnalisation de l'usage de stupéfiants	82
b. Scénario 2 : décriminalisation de l'usage du cannabis, contraventionnalisation de l'usage des autres produits classés stupéfiants	83
c. Scénario 3 : décriminalisation de l'usage de stupéfiants et régulation de l'accès aux produits	85
ANNEXE 1 : SYNTHESE DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA CNCDH	91
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES	99
ANNEXE 3 : GLOSSAIRE	101
ANNEXE 4 : INFOGRAPHIES	103

PREMIERE PARTIE : ETAT DE LA SITUATION

L'année 2016 marque le centenaire de la loi du 12 juillet 1916 *concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses*, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne, loi symbole qui consacre la prohibition pénale de l'usage de « stupéfiants » en France. Avec cette loi, et pour la première fois dans le droit moderne 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. Cette politique prohibitionniste, vieille d'un siècle, a été marquée par différentes évolutions (A) qui ont abouti à la mise en place d'une politique publique de lutte contre la drogue et la toxicomanie (B) dont les résultats en matière de consommation sont peu probants (C). Elle prend parallèlement peu en compte les évolutions du contexte international (D).

A. UNE POLITIQUE PROHIBITIONNISTE ANCIENNE, MAIS QUI A CONNU DES EVOLUTIONS.

On trouve des traces de consommation de drogue dès la nuit des temps, et il semble que l'usage de drogues – quelle qu'en soit la raison (religieuse, culturelle ou médicale) – soit aussi ancien que l'humanité⁶. Ce n'est qu'au XVII^e siècle qu'apparaît la notion de « substances vicieuses » (dont on trouve un écho dans la notion de substance vénéneuse, consacrée par l'actuel code de santé publique). A partir du XVIII^e siècle, les drogues sont soumises à un contrôle étatique dont l'objet varie selon les lieux et les époques. Tantôt il s'agit de favoriser l'usage de drogues dans un but commercial (comme pour le vin) ou fiscal (comme pour le tabac en métropole, l'opium et le cannabis dans les colonies françaises), tantôt il s'agit de limiter l'usage des drogues, au nom de considérations morales et religieuses ou de la santé publique⁷.

6. C. Meyers, *Mythologies, histoires, actualités des drogues*, L'Harmattan, Paris, 2007.

7. Y. Bisiou, « Deux siècles de politiques publiques de la drogue », in *Psychotropes. Revue internationale des toxicomanies et des addictions*, 2016 (à paraître)..

La politique actuelle de prohibition des drogues trouve sa source dans trois conventions internationales adoptées par l'Organisation des Nations unies (ONU) : *la convention unique sur les stupéfiants* de 1961, *la convention sur les substances psychotropes* de 1971 et *la convention contre le trafic des stupéfiants et des substances psychotropes* de 1988. L'objectif de ces conventions est de limiter l'usage des stupéfiants et des psychotropes aux seules fins médicales et scientifiques, et d'éviter tout détournement vers un usage récréatif ou non autorisé, en sanctionnant le trafic illicite.

Le suivi et la mise en œuvre de ces conventions reposent sur trois structures : l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) composé d'experts indépendants élus, la Commission des stupéfiants (CND) composée des Etats membres et chargée notamment de voter les substances classifiées dans la liste des produits stupéfiants, et l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) qui est l'organe du secrétariat de l'ONU.

La France s'est pleinement inscrite dans ce mouvement prohibitionniste engagé sous l'égide des Nations unies depuis le début des années 1960 en adoptant un régime d'interdiction de l'usage de stupéfiants par la loi du 31 décembre 1970 qui reconnaît aux consommateurs de drogues illicites un double statut de délinquant et de malade.

1. La loi de 1970 et la consécration de la prohibition de certaines substances

La promulgation de 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*, sur laquelle repose la politique française en matière de drogue, intervient dans un contexte marqué par trois événements majeurs. D'abord, une augmentation de la consommation du cannabis et du LSD au sein de la jeunesse occidentale des années 1960 et dans les mouvements étudiants de contestation de l'ordre établi, amène les autorités à considérer la question des stupéfiants à travers un fort prisme d'ordre public. Ainsi, le rapport Henrion note que « *votée dans une période très marquée par les mouvements étudiants dont certaines drogues avaient été l'emblème, surtout aux États-Unis, la loi du 31 décembre 1970 était, dans l'esprit du législateur, une pièce maîtresse*

dans l'effort d'endigement qu'appelait une vague de contestation portée par ce que certains ont appelé « la dissolution » des mœurs⁸. Ensuite, l'affaire de la French Connection surprend la France, qui découvre qu'elle est une plaque tournante du marché de l'héroïne à destination des États-Unis. L'usage de drogues est désormais perçu comme un « danger social ». Enfin, au niveau international, le président américain Richard Nixon déclare la « guerre à la drogue » (*war on drugs*) en 1969 en instaurant une politique du tout répressif, non seulement à l'égard des trafiquants, mais également des usagers de drogues, cette politique influençant durablement les relations internationales et la politique répressive des Nations unies.

Fruit d'un compromis entre le ministère de la Justice, favorable à la répression de l'usage essentiellement pour des raisons de technique judiciaire, et le ministère de la Santé, préconisant une surveillance sanitaire obligatoire, la loi de 1970 poursuit un double objectif : d'une part, la répression de l'usage et du trafic de drogues et d'autre part, l'offre d'une série de soins. Ce dernier aspect apparaît clairement dans le choix politique d'insérer cette loi au sein du code de la santé publique.

Cette loi sanctionne l'usage simple de substances classées comme stupéfiants d'un an d'emprisonnement et/ou d'une amende de 50 à 250 000 francs (désormais 3 750 euros), sans distinction entre l'usage en privé et en public, ou encore l'usage régulier ou occasionnel⁹. Elle modifie ainsi la législation en vigueur issue de la loi de 1916 qui ne portait que sur l'interdiction de « l'usage en société » par la création d'un délit puni d'un emprisonnement de 3 mois à 2 ans et d'une amende de 1 000 à 10 000 francs et apparaît de ce fait fondamentalement comme une loi pénale. Pourtant, par l'article 355¹⁰ qui dispose que « toute personne usant de produits classés comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire », le législateur pose une déclaration de principe sur la médicalisation de l'usage de stupéfiants. Ces deux éléments illustrent l'ambiguïté de la loi de 1970 : celle-ci tente de concilier les logiques sanitaire et répressive en considérant l'utilisateur de drogues

8. R. Henrion, *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, La documentation française, Paris, 1995.

9. Article L. 628 du code de la santé publique abrogé et devenu article L3421-1 en 2000.

10. Article 355 du code de la santé publique abrogé et devenu article L.3411-1 en 2000.

illicites, à la fois comme un malade qu'il convient de soigner et un délinquant qu'il y a lieu de punir, mais sans clairement définir les critères d'attribution d'un de ces statuts. De ce fait, à circonstances similaires, un contrevenant peut être exposé à des sanctions différentes : amende ou emprisonnement contre soin forcé. La distinction entre l'usager-malade et l'usager-délinquant n'est pas le seul élément à poser des difficultés. En effet, cette loi ne comporte aucune disposition spécifique en matière de prévention, pour laquelle tout un chacun, de l'Etat au simple citoyen peut intervenir. De ce flou naîtra une politique de prévention hétérogène, éclatée et sans cohérence.

2. L'épidémie de VIH/SIDA et le tournant des années 1990 : les prémices de la politique de réduction des risques et des dommages

A partir des années 1990, la diffusion du VIH/SIDA dans la communauté des usagers de drogues par voie intraveineuse (notamment héroïne) va entraîner une évolution des politiques publiques de lutte contre la drogue. A la fin des années 1980 en France, la prévalence estimée de l'infection dans le groupe des usagers de drogues par voie intraveineuse concerne plus du tiers des individus ; la part des cas de SIDA liés à l'injection de drogues, chez les usagers de drogues par voie intraveineuse ou chez leurs partenaires sexuels, a crû régulièrement depuis le début de l'épidémie jusqu'à représenter plus du quart de l'ensemble des malades¹¹.

Les préoccupations dictées par l'intérêt de la société s'effacent alors au profit d'une réflexion centrée sur la santé des usagers eux-mêmes. A cet égard, des programmes de réduction des risques axés sur une large accessibilité au matériel d'injection stérile et à usage unique¹², et sur l'objectif de diminution des pratiques d'injection avec l'autorisation des traitements de substitution aux opiacés

11. Conseil national du SIDA, *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique*, 21 juin 2001, p.3.

12. 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 (PES) 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'Etat 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*.

(méthadone et buprénorphine haut dosage ou Subutex)¹³ vont progressivement être mis en place. Le décret du 13 mai 1987 instaure les premières mesures officielles de réduction des risques infectieux liés à l'usage de drogues, avec l'autorisation de la vente libre de seringues en pharmacie. En 1995, un autre décret vient autoriser la distribution gratuite d'aiguilles, de seringues et de kits de prévention (stéribox) dans le cadre de programmes d'échanges de seringues.

Toutefois, ce changement de paradigme se heurte à de fortes réticences, de sorte qu'il faut attendre le plan triennal de lutte contre la drogue de 1999¹⁴, qui complète notamment ce dispositif par le développement des lieux d'accueil « bas seuil »¹⁵, pour que la priorité soit clairement donnée aux soins et à la réduction des risques dans la lutte contre l'usage de stupéfiants. Le nouveau code de la santé publique entré en vigueur en juin 2000 consacre cette orientation. Ainsi, la « lutte contre les fléaux sociaux » disparaît au profit d'une lutte contre les maladies et les dépendances, et l'usager est placé au centre du dispositif. L'usage de drogues est désormais considéré comme un fait social devant certes être combattu, mais également accompagné, sans incitation, afin de protéger les usagers.

3. Des premières dispositions à l'institutionnalisation d'un référentiel de réduction des risques et des dommages

L'introduction progressive de ces dispositions réglementaires décisives en matière de réduction des risques s'est faite sans que soit institutionnalisée une

13. 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*.

14. Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002).

15. En fonction de la facilité d'accès à une structure et du niveau d'exigence auquel les consommatrices doivent répondre afin de bénéficier des prestations qu'elle offre, 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.

politique de réduction des risques. La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 *relative à la politique de santé publique* vient modifier cette situation en conférant un cadre législatif à l'action des intervenants de la réduction des risques. Cette reconnaissance législative permet à la politique de réduction des risques en vigueur depuis la fin des années 1980 de quitter définitivement le stade expérimental. Désormais, l'article L. 3121-3 du code de la santé publique dispose que « *la définition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue relève de l'Etat* ». Ce premier cadre législatif introduit un axe de réduction des risques dans la politique sanitaire de la toxicomanie, entre la prévention primaire et le soin, et protège les acteurs de la réduction des risques. Les objectifs poursuivis et les modalités d'intervention en direction des usagers de drogues sont désormais définis dans un référentiel national des actions de réduction des risques¹⁶, de nature à renforcer la qualité des pratiques. Par ailleurs, le dispositif d'accueil est restructuré avec la création de nouveaux établissements médico-sociaux, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), mis en place par voie de circulaire à partir de 2006¹⁷.

Si la politique française en matière de lutte contre la drogue reste très focalisée sur la répression des usages, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 *de modernisation de notre système de santé* vient reconnaître et sécuriser les démarches de santé à destination des usagers de drogues. Aux termes de l'article L.3411-8 du code de la santé publique, « *la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants* ». Cette loi renforce par ailleurs la protection juridique des acteurs de la réduction des risques et des dommages : désormais, les intervenants agissant conformément à leurs missions peuvent bénéficier du fait justificatif de l'article 122-4 du code pénal¹⁸, et leur responsabilité pénale ne plus être engagée

16. Article D. 3121-33 du code de la santé publique.

17. Ministère de la Santé, Direction générale de la Santé (DGS), 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*

18. 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*

à ce titre. Comme le note Yann Bisiou, « *il était curieux que les forces de police et de gendarmerie (articles 706-32 et 706-82 du code de procédure pénale) ou les agents des douanes (articles 67bis et 67bis-1 du code des douanes) soient protégés de toute poursuite pénale y compris lorsqu'ils participent à un trafic de stupéfiants pour en identifier les auteurs et que les médecins ou les travailleurs sociaux qui accompagnent les usagers ne bénéficient pas d'une protection équivalente dans leurs interventions. Cela donnait l'impression d'une défiance, d'un manque de considération auquel la loi de Santé vient heureusement mettre fin. Symboliquement, actions de soin et politique répressive sont remises sur un pied d'égalité* »¹⁹.

Mais les contradictions entre assistance aux usagers et prohibition de principe demeurent. La prohibition et le cadre répressif constituent des obstacles à un développement plus important des politiques de réduction des risques et des dommages. En réalité, les préoccupations sécuritaires demeurent : l'usager de drogues est perçu comme « *un générateur de nuisances publiques* ». Il est appréhendé non pas à travers la problématique de son addiction, mais à travers le risque, réel ou supposé, qu'il est susceptible de faire courir à la population, ce qui ce tend à renforcer la répression.

B. LES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DE LA POLITIQUE PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE

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), de sorte qu'elle implique une vingtaine de départements ministériels. Créée en 1982, la mission permanente de lutte contre la toxicomanie (MILDT), devenue 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

pénalement responsable la personne qui accomplit un acte commandé par l'autorité légitime, sauf si cet acte est manifestement illégal ».

19. 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.

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 et 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 qu'ils consacrent 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 2009²⁰. En outre, le fonds de concours alimenté par le produit des avoirs criminels confisqués dans les affaires de stupéfiants dont elle dispose constitue par nature un levier financier très aléatoire.

1. La répression et la mobilisation des autorités de police et judiciaires

Contrairement aux idées reçues, la tendance en France n'est pas à l'infléchissement 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, et a augmenté de 90 % sur la seule période 2000-2013²¹. Cette forte mobilisation des autorités de police (a) se traduit également par une lourde sollicitation de la justice pénale (b).

a. 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

20. M.-A. Le Dain et L. Marcangelli, Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, *Rapport sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites*, n° 2385, Assemblée nationale, novembre 2014.

21. Obradovic, « Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants », in *Tendances* n° 103, OFDT, octobre 2015.

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 2002²², 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-revente²³. 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 de cannabis, même si le volume d'interpellations ne représente que 4% du nombre estimé d'usagers de cannabis²⁴.

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-drogue²⁵.

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 qui a touché les services de police, avec l'injonction de « faire du chiffre » pour nourrir les paroles politiques sur la sécurité.

b. La répression et la mobilisation des autorités judiciaires

Parallèlement, l'essor des interpellations s'est accompagné d'une

22. *Ibidem*

23. *Ibidem*

24. *Ibidem*

25. 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.

systématisation et d'une diversification des réponses pénales apportées à ce contentieux. A 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 Justice²⁶. 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. 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 poursuites²⁷. 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 socio-sanitaires, 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 diminuer (en 2004 elles représentaient 4% des alternatives aux poursuites, 10% en 2007 et 7% en 2014)²⁸.

26. 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*

27. I. Obradovic, « Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants », *op. cit.*

28. *Ibidem*

S'agissant des poursuites pénales, elles représentent, en 2014, 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 stupéfiants²⁹, 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 années³⁰. 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 teneur des peines prononcées a considérablement évolué depuis le début des années 1980, puisque l'emprisonnement est devenu de plus en plus rare au profit des amendes ou des mesures de substitution qui représentent aujourd'hui les trois quarts des sanctions prononcées pour usage illicite, soit respectivement 57 % et 17 % des condamnations. Tout particulièrement, la part des amendes a plus que doublé depuis dix ans, et leur montant moyen s'est abaissé de plus de 20 %, passant de 402 à 316 euros entre 2002 et 2013³¹. Cette croissance des amendes s'explique par la transformation des voies procédurales de traitement de l'usage de stupéfiants depuis la loi du 5 mars 2007, qui ouvre la possibilité de recourir à l'ordonnance pénale pour les simples usagers ; or l'ordonnance pénale 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)³².

Pour l'ensemble des ILS, la durée moyenne des peines d'emprisonnement (ferme ou

29. *Ibidem* : en 2013 56 697 condamnations judiciaires ont été prononcées pour l'ensemble des ILS à titre principal

30. *Ibidem*

31. *Ibidem*

32. Positionnement de Médecins du Monde sur le cadre légal et réglementaire en matière de substances classées, 13 mai 2016

avec sursis) est de près de 13 mois, avec des variations selon le type d'infraction³³ : près de 5 mois pour l'usage (2 mois pour l'emprisonnement ferme), 11,3 pour la détention-acquisition et 26,5 mois pour le trafic international (import-export) . En 2010, la part des détenus pour une simple infraction d'usage était de 2,4 %³⁴.

2.L'information, l'éducation et la prévention

D'emblée, il convient de noter qu'en « matière de politiques publiques d'information sur les substances addictives (illicites ou pas) beaucoup de ce qui relève de l'information par la puissance publique reste de l'ordre du volontariat, voire du militantisme, alors même que la consommation globale de substances addictives est en hausse et devient préoccupante (alcoolisation précoce et souvent publique, mais aussi âge moyen d'entrée dans l'usage du cannabis à 17 ans en France, âge le plus précoce d'Europe, nombre de consommateurs estimé à 4,5 millions de personnes). L'élaboration d'un socle commun de ce qui est fait ou à faire en direction de la population semblerait aujourd'hui pertinente »³⁵.

a.Les actions de prévention en milieu scolaire

L'article L. 312-18 du code de l'éducation, issu de la loi du 9 août 2004³⁶, dispose qu'une « *information est délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupe d'âge homogène* ». La circulaire n°2014-068 du 20 mai 2014³⁷ précise que cette politique éducative sociale et de santé est mise en œuvre en associant l'ensemble de la communauté éducative, et qu'un programme de prévention des conduites addictives doit être élaboré par le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), dans le cadre du projet d'établissement, puis présenté au conseil d'administration de chaque établissement d'enseignement. Les choix effectués pour la mise en œuvre des

33. I. Obradovic, « Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants », op. cit.

34. *Ibidem*

35. M.-A. Le Dain et L. Marcangelli, rapport précité, p. 32.

36. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 *relative à la politique de santé publique*

37. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, DGESCO, Circulaire n° 2014-068 du 20 mai 2014, « *Préparation de la rentrée scolaire 2014* » .

actions doivent répondre à des demandes exprimées par les élèves et à des besoins identifiés lors d'un bilan éducatif établi en interne et avec les partenaires. Une information doit aussi être dispensée aux parents sur les actions de prévention prévues au cours de l'année scolaire. S'agissant du contenu même de l'enseignement, le socle commun de connaissances, de compétences et de culture réformé en 2015 prévoit que l'élève doit savoir que « *la santé repose notamment sur des fonctions biologiques coordonnées, susceptibles d'être perturbées par des facteurs physiques, chimiques, biologiques et sociaux de l'environnement et que certains de ces facteurs de risques dépendent de conduites sociales et de choix personnels. Il est conscient des enjeux de bien-être et de santé des pratiques alimentaires et physiques* »³⁸.

En 2014, la directrice générale de l'enseignement scolaire indiquait au Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques en matière de lutte contre l'usage de substances illicites (Assemblée nationale) la mise à disposition par l'Éducation nationale de plusieurs outils pédagogiques à destination des établissements scolaires. Parallèlement, des formations des personnels de santé scolaire au repérage d'élèves consommateurs de produits psychoactifs et à leur accompagnement ont été conduites dans certaines académies entre 2011 et 2013³⁹.

Néanmoins, ces efforts restent parcellaires et semblent avoir un impact limité. En effet, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) relevait en 2013 que « *selon l'enquête ESPAD⁴⁰ en mars 2011, en métropole, dans 20 % des classes de la 3e à la terminale, une majorité d'élèves (7 sur 10 au moins) déclare avoir reçu une information sur l'alcool, le tabac ou une autre drogue dans les six mois précédents. Ce pourcentage atteint 32 % si l'on comptabilise les classes où seulement la moitié des élèves ont souvenir de ce type d'événement. Ces niveaux suggèrent une couverture relativement limitée des jeunes dans la tranche d'âge prioritaire de la prévention des usages de drogues, par le biais des*

38. Domaine 4 du socle commun de compétences, de connaissances et de culture, décret n° 2015-372 du 31 mars 2015.

39. M.-A. Le Dain et L. Marcangelli, rapport précité, p. 24.

40. 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 Pampidou). Elle permet de comparer les usages de substances psychoactives des adolescents de 15-16 ans scolarisés.

actions en milieu scolaire »⁴¹.

Enfin, depuis les 1990 se développent des programmes de prévention en milieu scolaire assurés par la police et la gendarmerie. Ceux-ci font l'objet d'une formation à cet effet à l'Institut national de formation de la police nationale (INFPN) à Clermont-Ferrand. Toutefois, malgré cet effort d'homogénéisation des pratiques, « *il semble manquer à l'ensemble du dispositif des grilles de lecture et d'analyse communes, des dispositifs qui assurent la récurrence et le suivi des actions et de leur efficacité, et, plus simplement, de la constance* »⁴².

b. Les actions de prévention hors milieu scolaire

Parmi ces différents acteurs figurent les agences régionales de santé (ARS) qui définissent les orientations régionales en matière de prévention dans tous les secteurs de la santé publique, dont celui des addictions. Dans le cadre des projets régionaux de santé qu'elles animent, elles subventionnent des actions de prévention des usages de drogues. Néanmoins, ce financement est rarement coordonné avec celui de la MILDECA qui pourtant a une vocation proche.

L'Agence nationale de santé publique – Santé publique France⁴³ développe également une action importante en matière de prévention et d'accompagnement vers la prise en charge. Les actions télévisées visent essentiellement les parents et agissent comme un relais d'opinion. Lorsque les jeunes sont ciblés par une campagne, c'est internet qui est privilégié. Toutefois, la part de son budget consacré à la prévention, soit entre 3,6 et 7 millions entre 2009-2013 reste moindre au regard du coût par exemple d'une campagne nationale de prévention qui représente un budget de 3 à 4 millions d'euros, et qui peut pourtant se révéler efficace. En effet, les campagnes de prévention menées en 2005⁴⁴ ont permis d'influer sur le

41. OFDT, *Drogues et addictions : données essentielles*, 2013.

42. M.-A. Le Dain et L. Marcangelli, rapport précité, p. 29.

43. 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'Etablissement 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.

44. Campagne (télévision, radio, presse) sur le thème « le cannabis est une réalité », bâtie sur la confrontation entre la représentation du cannabis comme un produit naturel et inoffensif et la réalité vécue par ses consommateurs réguliers (échec scolaire, dépendance).

nombre d'expérimentations et de consommateurs qui a baissé autour de l'année 2008⁴⁵. Santé publique France assure également le financement (3,2 millions en 2013) et la présidence du GIP Adalis (Groupement d'intérêt public addictions drogues alcool info service) créé en 1990 sous l'égide de la MILDT. Le GIP fournit des informations et une aide sanitaire à distance en matière de drogues illicites, dont le cannabis, grâce à une ligne téléphonique et un site internet interactif.

Il apparaît donc que de nombreux acteurs réalisent des actions de prévention hors milieu scolaire (universités, entreprise ou espace public), mais cette diversité n'est ni répertoriée ni labellisée, et a fortiori elle n'est ni organisée ni évaluée. Aussi, la MILDT a créé en 2000 une commission nationale de validation des outils qui avait pour objet de vérifier la pertinence et la qualité des supports conçus par les acteurs de la prévention pour diffuser des informations et des messages. Cette labellisation accompagnée d'un financement reposait sur la libre initiative des différents acteurs. Les outils validés par la commission étaient ensuite diffusés sur le site internet de la MILDT. Dans le cadre du plan gouvernemental 2013-2017, plusieurs constats ont conduit 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, ce qui a conduit à la mise en place d'une nouvelle commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA).

3. La politique de prise en charge et de soins

La politique de santé publique visant à offrir un accueil et un suivi aux usagers de substances addictives a considérablement évolué depuis le début des années 2000. Elle a été restructurée selon une nouvelle conception fondée non plus sur le produit, comme les concepts d'alcoolisme et de toxicomanie le faisaient auparavant, mais sur le comportement et le contexte de consommation. Cette structuration de l'addictologie a favorisé la création d'établissements transversaux, susceptibles d'appréhender tant les addictions au tabac et à l'alcool qu'aux substances illicites.

Sur le plan sanitaire, le système de droit commun est mobilisé à travers trois

45. OFDT, *Drogues, Chiffres clés*, juin 2015.

secteurs que sont le secteur hospitalier, le secteur psychiatrique et les professionnels de santé exerçant en ville (médecine de ville, pharmacies d'officine). A l'hôpital, « *la filière hospitalière de soins addictologiques a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé* »⁴⁶. La prise en charge s'appuie sur les consultations hospitalières d'addictologie⁴⁷, structures de première ligne dans le suivi ambulatoire spécialisé en addictologie. Ces consultations sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'évaluation et d'accompagnement des patients présentant des conduites addictives. La plupart du temps, ces consultations hospitalières interviennent en amont ou en aval d'une hospitalisation. Les patients peuvent venir par eux-mêmes, adressés par leur médecin traitant, par d'autres établissements hospitaliers, par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou par les équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA). Les 314 ELSA présentent en milieu hospitalier⁴⁸ assistent, sur leur demande, les équipes soignantes des divers services de l'hôpital dans la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives. Les ELSA ont également pour mission de :

- repérer et prendre en charge le temps de leur hospitalisation ou de leur passage aux urgences les consommateurs de substances psychoactives ;
- assurer une coordination de soins avec le secteur extrahospitalier ;
- aider le patient rencontré dans des conditions d'hospitalisation à avoir une réflexion sur son comportement addictif ;
- former et accompagner les équipes hospitalières.

Outre ce système de droit commun, des structures spécialisées ont été développées dans le champ médico-social avec, notamment, la création en 2005 des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Les missions des CSAPA, définies à l'article D. 3411-1 du code de la santé publique, incluent l'accueil, l'information, l'évaluation et l'orientation de la personne concernée ou de son entourage, la prise en charge médicale et psychologique des

46. Ministère de la Santé, Circulaire DHOS/O2 no 2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

47. Une enquête de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a pu recenser, en 2010, 500 consultations hospitalières d'addictologie.

48. Document de politique transversale (DPT) annexé au projet de loi de finances 2015 et intitulé « politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies ».

patients, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, ainsi que la réalisation d'actions de réduction des risques et de prise en charge sociale et éducative (accès aux droits, réinsertion). A la suite de la création des CSAPA, le dispositif d'accueil des jeunes a été repensé. Les 274 structures dédiées à l'accueil des jeunes dénombrées en 2007, et qui étaient adossées aux structures médico-sociales ou aux établissements de santé, sont rebaptisées « Consultations Jeunes Consommateurs » (CJC) et deviennent rattachées aux CSAPA ou aux consultations hospitalières. Fonctionnant sur le modèle de l'intervention précoce, les CJC se situent au croisement de la prévention et du soin, et sont supposées être un centre ressources tant pour les jeunes que pour leur famille.

Enfin, pour la prise en charge des consommateurs de drogue les plus marginalisés, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) ont été institués en 2005. Créés à partir de structures associatives auparavant dénommées « programmes d'échanges de seringues » ou pour certaines autres « boutiques », les CAARUD sont la résultante de la consécration légale de la politique de réduction des risques dans la loi de santé publique du 9 août 2004⁴⁹. Il s'agit de structures qui proposent l'accueil gratuit, anonyme et inconditionnel d'usagers de substances psychotropes qui ne sont généralement engagés dans aucune démarche de soins, ou qui sont exposés à des risques majeurs en raison de leur mode de consommation. Les CAARUD facilitent par ailleurs l'accès aux soins, notamment par la mise à disposition du matériel de prévention des infections (kit d'injection, etc.) et, depuis la circulaire n° 2009-349 du 9 novembre 2009⁵⁰, l'organisation de dépistage gratuit des hépatites et de vaccination contre l'hépatite B, dans le cadre du plan national contre les hépatites B et C. Le financement de ces différents dispositifs repose en grande partie sur l'assurance maladie⁵¹.

L'examen des données issues du document de politique transversale (DPT)

49. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

50. Ministère de la Santé, Direction générale de la Santé (DGS), 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.*

51. Inspection générale des affaires sociales (IGAS), *Évaluation du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives*, février 2014.

annexé au projet de loi des finances 2015 intitulé « politique de lutte contre les drogues et toxicomanie » montre que cette politiques s'élève à 1,166 milliards d'euros affectés 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.

A ces coûts directs imputés sur le budget de l'Etat, 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 PIB. Ces données démontrent clairement que le volet prévention est le dispositif de la politique publique de lutte contre les drogues le plus sous estimé financièrement.

C. DES RESULTATS PEU PROBANTS SUR LA CONSOMMATION

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 ceux de l'addiction montrent un échec de la loi française associant sanction de l'usage et prise en charge des consommateurs de produits stupéfiants.

1. 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, avec 17 millions de personnes à l'avoir 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 dans l'année de 18 à 64 ans, selon l'enquête Baromètre santé

2014 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la proportion de ceux qui présentent 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, quelle que soit la tranche d'âge et la fréquence d'usage⁵². Ainsi, en 2015, 48 % des jeunes de 17 ans ont expérimenté le cannabis et 9 % sont des fumeurs réguliers, contre 42 % et 7 % en 2010⁵³.

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, signant la 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. 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 interrogées⁵⁴.

Au niveau européen, la législation française figure parmi l'une des plus répressive, avec la Grèce, la Suède, la Finlande et Chypre. En effet, l'usage de stupéfiants constitue une infraction pénale et est, à ce titre sanctionné. Toutefois, cette pénalisation n'a pas eu d'effet 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 %. A l'âge de 16 ans, les Français sont les premiers consommateurs de cannabis en Europe. Et loin des idées reçues, les chiffres de consommation

52. OFDT, *Rapport national à l'OEDT, 2015* (données 2014).

53. OFDT, *Drogues, Chiffres Clés*, 2015, p. 2.

54. *Ibidem*

de cannabis sont plus importants en France qu'aux Pays-Bas ou en Espagne où la consommation de cannabis est 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 ans⁵⁵).

2. Chiffres de l'addiction

La distinction entre produits licites et produits illicites semble 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 environnement⁵⁶. 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 », notion qui tend à disparaître au profit de la notion d'« addiction ». Cette évolution terminologique signe l'évolution de la politique française vers une approche par comportement. 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 terme de conséquences sanitaires et sociales néfastes, que les produits classés comme illicites⁵⁷. En 1998, le biochimiste Bernard Roques 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 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

55. OFDT, Drogues, Chiffres Clés, 2015.

56. 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 et de ses caractéristiques personnelles, de la nature du produit et enfin du contexte dans lequel cette consommation a lieu.

57. De son côté, le CESE intègre la pratique « pathologique » des écrans et jeux en ligne comme une forme d'addiction, voir CESE, Les addictions, avis du 10 juillet 2015, rapporteure G.Ballaloud.

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 »⁵⁸.

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 millions personnes, contre 8,7 millions pour l'alcool et 13,3 millions pour le tabac⁵⁹. Concernant les produits licites, les enquêtes en population générale 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. Elle reste toutefois 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 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). A 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 des usages occasionnels ou réguliers Concernant la cocaïne, ce comportement d'usage se révèle en nette hausse sur la période 2000-2014. Les niveaux d'usage des autres drogues apparaissent stables entre 2010 et 2014, hormis pour la MDMA/ecstasy qui enregistre une hausse significative, en matière d'usage actuel⁶⁰.

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

58. B.P Roques, *La dangerosité des drogues. Rapport au secrétariat d'État à la Santé*, Éditions Odile Jacob, Paris, 1999.

59. F. Beck, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 », in *Tendances n°99*, OFDT, mars 2015, pp. 1 et 2.

60. Ibidem, p. 7.

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 une partie de 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 1991⁶¹ 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 public (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.).

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 les avancées et les reculs successifs des préoccupations de santé publique face aux revendications économiques. Depuis la loi Évin (assouplie par la loi santé du 26 janvier 2016), la propagande ou la publicité en faveur des boissons alcooliques sont interdites sur les supports qui s'imposent à tous, notamment aux mineurs, tels que la télévision et le cinéma. Propagande et publicité sont néanmoins autorisées dans la presse écrite pour adultes, par voie d'affichage ou de publipostage, à la radio, dans les manifestations telles que les foires agricoles, et, depuis la loi du 21 juillet 2009⁶², sur internet, sauf sur des sites « destinés à la jeunesse ».

61. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 *relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*, dite loi Evin.

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

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* »⁶³. 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, publiée en 2013, environ 49 000 décès étaient attribuables à l'alcool en 2009, ce qui en ferait la deuxième cause de mortalité évitable⁶⁴. Une étude publiée en 2015 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 pathologies⁶⁵.

Enfin, concernant la consommation de médicaments psychotropes⁶⁶, l'OFDT estime qu'en France, la prise de ces médicaments ne relève pas, dans la grande majorité des cas, de pratiques toxicomaniaques, mais thérapeutiques, parfois dans le cadre d'une automédication (médicaments non prescrits à la personne qui les consomme). Toutefois, du fait des perturbations de la vigilance et des dépendances que certains entraînent, ces médicaments peuvent donner lieu à

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

64. S. Guérin, A. Laplanche, A. Dunant, C. Hill, « Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009 », in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH), Institut national de veille sanitaire (InVS), 16-17-18 mai 2013.

65. F. Paille, M. Reynaud, « L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France », in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH), Institut national de veille sanitaire (InVS), 25-26, 27 juillet 2015.

66. Les médicaments psychotropes non opiacés regroupent plusieurs catégories de produits ayant pour fonction d'agir sur l'activité cérébrale :

- Les anxiolytiques diminuent l'anxiété et les manifestations de l'anxiété (insomnie, tension musculaire...).
- Les plus prescrits, notamment pour une durée longue, appartiennent à la famille des benzodiazépines, qui entraînent très rapidement une dépendance physique et induisent une tolérance.
- Les 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), principalement prescrits dans les psychoses (schizophrénie par exemple).
- Les régulateurs de l'humeur (lithium notamment).
- Les psychostimulants stimulent le fonctionnement du cerveau en augmentant ses capacités de vigilance et de performances.

des usages problématiques ou à risques. Si certaines classes de médicaments psychotropes apparaissent peu détournées ou mésusées (antidépresseurs, neuroleptiques, lithium), d'autres le sont fréquemment par les usagers de drogues (anxiolytiques et hypnotiques). Il existe toutefois très peu de données quantitatives en France permettant de mesurer les situations d'addiction aux médicaments psychotropes ou leur mésusage, notamment en raison de la difficulté à établir une frontière claire entre usage et mésusage.

En 2010, 18 % des 18-75 ans déclarent avoir pris au moins un médicament psychotrope au cours des 12 derniers mois, en hausse de 3 points par rapport à 2005. L'usage est nettement plus important chez les femmes (23 % contre 13 % chez les hommes) et augmente fortement avec l'âge chez ces dernières, progressant de 11 % dans la classe d'âge 18-25 ans à 33 % dans celle des 64-74 ans pour régresser ensuite. Chez les hommes, il atteint un pic à 18 % chez les 45-54 ans, pour stagner ensuite aux alentours de 14 %⁶⁷. En 2011, parmi les jeunes scolarisés de 16 ans, l'expérimentation des médicaments psychotropes n'est pas négligeable : 19 % déclarent avoir déjà pris des tranquillisants ou des somnifères, les filles plus souvent que les garçons (23 % contre 14 %). Autant de jeunes déclarent avoir pris ces médicaments sur ordonnance que sans ordonnance. À 16 ans, 7 % des jeunes Français ont expérimenté la prise concomitante de médicaments et d'alcool « pour planer ou se défoncer »⁶⁸.

La consommation de médicaments psychotropes en France est l'une des plus importantes d'Europe. En 2010, selon les données de production et de vente déclarées par les États, la France arrivait en deuxième position après la Belgique pour les hypnotiques, tandis que, pour les anxiolytiques, elle était en sixième position après le Portugal, la Belgique, l'Espagne et plusieurs pays du centre de l'Europe. En revanche, l'utilisation des psychostimulants reste marginale en France et très 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

67. 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*, INSERM, coll. Expertise collective, Paris, 2012, pp. 38-43.

68. B. Hibell, U. Guttormsson, S. Ahlström, O. Balakireva, T. Bjarnason, A. Kokkevi, L. Kraus, *The 2011 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries*, CAN, Stockholm, 2012.

que rare, y est plus fréquent⁶⁹.

D. LES EVOLUTIONS DU CONTEXTE INTERNATIONAL

Au niveau international, le bilan de près de cinquante années de « guerre à la drogue », dont l'objectif principal était la réduction de l'offre (la diminution et, à terme, la suppression des productions illégales étaient censées provoquer une augmentation des prix de détail et, ainsi, décourager la consommation), 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 1970, la production agricole et la consommation de drogues ont très nettement augmenté. Les zones de production se sont diversifiées. La disponibilité des produits illégaux 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 Constantine, alors administrateur de la *Drug Enforcement Administration*, déclarait devant le Congrès des États-Unis que la « *disponibilité et la pureté de la cocaïne et de l'héroïne* » étaient « *plus élevées que jamais* ». 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'Inde⁷⁰. L'actualité démontre tous les jours l'impossibilité du contrôle du trafic des stupéfiants, la violence qui lui est liée 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

69. INSERM, *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances*, coll. Expertise collective, Paris, 2012.

70. Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDD), *Rapport mondial sur les drogues, Nations unies*, Vienne, 2014.

de réduction des risques de santé publique. 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 Etats – comme l'Uruguay, ou certains états des États-Unis - ont choisi de légaliser le cannabis, en opposition avec les traités internationaux. D'autres États, comme le Canada ou l'Italie, réfléchissent en ce sens.

Dans ce contexte, la Colombie, le Guatemala et le Mexique, soutenus par plusieurs autres Etats, ont demandé à ce que la réunion extraordinaire de l'Assemblée générale sur les drogues (*United Nations General Assembly Special Session on Drugs - UNGASS*), prévue pour 2019 soit avancée de trois ans. Cette réunion s'est tenue du 19 au 21 avril 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 marque l'apparition d'une nouvelle coalition : celle des pays demandant une approche alternative, remettant en cause les principes et l'efficacité de la politique internationale existante, et envisageant son évaluation et même une éventuelle révision. Alors que les pays « prohibitionnistes » (Russie, Chine) défendent les textes déjà adoptés comme la « pierre angulaire » de tout le système, la coalition « modérée » (Union européenne et États-Unis) privilégie pour sa part une approche fondée sur la santé publique et les droits de l'homme au sein des traités. Enfin, la coalition dite « alternative » (Colombie, Uruguay) souhaite initier un processus d'évaluation du système existant, débouchant éventuellement sur davantage de régulation des marchés, par exemple en ce qui concerne l'utilisation des stupéfiants (le cannabis, mais aussi la feuille de coca) à des fins thérapeutiques ou médicales.

Si cette troisième coalition a été à l'origine de l'UNGASS 2016, elle n'a pas réussi à s'y imposer. Le texte final de l'Assemblée générale fait, avant tout, la synthèse entre une approche purement répressive et la protection des droits de l'homme. Mais si la vision répressive continue d'être au centre du système, notamment en ce qui concerne le trafic illicite et la criminalité, cette session

marque toutefois un vrai point de rupture concernant la place accordée à la santé et aux droits de l'homme : la dernière résolution de l'UNGASS⁷¹ est clairement le texte qui défend le plus les droits de l'homme dans l'histoire de la politique internationale des drogues.

Cette avancée s'est concrétisée avec l'incorporation officielle de la notion de protection des droits de l'homme au sein des systèmes policiers et judiciaires. Elle ouvre ainsi la porte à un grand nombre de mesures non répressives (ou moins répressives) : la prise en considération des alternatives à l'emprisonnement pour les délits liés aux drogues, une proportionnalité des peines en relation avec la gravité des infractions, et des politiques de développement alternatif. Par ailleurs, le document inclut pour la première fois un chapitre entier consacré à la santé. La place accordée aux enjeux de santé est équivalente à celle consacrée à la question de la sanction et de la répression, dans une approche moins déséquilibrée qui permet une interprétation plus souple des conventions. Dans cette approche, la réduction des risques (même si l'expression n'apparaît pas dans le texte final) a joué un rôle décisif pour aller au-delà de l'opposition santé/répression — malade/délinquant et pour promouvoir une vision pragmatique du phénomène des drogues. Ainsi, le texte inclut les principales mesures sanitaires de réduction des risques et des dommages (matériel d'injection, traitements médicaux, Naloxone, y compris en prison). Il met en avant la nécessité de prendre en compte les spécificités de genre, d'âge et de culture, des comportements d'usage et des risques qui y sont liés.

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.

71. 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.

DEUXIEME PARTIE

BILAN DU DISPOSITIF LEGAL ACTUEL ET ATTEINTES AUX DROITS DE L'HOMME

Dans sa résolution 28/28, le Conseil des droits de l'homme a demandé au Haut Commissaire des Nations unies aux droits de l'homme de conduire une étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme. L'étude, présentée en 2015⁷², souligne que « *l'objectif premier du régime international de contrôle des drogues, tel qu'il est énoncé dans le préambule de la Convention de 1961, est de protéger la santé physique et morale de l'humanité* » (§3). Elle rappelle par ailleurs, en citant le Rapporteur spécial des Nations unies sur le droit de toute personne au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, que « *en cas de conflit 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 l'emporter* » (§5). Le Haut Commissaire relève à cet égard les atteintes constatées au droit à la santé, aux droits en matière pénale, au droit à la non discrimination, aux droits des enfants et des peuples autochtones.

L'accent récemment mis par les Nations unies sur une approche par les droits de l'homme incite la CNCDH, fidèle à son mandat, à effectuer un bilan de l'application de la législation française en matière de drogues et toxicomanie. A cet égard, différents constats peuvent être dressés, relatifs au respect des libertés individuelles (A), au droit à un procès équitable (B) et au droit à la protection de la santé (C).

A titre préalable, il convient de relever que ces atteintes reposent sur un certain nombre de préjugés à l'encontre des usagers de drogues, qui font le lit des discriminations. En effet, dans l'imaginaire collectif, la consommation de drogues reste habituellement associée au personnage du *junky*, du délinquant, du jeune marginal, ou encore du malade, éventuellement violent et dangereux pour son entourage. Agresseur, pervers ou victime, « le drogué » a donc *a priori* peu de

72. Nations unies, Conseil des droits de l'Homme, *Rapport annuel du Haut Commissaire des Nations unies aux droits de l'Homme, Etude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'Homme*, 4 septembre 2015, A/HRC/30/65.

chance de rejoindre la communauté des citoyens respectables.

Qu'il s'agisse de minorités précaires ou de jeunes usagers engagés dans des processus identitaires, qui fréquentent les fêtes techno ou revendiquent leur appartenance à d'autres courants culturels ou musicaux, ces populations partagent un statut commun : elles sont identifiées comme étant « à risques », et deviennent visibles par le comportement « anormal » qu'elles adoptent et par la répression dont elles sont l'objet ou par les soins dont elles bénéficient. Le fait que l'usager de drogue soit considéré comme un délinquant entraîne une stigmatisation sociale. En effet, la réponse pénale systématique se traduit par une explosion des inscriptions dans les fichiers de police, qui servent de plus en plus à la réalisation d'enquêtes de moralité. Cela pourrait se traduire par des effets particulièrement délétères sur le plan de l'insertion professionnelle et sociale⁷³.

A. UN DISPOSITIF QUI INTERROGE LES LIBERTES INDIVIDUELLES

Le choix français, mis en œuvre par la loi de 1970, de faire de l'usage de drogues une infraction pénale et de considérer parallèlement le consommateur, quel qu'il soit, à la fois comme un délinquant et un toxicomane, c'est-à-dire un malade, pose un certain nombre de questions au regard du principe de liberté individuelle.

1. Liberté individuelle et protection de l'individu contre lui-même

La réglementation, voire l'interdiction, de l'usage de drogues pose en premier lieu la question fondamentale des limites de la liberté individuelle, à travers l'articulation entre droit à disposer de son corps et droit de l'État à « *contrôler, au travers de l'application du droit pénal général, les activités préjudiciables à la vie*

73. Selon les données d'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); il était difficile pour eux de trouver un emploi et il était 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 était également fréquent.

Par ailleurs, les conditions de vie des usagers de drogues étaient très modestes : 10,4 % des patients vivaient dans un logement précaire et 7,5 % dans un établissement. Par ailleurs, bon nombre de pays signalaient une forte proportion de sans-abri (jusqu'à 29 %) chez les usagers de drogues.

et à la sécurité d'autrui »⁷⁴. Dans ce cadre, la protection de la personne contre elle-même, et la limitation de choix de vie dangereux pour elle, appelle des réponses différentes qui reposent sur deux modèles philosophiques et moraux opposés : le modèle autonome, que l'on rattache parfois à la tradition de l'individualisme anglo-saxon et un modèle plus protecteur, que l'on prête à la conception continentale⁷⁵. Le premier fait de la volonté individuelle le fondement du fait social et du contrat social. Les pouvoirs de l'État doivent donc nécessairement être réduits et bornés par les libertés dont les individus jouissaient avant l'entrée en société. L'Etat doit intervenir pour contrôler le jeu social et garantir les libertés de chacun, mais pour le reste, les pouvoirs publics doivent se cantonner à une prudente abstention dès lors que l'individu ne prend des décisions qu'en ce qui concerne sa seule destinée. En un mot, résumé par Toqueville, l'idée est que « *chacun est le meilleur juge de ce qui ne regarde que lui-même* »⁷⁶. Dans le second modèle, qui se rattache à la tradition solidariste fortement constitutive de l'ordre juridique français, « *chaque homme porte la forme entière de l'humaine condition* », selon les mots de Montaigne⁷⁷. A ce titre, la sollicitude à l'égard d'autrui, notamment au regard de sa vulnérabilité, et la forte conception des liens sociaux, peuvent justifier que des limites à l'autonomie individuelle soient fixées. L'immixtion dans la vie privée et la limitation de l'autonomie personnelle sont d'autant plus importantes que les préjudices sont graves : comme le souligne la Cour européenne des droits de l'homme, « *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* »⁷⁸.

La place du curseur de l'intervention de l'Etat dans la protection de la personne contre elle-même est d'autant plus difficile à trouver, en matière de drogues, que les dispositifs juridiques sont très divers, pour des produits dont la toxicité est pourtant également connue : entre prohibition pure et simple pour les stupéfiants, administration sur prescription médicale avec prise en charge par l'assurance maladie pour les médicaments psychotropes, et vente règlementée pour l'alcool

74. Selon la formule de la CEDH, dans son arrêt du 29 juillet 2002, *Pretty c/ Royaume-Uni*, requête n° 2346/02, §74.

75. D. Roman, « A corps défendant, la protection de l'individu contre lui-même », in *Recueil Dalloz* 2007, p. 1284.

76. Tocqueville, *De la démocratie en Amérique*, Livre I, partie I, chap. V, « De l'existence communale ».

77. Montaigne, *Essais*, Livre III, chap. 2.

78. CEDH, *Pretty c/ Royaume-Uni*, 29 juillet 2002, requête n° 2346/02, §74.

et le tabac. Or, la distinction produits licites/produits illicites, qui fonde la reconnaissance d'une liberté de consommation ou au contraire sa prohibition, s'explique davantage par l'histoire et les habitudes sociales que par la dangerosité des substances. Pourtant, ces régimes juridiques différents ont tous vocation à s'exercer dans le cadre du principe posé par l'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, lequel dispose : « *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* ».

Pour la CNCDDH, la liberté individuelle suppose la possibilité de pouvoir faire des choix sur son propre corps et sur son mode de vie, même si ceux-ci sont minoritaires. Il en va de l'épanouissement de la personne et de son droit à l'autodétermination. Néanmoins, comme l'a justement analysé Michel Tubiana, « *la liberté individuelle n'est pas un absolu. On l'a rappelé, elle trouve ses limites dans ses rapports à l'autre, en tant qu'individu, et aux autres en tant que corps social. Bien plus, la liberté individuelle a besoin du corps social pour être protégée ; c'est aussi à la collectivité qu'il appartient de mettre en œuvre les moyens nécessaires à assurer l'exercice des libertés de chacun. La société a donc une légitimité indiscutable à intervenir dès lors que ses membres sont menacés, dès lors qu'elle est elle-même menacée dans son organisation* »⁷⁹. S'agissant de l'usage de drogues, la question de la vulnérabilité de la personne doit être prise en compte : par exemple lorsqu'il concerne des adolescents, dont l'âge peut être un facteur de surexposition aux risques liés à la consommation de drogues ; mais également lorsqu'il touche des toxicomanes dont la précarité sociale et la santé doivent justifier une attention particulière des pouvoirs publics et du corps médical. Mais une autre dimension doit également être retenue : comme le relève Michel Tubiana, « *dans l'espèce qui nous intéresse, qui peut dénier au corps social un intérêt à intervenir, soit en termes de prévention, soit en termes de répression ? Les atteintes violentes aux autres que provoquent l'usage et l'abus d'usage de certains produits, la désocialisation que cela entraîne, tout cela suffit très largement à justifier une intervention du corps social. Sur quels critères objectifs définir ce qui serait un usage admissible*

79. M. Tubiana, « A-t-on le droit de se droguer ? », introduction au colloque du 3 février 1996 organisé par la LDH « Drogues et droits de l'Homme ».

de drogues et comment classifier, sans arbitraire, ces produits ? Autrement dit, la question n'est pas tant « a-t-on le droit de se droguer ? » mais de quel droit, dans quel but, avec quelle efficacité, la société prohibe-t-elle certaines drogues et fait de l'utilisateur de celles-ci un délinquant ? »⁸⁰.

Pour la CNCDH, ces questions sont essentielles et méritent un débat public sur l'addiction qui soit apaisé et ouvert, dénué d'a priori et de préjugés moraux. Un tel choix suppose de prendre en compte le débat scientifique sur la dangerosité des substances et les vulnérabilités individuelles et sociales. Mais il implique également de réintégrer la question de la liberté individuelle dans la définition d'une politique publique de lutte contre les addictions et, conformément au modèle républicain fondé sur les principes de liberté, d'égalité et de fraternité, d'apporter à la question de la consommation de drogues, quelles qu'elles soient, une réponse qui soit fondée sur une approche médicale et sociale plutôt que sur une logique répressive. Cette perspective oriente les propositions que la Commission présente à la fin de cet avis.

2. La question du dépistage

Les tests de dépistage soulèvent des questions éthiques et questionnent les libertés individuelles. Là encore, des préoccupations liées à la sécurité collective peuvent intervenir et justifier qu'ils soient pratiqués de façon systématique pour certaines professions. C'est ce qu'a admis la Cour européenne des droits de l'homme, en autorisant de tels tests de dépistage lorsqu'ils ne sont pas intrusifs et qu'ils visent à protéger la vie et la sécurité d'autrui. Il en a été jugé ainsi à propos de salariés de compagnies maritimes ou de centrales nucléaires⁸¹. En revanche, le dépistage sans discernement en milieu professionnel risque d'aboutir à la stigmatisation et à la perte d'emploi pour des salariés, alors même que leur qualification pour le poste occupé n'est pas en cause. Comme l'a rappelé le Comité consultatif national d'éthique, « *Les règles déontologiques de la médecine du travail, comme les principes posés par la jurisprudence de la Cour de cassation et le respect de la liberté individuelle excluent la possibilité de demander à un*

80. *Ibidem*

81. CEDH, *Hans Eigil Madsen c/. Danemark*, 7 novembre 2002, requête n° 58341/00 ; CEDH, *Wretlund c/ Suède*, 9 mars 2004, requête n° 46210/99.

candidat à l'embauche comme à un salarié en activité des renseignements, ou de lui imposer des examens ou tests, autres que ceux qui présentent un lien direct et nécessaire avec l'emploi auquel il postule ou qu'il occupe. Il est donc juridiquement et éthiquement interdit de procéder à des examens ou tests systématiques lors de toute embauche ou de tout examen périodique, sans distinction suivant les emplois postulés ou occupés par les salariés. En revanche, il existe ou il peut exister dans certaines entreprises, des activités pour lesquelles l'usage de drogue peut créer des risques, soit pour ceux qui exercent ces activités, soit pour d'autres salariés de l'entreprise, soit pour des tiers. Il est normal et souhaitable que les candidats à des emplois relevant de ces activités et les salariés occupant ces emplois fassent l'objet d'examens systématiques tendant à déceler l'usage de drogues de nature à justifier l'inaptitude des intéressés à l'emploi postulé ou exercé. Dans cette mesure, et dans cette mesure seulement, le recours systématique aux tests et examens en cause est justifié. La liste des emplois dont il s'agit doit être établie, pour chaque entreprise, par une autorité publique après avis de l'employeur, des représentants du personnel, du médecin du travail, et, le cas échéant, d'un Comité d'éthique, dans le cadre de directives générales fixées par le Conseil supérieur de prévention des risques professionnels. L'intéressé doit toujours être averti individuellement du test auquel il est soumis et qui ne saurait être effectué à son insu. L'on ne saurait se satisfaire de l'insertion dans le règlement intérieur de l'entreprise d'une disposition prévoyant le dépistage.⁸²» Par ailleurs, ces tests réalisés en milieu professionnel s'avèrent poser plus de questions qu'ils n'offrent de réponse : conviendrait-il de dépister les produits illicites ou également les produits licites ? Quid de la prise de médicaments psychotropes, dont on sait l'importance en France, à travers la banalisation de la prescription de ces médicaments ? Quelle prise en charge serait offerte aux salariés dépistés positifs ?

En tout état de cause, la CNCDDH est hostile à l'organisation de dépistages massifs au sein d'une population donnée, à l'exemple de l'expérience annoncée par la région Ile-de-France à travers le financement des tests salivaires de dépistage de drogue et des éthylotests pour les lycéens franciliens. Si la prévention des addictions, qui peuvent être source de décrochage scolaire, ou qui peuvent avoir des conséquences négatives sur l'insertion professionnelle, est une nécessité de

82. 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, (c) 1997.

santé publique, la mise en place de tels tests s'avère vectrice de stigmatisation à l'égard de la jeunesse ou de certains salariés, et dangereuse pour le droit au respect de la vie privée et du secret médical.

B. DROIT A UN PROCES EQUITABLE

1. Pratiques discriminatoires et procédure pénale

Les études conduites à l'échelle internationale montrent clairement que les consommateurs de drogues constituent une catégorie de population dont les droits en matière pénale sont souvent méconnus : ainsi, par exemple, selon le Groupe de travail sur la détention arbitraire, les usagers de drogues sont particulièrement exposés au risque de détention arbitraire⁸³.

En France également, malgré le principe d'égalité devant la justice, la législation sur les stupéfiants peut conduire à des situations méconnaissant le droit à un procès équitable. Ceci résulte de l'organisation même de la chaîne pénale. En effet, l'usage de stupéfiants est un délit sans victime : la plupart du temps, les services de police et de gendarmerie n'interviennent pas après le dépôt d'une plainte, mais de leur propre initiative. Ainsi, dans 90% des cas, l'interpellation pour usage ou pour détention en vue d'usage se fait soit en flagrant délit, soit suite à un contrôle d'identité ou un contrôle routier justifiés par un soupçon d'infraction. Pour les 10% restants, l'intervention policière est provoquée par une dénonciation, un signalement ou une plainte. Dès lors, le nombre d'ILS constatées dépend avant tout de l'activité déployée par les services de police et de gendarmerie, elle-même déterminée par les moyens et les priorités qui leur sont donnés⁸⁴.

Or plusieurs recherches ont démontré que les contrôles policiers souffraient

83. 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, Groupe de travail sur la détention arbitraire, *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.

84. 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 *Études et Données Pénales* n° 82, CESDIP-OFDT, Guyancourt-Paris, 2000.

de biais sociaux et/ou ethno-raciaux, conduisant à cibler certaines populations plutôt que d'autres. Les contrôles policiers tendent à cibler plus fréquemment les jeunes hommes issus des minorités visibles⁸⁵ ou à s'exercer particulièrement à l'encontre des personnes en situation de grande précarité comme les personnes sans domicile fixe ou les toxicomanes les plus désaffiliés. Il y aurait donc un effet de sélection sociale dans la réponse pénale apportée aux infractions à la législation sur les stupéfiants, sélection liée à la gestion du contentieux au moment de l'interpellation. « *La comparaison entre données policières et données déclaratives [sur l'usage de cannabis] illustre la diversité des usagers de cannabis, et suggère que les consommateurs les plus exposés à l'interpellation présentent des caractéristiques qui sont loin d'épuiser cette diversité.* »⁸⁶ On constate ainsi que⁸⁷ :

- l'âge moyen des usagers dans l'année est supérieur à l'âge moyen des personnes interpellées ;
- les hommes ont plus de risque d'être interpellés que les femmes ;
- alors 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%). A 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 de un sur cinq.
- Selon les données de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), 14% des jeunes de 17 ans déclarent consommer régulièrement du cannabis en Franche-Comté contre 8% en Île-de-France. A l'inverse, les taux d'interpellation pour consommation de cannabis est de 32,8 individus pour 10 000 habitants en Franche-Comté contre 74 pour 10 000 habitants en Île-de-France. Ce chiffre monte à 109,8 individus interpellés pour 10 000 habitants en Seine-Saint-Denis⁸⁸

Une large majorité des interpellations concerne ainsi les jeunes hommes de milieu populaire. Ce constat n'étonne pas, sachant qu'ils sont presque les seuls à faire l'objet de fouilles dans les espaces publics, et ce alors que la consommation

85. 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*, 2^e éd., La Découverte, Paris, 2009

86. M.D Barre, M.L Pottier, S. Delaitre, *Toxicomanie, police, justice : trajectoires pénales*, CESDIP-OFDT, Guyancourt-Paris, 2001..

87. P.Peretti-Watel et al., « Usagers interpellés, usagers déclarés : les deux visages du fumeur de cannabis », in *Déviante et Société* 2004/3 (Vol. 28), p. 335-352.

88. *Source à confirmer*

est à peu près équivalente dans les différents milieux sociaux, et même un peu supérieure dans les classes moyennes⁸⁹.

Ces discriminations sociales au moment de l'interpellation se retrouvent au stade judiciaire. Dans une étude parue en 2013, Virginie Gautron et Jean-Noël Retière⁹⁰ montrent que, toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire 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, toutes choses égales par ailleurs.
- 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). Elle limite, a contrario, 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 que les « natifs » les marques du paupérisme.

Concernant les personnes nées à l'étranger, les réquisitions et les peines prononcées d'emprisonnement ferme ne trahissent aucune discrimination particulière. Malgré tout, les auteurs notent une plus grande sévérité à leur rencontre, mais du fait d'autres variables, qui touchent également les personnes sans domicile fixe (placement en détention provisoire, comparution immédiate, absence à l'audience).

89. D. Fassin, *La force de l'ordre : une anthropologie de la police des quartiers*, Seuil, Paris, 2011 ; D. Fassin *L'ombre du monde : une anthropologie de la condition carcérale*, Seuil, Paris, 2015.

90. 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*, PUR, Rennes, octobre 2013, p. 211-251

Depuis la fin des années 1990, les recommandations successives du ministère de la Justice en matière d'ILS invitent les autorités judiciaires à privilégier le recours aux alternatives aux poursuites pour l'usage simple de stupéfiants⁹¹. La loi n°2007-297 du 5 mars 2007 *relative à la prévention de la délinquance* a, quant à elle, instauré des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants comme alternatives aux poursuites. Or, on peut constater un effet de sélection sociale dans les peines prononcées ou dans le choix des alternatives aux poursuites : ainsi, les stages de sensibilisation ont tendance à être écartés par le juge quand la personne n'a pas les moyens de les payer⁹². Le coût du stage étant le plus souvent à la charge du prévenu, et les dispenses exceptionnelles, les magistrats soulignent les difficultés qui se posent du fait de la maigre solvabilité de la « clientèle » pénale, nombre de délinquants ne pouvant en effet s'acquitter de cette somme, même modeste et possiblement échelonnée. La circulaire de la direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances et le cahier des charges de la MILDECA réservent le stage « stupéfiants » « *aux personnes socialement insérées, disposant d'un revenu leur permettant d'en assumer les frais,* » *ce dispositif n'étant pas jugé adapté pour « un usager trop désocialisé ou en situation précaire (personne sans domicile fixe) »*. La CNCDDH estime que de telles dispositions sont contestables du point de vue de l'égalité devant la loi. Si de rares juridictions ont écarté cette interprétation, en allant jusqu'à proposer des stages gratuits non prévus par les textes, on constate que la grande majorité des stages concerne des groupes dont la situation financière est plus favorable. On peut y voir une individualisation des peines et une prise en compte des ressources des personnes, mais ces intentions vertueuses sont ambivalentes. A défaut de pouvoir prononcer une amende ou un stage, les magistrats se dirigent inévitablement vers des peines plus sévères.

Faute de pouvoir disposer de statistiques ethno-raciales en France, il est très difficile, voire impossible, d'objectiver d'éventuelles discriminations ethno-raciales liées au traitement judiciaire des ILS. Ceci étant, plusieurs éléments laisser

91. Voir notamment 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*.

92. V. Gautron, P. Raphaelen, « Les stages : une nouvelle forme de pénalité ? », in *Déviante et Société*, vol. 37, n°1, 2013, pp. 25-48.

supposer qu'elles existent. Didier Fassin note par exemple que la jeunesse venant des classes sociales modestes, n'ayant pas d'appartements indépendants et spacieux pour se réunir, fume le cannabis hors des lieux d'habitations et s'expose ainsi bien plus au regard policier que les jeunes plus privilégiés. À cela s'ajoutent le profilage ethnique des personnes arrêtées lors des contrôles aléatoires d'identité et le sentiment croissant de division selon des lignes raciales⁹³. Enfin, la surreprésentation de la population dite de couleur en prison en France ne peut être comprise que si l'on saisit la constante inégalité devant la loi qu'elle subit⁹⁴.

L'absence des chiffres exacts en France peut être partiellement palliée par la comparaison avec des données obtenues dans des pays européens. Ainsi, les conclusions d'un récent rapport sur l'usage et la criminalisation des drogues en Grande Bretagne⁹⁵ montrent que si les Noirs et les Asiatiques prennent moins de drogues illicites que les Blancs, l'application de la loi se focalise sur ces communautés, dont les membres sont à la fois arrêtés et fouillés six fois plus souvent que les Blancs, et punis bien plus sévèrement pour la possession des substances en question⁹⁶. Pour toutes les infractions relatives aux drogues, y compris les infractions de trafic, les personnes noires sont condamnées quatre fois plus que les personnes blanches⁹⁷.

Des études américaines⁹⁸ ont également pointé des pratiques particulièrement discriminatoires aux Etats-Unis. Malgré des niveaux de consommation relativement similaires, les Afro-Américains sont davantage sanctionnés que les Blancs. Ils sont en moyenne plus de 3 fois plus souvent arrêtés. A cette discrimination raciale s'ajoute un effet produit, car les représentations des magistrats (et donc les condamnations) diffèrent selon les drogues. Ainsi, les peines en cas de consommation de crack sont 100 plus sévères que celles pour consommation

93. D. Fassin, 2011, op.cit.

94. D. Fassin, 2015, op.cit.

95. N. Eastwood, M. Shiner, D. Bear, « The numbers in black and white : Ethnic disparities in the policing and prosecution of drug offences in England and Wales », in *Release Drugs, The Law & Human Rights*, London School of Economics, 2013

96. Les Noirs bénéficient d'un rappel à la loi dans 22% des cas et condamnés dans 78 % des cas, pour les Blancs les proportions sont de 56 % et 44 %.

97. Eastwood N., Shiner M., Bear D., 2013, op. cit., p. 41.

98. American Civil Liberties Union (ACLU), *The War on Marijuana in black and white*, juin 2013.

J. Gettman, *Racial Disparities in Marijuana Arrests in Virginia (2003-2013)*, Drug Policy Alliance, New-York, octobre 2015.

d'héroïne, alors que le premier est plutôt consommé par les Afro-Américains, la seconde par les Blancs.

C'est sur la base de ce constat que l'Association française pour la réduction des risques (AFR) appelle depuis plusieurs années à changer la politique de la drogue en France, pour arrêter « *le processus de la racialisation de la guerre aux drogues* ». L'AFR a lancé en 2015 une initiative « Guerre aux drogues, guerre raciale », qui permet notamment de dessiner par des témoignages, faute d'autres données disponibles, la relation entre les discriminations raciales et la politique de criminalisation des usagers de drogues⁹⁹.

2. 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 du régime commun à 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 : l'injonction thérapeutique (IT), prévue par le code de la santé publique¹⁰⁰. L'injonction thérapeutique est une mesure alternative aux poursuites pénales¹⁰¹ qui, contrairement à l'obligation de soins, comporte une articulation formalisée entre les systèmes judiciaire et sanitaire via l'existence d'un médecin relais. 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

99. 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

100. Articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique.

101. Article 132-45.3 du code pénal modifié par la loi du 5 mars 2007 *relative à la prévention de la délinquance*.

une dépendance physique et/ou psychologique à une substance psychoactive. Ce n'est qu'ensuite que l'IT sera effectivement mise en œuvre, le médecin relais en assurant la surveillance¹⁰².

Il convient d'observer que la mise en œuvre de cette injonction thérapeutique peut intervenir dans un triple cadre procédural. Le plus souvent, elle est utilisée comme modalité d'exercice de l'action publique puisque le procureur de la République peut y recourir aux termes de l'article L. 3423-1 du code de la santé publique. La durée de la mesure est alors de six mois, renouvelable trois fois. En deuxième lieu, l'injonction thérapeutique peut également être notifiée par ordonnance du juge d'instruction, du juge des enfants ou du juge des libertés et de la détention. Elle intervient alors au stade de l'instruction et frappe ainsi la personne mise en examen pour une durée de 24 mois au plus. Enfin, même si la pratique montre qu'une telle possibilité est rarement utilisée, la juridiction de jugement peut, à titre de peine complémentaire, prononcer à l'encontre des personnes ayant commis l'infraction d'usage illicite de produits stupéfiants une mesure d'injonction thérapeutique d'une durée de 24 mois au plus. Ainsi prévue aux trois stades de la procédure pénale que sont la poursuite, l'instruction et le jugement, l'injonction thérapeutique a un spectre très large même si elle est limitée au domaine de l'usage illicite de stupéfiants. Mais surtout, il importe de relever que dans ce cadre législatif, aucune disposition textuelle ne fait expressément référence à la question du consentement du prévenu, de la personne mise en examen ou du condamné qui est appelé à subir l'acte médical ou à suivre les soins. En effet, tant les dispositions du code de la santé publique qui organisent à titre général la prise en charge sanitaire des toxicomanes que celles qui habilite spécialement les magistrats à recourir à l'injonction thérapeutique ne mentionnent la question du consentement. En l'absence d'exclusion expresse, le principe général de l'exigence du consentement à l'acte médical et aux soins s'applique donc en vertu du droit commun. Mais reste à savoir dans quelles conditions ce consentement est exprimé et s'il intervient de manière libre et éclairée.

Dans un avis sur le consentement, la CNCDH rappelait qu'en matière de recueil du consentement et de respect de l'autonomie de la personne vulnérable, il est

102. Décret n°2008-364 du 16/04/2008 *relatif au suivi des mesures d'injonction thérapeutique et aux médecins relais.*

« impératif [de garantir] un consentement aussi éclairé que possible. On note en effet une dissymétrie importante dans la relation entre la personne qui a l'initiative de proposer une ou des solutions au(x) problème(s) rencontré(s) et la personne en situation de vulnérabilité : celle-ci accepte ou refuse, elle ne propose pas, et bien souvent l'autonomie du choix de la personne est limitée par l'ascendant (volontaire ou involontaire) et l'autorité de celui qui propose (médecin, famille, travailleur social, institution...) »¹⁰³. En matière d'injonction thérapeutique, le consentement éclairé de la personne devrait être recherché, en l'informant des conditions et conséquences de sa prise en charge. Dans les faits, cette disposition est généralement contournée ; il convient donc de s'assurer d'un recueil effectif du consentement de la personne et du respect de sa volonté. La recherche de l'adhésion de la personne aux actes qui la concernent (placement en institution, consentement aux soins et aux traitements...) doit être systématique.

La lecture des études réalisées sur les injonctions thérapeutiques¹⁰⁴ montrent que le dispositif pose aujourd'hui questions à plusieurs titres. Ainsi Virginie Gautron montre que « l'accélération du traitement procédural des affaires de petite et moyenne gravité génère en premier lieu des difficultés en termes de repérage des publics. Alors que les injonctions thérapeutiques, comme d'ailleurs les stages de responsabilisation aux dangers des produits stupéfiants ou les orientations sanitaires et sociales, supposent une évaluation préalable du profil des auteurs, les pratiques d'orientation en temps réel privilégient l'immédiateté de la réponse et ne laissent donc pas aux magistrats du parquet le temps de vérifier la situation des personnes qu'ils ont à sanctionner. Toutes les circulaires consacrées aux injonctions thérapeutiques, y compris les plus récentes, exigent une enquête sociale ou a minima une audition circonstanciée de l'usager pour déterminer son profil de consommation. Les enquêtes sociales sont pourtant rares et leur apport limité, d'autant que certaines sont quelques fois réalisées postérieurement au choix de la mesure par les parquetiers. Le choix des candidats n'est dès lors pas fondé prioritairement sur leur niveau de dépendance. Autrement dit, il ne suffit pas d'être usager problématique de drogue pour bénéficier d'une

103. CNCDH, 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.

104. Audition de Virginie Gautron, 16 juin 2016.

V. Gautron, « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », in *Criminocorpus. La prévention des récidives : Évaluation, suivis, partenariats*, 2016

injonction thérapeutique, mais il faut également la « mériter ». 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, bien souvent, avoir commis une infraction connexe ;
- 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.

Au final, toute personne consommant des substances illicites n'est considérée comme malade que si elle n'est pas vraiment jugée délinquante. Ce n'est bien souvent qu'une fois ces critères évalués que le niveau de dépendance entre en jeu.

Virginie Gautron relève également que « *le dispositif souffre ensuite de l'asphyxie des dispositifs de prise en charge sanitaire. La France manque de praticiens, qu'ils soient experts, médecins coordonnateurs, relais ou traitants. 465 experts psychiatres étaient inscrits sur les listes des cours d'appel en 2014 (537 en 2012, 800 en 2007)¹⁰⁵. Du fait de l'augmentation parallèle du nombre d'expertises ordonnées (+ 149% entre 2002 et 2009), le ratio annuel est passé de 61 expertises par expert psychiatre en 2002 à 151 en 2009¹⁰⁶. Dans plus de la moitié des juridictions, les injonctions de soin ne peuvent être mises en place de façon satisfaisante faute de professionnels qualifiés. On dénombrait 237 médecins coordonnateurs au premier septembre 2011, très inégalement répartis sur le territoire¹⁰⁷. 17 départements en étaient dépourvus début 2012 (32 fin 2010), de sorte que la loi de programmation de 2012 évaluait à 1 750 le nombre de mesures non exécutées, soit plus de 30% des mesures alors en cours. Certains départements souffrent également d'une pénurie manifeste de médecins addictologues et ne disposent d'aucun médecin-relais.*

105. J.L. Senon, D. Zagury, « L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive », in *L'information psychiatrique*, vol. 90, n°8, 2014.

106. Exposé des motifs de la loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines..

107. E. Blanc, *Rapport d'information n°4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Assemblée nationale, 2012.

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. Ces professionnels ayant des représentations, des analyses, des valeurs et des normes d'action qui diffèrent suivant leur appartenance institutionnelle et/ou professionnelle, leurs relations sont loin d'être évidentes. Alors que les soins pénalement ordonnés supposent, sinon de véritables coopérations, du moins des articulations interprofessionnelles, ceux-ci parviennent difficilement à dépasser leurs divergences sur le sens, la nature et les objectifs de telles mesures. 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 souffrances, au profit d'une fonction détournée de contrôle social. »¹⁰⁸ 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.

C.DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE

Le droit à la protection de la santé est consacré par les normes internationales et, en France, a valeur constitutionnelle. S'agissant des usagers de drogues, le droit à la protection de la santé voit son effectivité limitée, en raison de plusieurs considérations : d'abord, l'accès aux soins peut être entravé en raison de discriminations (1) ; ensuite, des lacunes dans la prise en charge sanitaire et sociale sont constatées (2) ; enfin, les limites légales et réglementaires de la politique de réduction des risques et des dommages peuvent être constitutives de risques supplémentaires (3).

108. V. Gautron, *op.cit.*

1. Accès aux soins et discriminations

Dans son *Etude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'Homme*, le Haut-Commissaire des Nations unies aux droits de l'homme¹⁰⁹ montre, en s'appuyant notamment sur les travaux du rapporteur spécial sur le droit à la santé, que « *les usagers de drogues vivant dans des pays où la consommation de drogues [est] une infraction pénale [peuvent] hésiter à se faire soigner par crainte que des informations concernant leur consommation ne soient communiquées aux autorités et n'entraînent leur arrestation ou emprisonnement* »¹¹⁰.

Nuisant particulièrement à des populations déjà marginalisées et vulnérables, la criminalisation des usages de drogues aurait donc un effet délétère sur la santé publique, d'une part, en encourageant notamment des comportements à haut risque, tel le partage de matériel d'injection, qui permettent la transmission du VIH et de l'hépatite C ; d'autre part, en poussant à la consommation de drogues dans des environnements insalubres et isolés, ce qui augmente le risque d'infection et de mort par surdose. De plus, la criminalisation introduit des obstacles politiques et pratiques à la mise en œuvre d'interventions de santé éprouvées. La plupart des personnes qui ont le plus besoin de traitement, de protection contre les risques, ou d'information – notamment les jeunes, qui en sont peut être à leurs premières expériences des drogues – sont réticentes à demander de l'aide par peur d'être arrêtées, d'avoir un casier judiciaire et de la stigmatisation qui en découle.

Le prisme pénal et les représentations sociales peuvent également avoir des répercussions sur l'accès aux soins : ainsi, les témoignages montrent qu'un usager de drogue admis dans un établissement de soins est souvent considéré comme un patient à part¹¹¹. Alors qu'il devrait, comme tout autre malade, recevoir tous les soins que sa pathologie exige, et dans des conditions adaptées à sa situation, il est avant tout perçu comme un « malade » de la toxicomanie, et non pas comme un patient souffrant d'une pathologie autre que l'addiction. Ainsi, certains établissements hospitaliers tiennent à aborder la toxicomanie avant de

109. Nations unies, Conseil des droits de l'Homme, Rapport annuel du Haut Commissaire des Nations unies aux droits de l'Homme, *Etude des effets du problème mondiale de la drogue sur la jouissance des droits de l'Homme*, 4 septembre 2015, A/HRC/30/65, §§ 24 à30.

110. *Ibidem*

111. Audition de Fabrice Olivet et Georges Lachaze, ASUD, 13 mai 2016.

prendre en compte la pathologie physiologique pour laquelle l'utilisateur a été admis en hôpital. Ce traitement différencié a des conséquences graves sur la prise en charge médicale de l'utilisateur, soumis à un chantage au sevrage : les soins ne seront effectués qu'en échange de la mise en place d'un sevrage, alors que le patient n'est pas venu dans cette structure pour soigner son addiction, mais une pathologie particulière. Par ailleurs, lorsqu'il est admis aux soins, l'utilisateur de drogues peut être considéré comme un patient trop à risque (considéré comme irresponsable et incapable d'analyser sérieusement son état de santé) et se voir refuser l'administration de certains traitements (notamment les traitements contre la douleur) en raison d'une méfiance à l'égard de son addiction.

2. 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 (a), tout comme le suivi de populations vulnérables, comme les détenus (b), ou les femmes usagères (c).

a. L'insuffisante structuration du réseau de soins en addictologie

Des carences de la formation médicale sur le sujet des addictions aboutissent à ce que les professionnels de santé ne soient pas en mesure, dans l'exercice de leurs fonctions, de faire face efficacement à cette réalité. Le rapport Reynaud « *Domages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages* », qualifie l'état actuel de la formation médicale sur les addictions de « *très insuffisant* », ajoutant qu'un renforcement important et soutenu de la formation médicale doit être une mesure prioritaire¹¹². Face à un secteur de l'addictologie jugé « *complexe et mouvant* », la Fédération addiction invite à favoriser l'interconnaissance sectorielle par un enseignement en addictologie dans les formations initiales et continues des professionnels de santé. A cet égard, si l'offre de soins en matière

112. M. Reynaud, *Domages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages*, Rapport remis à Mme Danièle Jourdain-Menninger, Présidente de la MILDECA, 7 juin 2013.

de conduites addictives a beaucoup évolué durant la dernière décennie, des pistes d'amélioration demeurent envisageables pour répondre au mieux aux besoins des patients : il convient ainsi d'éviter la stigmatisation des usagers de substances illicites, de proposer une offre de soins de proximité et de renforcer l'offre de soins avec hébergement

Les rapports d'analyse de l'activité des établissements médico-sociaux publiés par l'OFDT¹¹³ montrent le caractère imparfait du maillage territorial. En ce qui concerne les CAARUD, le dernier rapport de l'OFDT révèle que, si chaque région française compte désormais au moins un CAARUD, ce qui constitue un progrès, des disparités demeurent quant à la file active moyenne gérée par les CAARUD des différentes régions. Ainsi, en 2013, la file active régionale de la Picardie, qui s'élève à 2 959 personnes, était prise en charge par trois CAARUD soit une file active moyenne de 986 personnes par structure. Dans le Nord-Pas-de-Calais, la file active régionale de 4 712 personnes était quant à elle prise en charge par douze CAARUD, soit une file active moyenne de 393 personnes par structure. Au niveau départemental, ces différences se confirment puisque la France comptait encore en 2013, huit départements dépourvus de CAARUD (Ain, Cher, Corrèze, Creuse, Eure et Loir, Lozère, Manche, Meuse). Un constat similaire peut être fait s'agissant des CSAPA. Le rapport de l'OFDT montre ainsi qu'au niveau national, en 2010, la file active pour 1 000 habitants âgés de 15 à 65 ans était en moyenne de 2,64 patients pour les CSAPA drogues illicites. Si les trois quarts des régions se situent dans un intervalle de plus ou moins 20% au regard de cette moyenne nationale, certaines régions se situent bien au-dessus, la moyenne régionale s'élevant à 6,06 patients en Martinique, 5,37 en Corse, 4,87 en Guyane et 4,53 en Provence-Alpes-Côte d'Azur. La Haute-Normandie, les Pays de Loire et l'Alsace se situent en revanche nettement en dessous de la moyenne. Ces éléments quantitatifs permettent de conclure à la nécessité de renforcer l'accessibilité géographique des établissements médico-sociaux, notamment dans les territoires ruraux.

Il convient également de faire en sorte que l'offre de soins soit suffisamment diversifiée pour répondre aux besoins des usagers de drogues dans des situations de sevrage particulièrement difficiles. L'offre de soins résidentiels doit

113. A. Cadet-Taïrou, S. Dambélé, Les CAARUD en 2010, Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD, OFDT, avril 2014.

répondre à cette exigence : entre les centres thérapeutiques résidentiels (CTR), les communautés ou les appartements thérapeutiques et les familles d'accueil, différentes solutions existent. Ces soins résidentiels ont fait la preuve de leur utilité et de leur efficacité en tant qu'ils permettent d'inscrire un sevrage dans le long terme en travaillant sur les habitudes de vie, ou sur la réinsertion sociale des usagers les plus précaires. Pourtant, l'offre de soins résidentiels semble encore insuffisante. Le rapport Reynaud constate que, si les demandes d'admission sont élevées, les capacités d'accueil se sont réduites. Entre 1999 et 2011, le nombre des CTR est passé de 60 à 34, les capacités d'accueil en famille ont été divisées par 4 et le nombre d'appartements thérapeutiques a stagné. L'ouverture de communautés thérapeutiques n'a pas suffi à compenser ce mouvement. Le rapport conclut à la nécessité de doubler les capacités d'accueil des services de soins résidentiels pour parvenir à une moyenne par région de 30 places en CTR, 30 places en communautés thérapeutiques et 10 places en réseau de familles d'accueil. Il ne devrait néanmoins s'agir que d'une moyenne, puisque le soin résidentiel présente cette particularité de ne point exiger de proximité. Au contraire, l'extraction du cadre de vie constitue même une composante du processus de soin. L'estimation des besoins devrait donc être opérée sur une base nationale.

La multiplicité des structures de prise en charge des addictions est un signe positif de la diversité de l'offre de soins. Mais elle est aussi la source d'une complexité décourageante pour les patients. Face à un système illisible, les usagers de substances psychotropes éprouvent des difficultés pour identifier l'interlocuteur adéquat. L'éparpillement des structures peut aussi altérer la continuité de la prise en charge et faire peser des risques sur la réussite de la rémission. Il apparaît dès lors primordial que toutes les structures impliquées, établissements médico-sociaux, services hospitaliers et médecine de ville collaborent efficacement dans le but de structurer l'offre de soins à partir des besoins du patient.

b. La question spécifique de la prise en charge en milieu carcéral

En 2010, une expertise collective de l'Institut national de santé et de la recherche médical (Inserm) a, pour la première fois, interrogé la mise en œuvre du concept de réduction des risques en France, notamment dans le champ pénitentiaire. Elle a conclu que, si différents outils de prévention existent en

France, « *il n'y a pas aujourd'hui de politique réelle de réduction des risques en prison* »¹¹⁴. Elle a aussi souligné que le principe d'une équivalence des soins entre milieu libre et prison, inscrit dans la loi française et recommandé par l'OMS, n'est pas effectif dans les prisons françaises, alors que l'enjeu d'une politique adaptée au contexte carcéral est crucial : près d'un quart de la population toxicomane française (toutes drogues confondues) passe par la prison chaque année. Or des défaillances dans la continuité des soins peuvent être constatées tant au niveau de la prise en charge sanitaire pendant la détention qu'au moment de la sortie¹¹⁵.

L'organisation des soins en prison est régie par la loi du 18 janvier 1994 qui a transféré les compétences liées à la prise en charge sanitaire des détenus de l'administration pénitentiaire vers le service public hospitalier. Différents textes ont précisé l'organisation des soins spécifiquement dédiés aux usagers de drogues dépendants en milieu carcéral. Les circulaires du ministère de la Santé du 5 décembre 1996 et du 30 janvier 2002 spécifient l'organisation de la délivrance de traitements de substitution aux opiacés (TSO)¹¹⁶. Elles indiquent que les TSO peuvent être initiés et poursuivis en prison. Inspirée par les recommandations du Haut conseil de la santé publique¹¹⁷, la réforme de 1994 pose le principe d'une équivalence des soins entre le milieu carcéral et le milieu libre en affichant l'objectif d'« assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population »¹¹⁸. La prise en charge des personnes présentant une dépendance aux drogues en détention est confiée à deux services

114. Inserm (dir.), *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. Rapport. Paris, Les éditions Inserm, 2010.

115. I. Obradovic, T. Bastianic, L. Michel, M. Jauffret-Roustide, « Politique de santé et services de soins concernant les drogues en prison (Thème spécifique) », in OFDT (Dir.) *Rapport national 2011 (données 2010) à l'OEDT par le point focal national Reitox - France*.

116. Ministère de la Santé, Direction générale de la Santé (DGS), 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, et 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.

117. Haut comité de la santé publique (HCSP), *La santé en milieu carcéral*, Ed. ENSP Rennes, 1993. Sur la genèse de la loi de du 18 janvier 1994, voir G. Guérin, Secrétaire général adjoint du Haut Comité de la santé publique, « Contexte et genèse d'une réforme », in *La santé en prison*, ADSP n° 44, septembre 2003.

118. 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).

(médecine générale et psychiatrie) qui dépendent du service hospitalier : l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et le Service médico-psychologique régional (SMPR), auxquels s'ajoutent les centres de soins spécialisés aux toxicomanes intra-carcéraux qui fonctionnent sous la responsabilité du SMPR.

Mais, une enquête de la Fédération addiction¹¹⁹ montre que si le principe de continuité des soins est admis par les professionnels de santé, sa mise en œuvre reste compliquée pour beaucoup de professionnels. Des difficultés ont également été mises à jour au stade de la préparation de la sortie de détention, lorsque le détenu doit être mis en contact avec des structures de soins susceptibles de le prendre en charge à la sortie. Le manque de coordination est alors très fortement pénalisant pour le détenu qui verra la pérennité de sa prise en charge – si tant est qu'elle ait pu avoir lieu de façon satisfaisante – remise en cause à la sortie.

c. La question de la prise en charge spécifique des femmes

Pendant de nombreuses années, les études sur les consommateurs de drogue n'ont pas fait de distinction entre hommes et femmes. Le vécu des femmes usagères de drogues restait inconnu. Pourtant, au quotidien, les femmes se confrontent à des réalités bien différentes de celles des hommes. « *Etre femme et consommer des produits, c'est être confrontée à des risques spécifiques vis-à-vis de sa santé, et notamment de sa santé sexuelle, mais aussi à une stigmatisation plus forte* »¹²⁰.

Les femmes sont ainsi victimes d'une forte stigmatisation dès lors qu'elles s'écartent de la place qui leur est culturellement et socialement attribuée ou n'adoptent pas les attitudes attendues d'elles en vertu de représentations sociales et de stéréotypes de genre. Cette violence sociale et culturelle est réelle et a un impact important sur la situation des femmes usagères. Moins touchées par la toxicomanie que les hommes, les femmes consommatrices de drogues n'en constituent pas moins un groupe particulièrement vulnérable : leur état de santé

119. Fédération Addiction, « *Addiction et milieu carcéral, Les articulations entre les professionnels de santé de l'intra-muros et de l'extra-muros* », décembre 2012.

120. G. Cattaneo, vice-présidente de AIDES, préface de la brochure AIDES : *Je consomme... Et alors ?*, 2013.

est plus dégradé que celui des hommes et elles sont plus fragiles psychiquement et physiquement, car exposées à des risques d'agressions sexuelles ou contraintes à la prostitution. Dans les structures d'accueil « bas seuil », la fragilité des femmes vis-à-vis des hommes est mise en évidence de façon tout à fait particulière, par leur isolement, voire leur désarroi quant aux situations d'exclusion et de violences de genre auxquelles elles doivent faire face dans leur quotidien. Par ailleurs, les femmes usagères ont plus de difficultés à accéder aux structures institutionnelles ou associatives, qui, pour la plupart, n'accueillent que des hommes. Il n'existe en effet aucun centre spécifiquement dédié à l'accueil des femmes, et l'accueil des usagers avec enfants est alléatoire.

Dans ce contexte, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a recommandé aux États de mettre en place des services de traitement de la toxicomanie fondés sur une approche scientifique et respectueuse des différences entre les hommes et les femmes, et qui comprennent notamment des programmes de réduction des risques s'adressant aux femmes incarcérées, pour lutter contre les conséquences néfastes de la consommation de drogues¹²¹.

3. Une politique de réduction des risques et des dommages qui a prouvé son efficacité mais se heurte encore aux logiques prohibitionnistes

De nombreuses instances internationales ont souligné la nécessité d'adopter des programmes de réduction des risques à l'égard des usagers de drogues. Ainsi, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels¹²², le Comité des droits de l'enfant¹²³ et le Rapporteur spécial sur le droit à la santé¹²⁴ ont convenu qu'il était essentiel d'adopter une approche de réduction des risques à l'égard des usagers de drogues. L'OMS, l'ONUDC et le Programme commun des Nations unies contre le VIH/sida (ONUSIDA) encouragent les démarches de réduction des risques auprès des usagers de drogues injectables¹²⁵. Le Haut-Commissariat des Nations

121. Nations unies, CEDAW/C/GEO/CO/4-5, par. 31, al. e, 24 juillet 2004.

122. 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.

123. Dans son observation générale n° 15 (2013) sur le droit qu'a l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, Nations unies, CRC/C/GC/15, 17 avril 2013.

124. Nations unies, A/65/255, 6 août 2010.

125. OMS, ONUDC et UNUSIDA, *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*,

unies aux droits de l'homme y est également favorable et le Conseil des droits de l'homme a, dans sa résolution 12/27, reconnu la nécessité de prendre des mesures dans ce domaine ¹²⁶.

À cet égard, il est indéniable que les différents outils mis en place en France dans le cadre de la réduction des risques et des dommages (RdRD) ont permis d'endiguer la propagation du VIH/SIDA chez les usagers de drogue¹²⁷. Cette politique a aussi permis de mieux connaître et approcher les personnes consommatrices, et d'améliorer leur qualité de vie. Elle a contribué à l'évolution du regard posé sur les usagers de drogues, notamment de la part des médecins. Toutefois, subsistent quelques réserves :

- sur le plan sanitaire le bilan est nettement moins positif s'agissant de la transmission de l'hépatite C (VHC). Bien que la proportion d'usagers de drogues illicites contaminés par le VHC ait diminué ces vingt dernières années, passant d'un taux de contamination 60 % en 1995, à 44 % aujourd'hui, ce taux demeure très élevé. 70% des nouveaux cas répertoriés chaque année sont liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse ou par « sniff ».
- Des difficultés persistent dans l'accès aux programmes d'échange de seringues : 26% des utilisateurs continuent à partager les seringues.

Par ailleurs, les adaptations des actions de RdRD aux besoins actuels des usagers n'ont pas été réalisées, ce qu'illustre l'exemple des traitements de substitution aux opiacés (TSO) comme la méthadone. A ce jour, la France n'autorise que deux types de traitement, alors même que de nouvelles solutions thérapeutiques se sont développées à l'étranger. S'agissant ensuite du mode d'administration du traitement, aujourd'hui limité à la prise de gélules ou de sirop, l'introduction de traitements de substitution injectables, qui permettent au patient de ne pas devoir rompre brutalement avec le geste de l'injection, pourrait également être envisagée. Enfin, concernant le processus de prescription, l'éventualité d'étendre la primo-prescription de la méthadone, actuellement réservée aux CSAPA et structures hospitalières, à la médecine de ville est également en discussion.

version 2012., 2013, pp. 10 à 26.

126. Nations unies, HRC, A/HRC/30/65, 4 septembre 2015, § 12.

127. 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 1980 à environ 10 % en 2004. D'après les premiers résultats de l'enquête Coquelicot 2010, ce taux serait depuis resté stable.

La prescription en première intention par les généralistes permettrait en effet de favoriser l'accès à ce produit. Des réticences existent néanmoins en raison de la dangerosité du produit et de la nécessité de sécuriser au mieux sa délivrance. Les résultats de l'enquête « méthaville »¹²⁸ montrent une bonne efficacité de la primo prescription de méthadone par les médecins généralistes exerçant en ville. Elle aurait une efficacité équivalente à celle réalisée en centre de soins, à la fois en termes d'effets du traitement et d'abstinence à l'héroïne et au crack. À efficacité comparable, elle serait aussi moins onéreuse et permettrait une meilleure observance du traitement par le patient.

Le débat sur l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque révèle les paradoxes du modèle français de réduction des risques et des dommages, marqué par son opposition frontale à la logique de sevrage et par la criminalisation de l'usage.

Les salles de consommation à moindre risque (SCMR), sont des lieux où les usagers s'injectant de la drogue par voie intraveineuse peuvent venir pratiquer leur injection dans de bonnes conditions sanitaires et d'hygiène, en présence d'un personnel formé. On y enseigne les règles d'hygiène (lavage des mains, désinfection), on met à disposition des usagers du matériel stérile (seringues, cuillères, filtres, eau), on supervise l'injection des produits stupéfiants (héroïne, cocaïne ou médicaments), en enseignant parfois des techniques plus sûres. L'orientation des usagers vers des structures de soins ou de traitement de la dépendance et les services sociaux est également effectuée. Ces lieux ont été établis dans le but d'améliorer la santé des usagers de drogues et de mettre fin aux scènes ouvertes, ces pratiques d'injection visibles dans l'espace public. Ils s'inscrivent à la fois dans une logique de santé publique (prévenir le VIH et les hépatites) et de sécurité publique (sécuriser et contrôler l'espace public). Ils

128. 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) 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 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>

constituent un élément, parmi d'autres, de la politique de réduction des risques et des dommages. Une centaine de salles existe dans le monde, principalement en Europe (en Suisse, où la première salle a ouvert à Berne en 1986, mais aussi aux Pays-Bas, en Allemagne, Espagne, au Luxembourg, Danemark, en Norvège et Grèce), au Canada et en Australie. En France, les pouvoirs publics ont longtemps résisté à leur mise en place. L'expérimentation, pour une durée maximale de six ans, des SCMR en France a été actée par la loi modernisation de notre système de santé¹²⁹. A ce jour, le ministère de la Santé a autorisé la mise en place de SCMR dans deux CAARUD (gérés par les associations Gaïa à Paris et Ithaque à Strasbourg), des négociations sont en cours à Bordeaux (associations La Case et le centre étude et information drogue), mais aucune SCMR n'est effectivement ouverte.

Dans un contexte épidémiologique français, qui se caractérise par l'exposition persistante des usagers de drogues au risque infectieux, la majorité des professionnels de la réduction des risques s'accorde depuis de nombreuses années sur la nécessité d'expérimenter les salles de consommation supervisée. Mais les résistances demeurent très fortes, ce qui explique la longue genèse des SCMR en France.

Les objectifs défendus par les professionnels en faveur de l'ouverture des salles de consommation sont d'abord d'ordre sanitaire : réduction des contaminations par le VIH et par les hépatites¹³⁰, diminution des infections et limitation des overdoses. L'accès aux soins est aussi un argument important en faveur de l'ouverture de ces salles. Comme la distribution de seringues, il s'agit d'outils thérapeutiques qui favorisent la médiation et la création de lien entre usagers et intervenants¹³¹. La salle de consommation est ainsi envisagée comme un dispositif s'inscrivant dans le parcours de consommation de la personne et sa trajectoire de soin et tend à

129. 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.

130. H. Hagan et al., "Systematic review and meta-analysis of interventions to prevent Hepatitis C among people who inject drugs", in *Journal of Infectious Diseases* ; 204 (1) : 74-83, 2011

131. T. Kerr T et al., « Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users », in *Lancet* ; 366 : 318, 2005.

s'approcher d'une conception « gradualiste » de la réduction des risques¹³². Pour autant, cet objectif n'est pas entendu par les opposants qui voient dans l'accès à une salle de consommation la fixation d'une identité d'usager de drogues par intraveineuse retardant (voire empêchant) la sortie de la drogue. Par exemple, lors des discussions à l'Assemblée, certaines voix ont réclamé le financement de communautés thérapeutiques à la place des salles de consommation, présentées comme plus efficace pour aider les usagers de drogues. Ces critiques témoignent sans aucun doute de la prégnance d'une conception du soin prônant l'abstinence comme seule démarche envisageable¹³³.

Le débat souligne en fait les paradoxes du modèle de réduction des risques à la française. Dans la mesure où les usagers vont effectuer leurs injections sous le regard de professionnels de la santé, les salles de consommation supervisées peuvent être réduites au rang d'instrument permettant un contrôle hygiéniste de la dépendance. Cette perspective s'accommode mal de la criminalisation de l'usage de drogues et de l'interdit moral persistant qui pèse sur cette pratique. Il n'est dès lors pas étonnant que les salles de consommation puissent parfois être perçues comme l'expression d'une tolérance injustifiée vis-à-vis des consommateurs de drogues.

Toutefois, telles qu'elles sont conçues par la loi et par les associations chargées de leur mise en place, les salles de consommation à moindre risque, répondent à un enjeu d'éthique sociale. Il s'agit « *d'une éthique du moindre mal, du préférable, du gain de chance et du vivre ensemble* »¹³⁴, les salles de consommation à moindre risque doivent être des « *lieux apaisés pour tendre la main* »¹³⁵. Elles ne constituent certes pas une « solution miracle » pour enrayer la consommation de drogues, mais elles se veulent un dispositif de santé publique et de dignité : il s'agit d'accueillir des personnes, usagères de drogues, et idéalement de les orienter, et non pas de « prendre en charge » des « toxicos » ou d'accompagner des usages.

132. Audition de Marie Jouffret-Roustide, 30 mai 2016.

133. Assemblée nationale, deuxième séance du mardi 7 avril 2015 : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cr/2014-2015/20150203.asp>

134. Audition de Jean-Pierre Lhomme, Médecins du Monde, 30 mai 2016.

135. Audition de Nathalie Latour, Fédération addiction, 30 mai 2016.

TROISIEME PARTIE PROPOSITIONS DE LA CNC DH

Parmi les nombreux rapports et études consacrés aux addictions et aux usages de drogues récemment parus, très rares sont ceux qui se satisfont de la situation actuelle et la plupart appellent à des évolutions. Pourtant, malgré ce consensus, le débat sur la consommation de drogues demeure biaisé par des considérations politiques, morales ou idéologiques qui rendent difficiles l'appréhension du problème dans sa complexité. Selon certains, il conviendrait donc de « *sortir de l'hypocrisie* »¹³⁶. Pour la CNC DH, il convient avant tout de sortir des logiques binaires opposant répression et dépénalisation, usager-délinquant et usager-malade, drogues dures et drogues douces, drogues licites et drogues illicites. La réponse ne doit pas viser à décriminaliser ou pénaliser l'usage de certaines drogues, mais surtout à repenser l'ensemble du dispositif en raison de la complexité des dynamiques sociales, médicales, économiques à l'oeuvre. Dans cette perspective, la Commission émet différentes recommandations visant à mettre l'accent sur la lutte contre les addictions (A), à améliorer les dispositifs de prévention (B), de prise en charge sanitaire (C) et de réduction des risques et des dommages (D). Elle invite le gouvernement français à porter sur la scène internationale une nouvelle approche du problème mondial de la drogue (E). Enfin, elle incite à imaginer un encadrement légal respectueux des libertés individuelles et soucieux de la santé publique, par la modification des conséquences pénales de l'usage de stupéfiants et la régulation de l'offre (F).

A. INTEGRER LE CONCEPT D'ADDICTION DANS LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Il est illusoire de croire à « un monde sans drogues ». Les raisons conduisant à la consommation de drogues sont diverses (usage récréatif, lutte contre la douleur, recherche d'échappatoire, etc.), et les parcours de vie singuliers. Malgré cela, une des conditions de la réussite de la lutte contre les conduites addictives est la prise de conscience par la société de la réalité de la consommation, de ses dangers et

136. D. Vaillant, *Pour mieux lutter contre le cannabis : sortir de l'hypocrisie*, Assemblée nationale – groupe socialiste, radical, citoyen, 5 juillet 2011.

de la nécessité de s'impliquer auprès des personnes souffrant d'addictions.

Même si la réponse ne saurait être seulement légale, la CNCDH estime que l'action contre les addictions devrait être affichée en tant que priorité de la société à travers une refonte du code de la santé publique, qui affirmerait clairement une telle ambition. En effet, le code de la santé publique, issu d'une codification à droit constant menée en 2000, souffre d'une accumulation disparate de textes, qui le rendent peu lisible et procèdent en partie d'une idéologie obsolète. Or, comme le note Yann Bisiou, « *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 de « 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* »¹³⁷. Une réforme d'ampleur autour de la lutte contre les addictions supposerait, tout d'abord, de définir la notion d'addiction dans la loi, afin de pouvoir apporter une réponse d'ensemble, et ensuite de revoir l'architecture de la 3ème partie du code de la santé publique pour distinguer clairement les maladies des dépendances (ce que ne fait pas actuellement le code). Il conviendrait également de renoncer à la distinction par produits à laquelle le code procède actuellement, séparant l'alcoolisme (livre III), la toxicomanie (livre IV) le tabagisme et le dopage (confondus dans le livre V). Il serait ainsi plus pertinent d'organiser le code autour des différents comportements pris en charge, problématiques ou non, et des différents axes des politiques publiques : prévention et lutte contre la publicité, accompagnement sanitaire et social...

L'opportunité de la présence de dispositions pénales dans le code de la santé publique, et non dans le code pénal, a pu être discutée. Si leur présence signifie que la valeur protégée est davantage la santé publique que l'ordre public, la CNCDH

137. 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 Addiction (FFA), *Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives*, 7 et 8 avril 2016.

recommande néanmoins, dans un but d'intelligibilité de la loi pénale, et afin de renforcer la cohérence du message législatif, que le code de la santé publique véhicule, que les comportements érigés en infractions dans un but de protection de la santé soient regroupés dans un titre spécifique du code pénal et non pas essayés au sein du code de la santé publique.

B. BATIR UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE PRÉVENTION À DESTINATION DE L'ENSEMBLE DE LA SOCIÉTÉ

Définir clairement une politique globale de lutte contre les addictions aurait pour mérite de mettre en place les conditions d'une véritable politique de prévention. La mise en œuvre d'une politique de prévention globale, installée dans la durée, est certes un exercice difficile. Il s'agit de mettre à disposition du grand public toutes les connaissances disponibles et validées scientifiquement sur les produits psychoactifs et leur dangerosité, et de constituer ainsi un socle commun de connaissances transversal aux générations, aux milieux sociaux, culturels et professionnels. Il convient également de définir les objectifs de la prévention, en prenant acte de la réalité des consommations et des différents usages (occasionnel, régulier, à risque, nocif) ; l'objectif de la prévention ne pouvant pas être uniquement de prévenir l'usage¹³⁸, mais aussi de prévenir le passage d'un usage occasionnel à un usage nocif. Faire de la prévention un axe majeur de la politique publique en matière de lutte contre les conduites addictives suppose la création de structures appropriées pour recenser, coordonner et évaluer les actions mises en œuvre. Or, force est de constater qu'en France, la diversité des acteurs et des interventions de prévention ne s'est pas accompagnée de la mise en place d'un processus d'évaluation scientifique, ni même d'un dispositif convaincant de coordination. La situation française, à la différence de celle existant dans de nombreux pays étrangers, ne permet pas de la sorte l'échange des bonnes pratiques, ni la diffusion des programmes qui ont fait leurs preuves. À cet égard, la CNCDDH recommande, dans un premier temps :

138. Rappelons qu'en France, d'après les enquêtes Escapad, seuls 6,6 % des adolescents de 17 ans n'ont jamais expérimenté le tabac, ou l'alcool ou le cannabis. Réalisée régulièrement depuis 2000 par l'OFDT, avec le soutien de la Direction du Service National, l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD) interroge les jeunes Français lors de la Journée défense et citoyenneté. Le questionnaire porte sur la santé des jeunes garçons et jeunes filles âgés de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs.

- d'effectuer un recensement actualisé des interventions pratiquées dans différents milieux (avec une priorité pour le milieu scolaire) afin de disposer d'un état des lieux consolidé ;
- d'entreprendre l'évaluation scientifique des grands programmes de prévention dispensés par les principaux acteurs : Mildeca, police, gendarmerie, associations, agences régionales de santé (ARS).

Cette démarche de recensement et d'analyse est la seule à même de fonder une politique de prévention sur des programmes scientifiquement validés et évalués. La nouvelle commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA), mise en place par la Mildeca, devrait permettre de mener ces actions. 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. Une telle démarche ne pourra être efficace que si les équipes d'évaluation des programmes adoptent une démarche d'évaluation indépendante, scientifique et rigoureuse et si la CIPCA dispose des moyens nécessaires à leur financement, ce qui, compte-tenu de l'évolution de son budget ne semble pas acquis. Par ailleurs, la coordination de l'action de la Mildeca avec celle de l'Agence de santé publique, nouvellement créée, doit être soigneusement définie.

La prévention doit par ailleurs être envisagée 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 (exemple : retarder l'âge de la première expérimentation). Plus que des actions ponctuelles mises en place à l'initiative de l'un des acteurs, sans concertation préalable, un programme de prévention nécessite davantage de coordination entre les différents acteurs intervenant dans le cadre d'une même action, afin de mobiliser des compétences complémentaires. Or la CNCDH a pu constater une grande disparité dans les cahiers des charges des appels à projets des agences régionales de santé pour des actions de prévention des addictions. Il conviendrait donc de veiller à ce que les appels à projets des ARS soient en adéquation avec la politique de prévention définie au niveau national, afin d'assurer une cohérence globale et d'éviter les « effets de mode ». A ce titre, 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.

Le succès de la prévention repose aussi sur une démarche d'intervention précoce qui vise à raccourcir le délai entre l'apparition des premiers signes d'un usage à risque et la prise en charge adaptée, notamment au bénéfice des personnes en difficulté personnelle ou sociale, quel que soit leur âge. À la charnière de la prévention et du soin, cette démarche passe par un repérage, à la suite de l'établissement d'un dialogue entre l'usager et son environnement (parents, école, pairs, collègues de travail), afin de permettre l'accès à une évaluation personnelle plus approfondie si nécessaire. Il s'agit aussi d'aider l'entourage à savoir comment réagir face à d'éventuels signes de vulnérabilité.

Pour les jeunes, un guide de repérage précoce « des signes de souffrance psychique et des troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent » a été diffusé auprès de tous les infirmiers et assistant.e.s de service social de l'éducation nationale. Des formations au repérage d'élèves consommateurs de produits psychotropes et à l'accompagnement d'élèves consommateurs ont été conduites dans quatre académies durant les années scolaires 2011-2012 et 2012-2013 pour les personnels de santé des établissements scolaires. Il serait utile d'étendre ces programmes de formation à l'ensemble des académies et des professionnels en relation avec la jeunesse (enseignants, personnels de la médecine scolaire, assistant.e.s de service social, éducateurs, animateurs, etc.).

Dans le milieu professionnel, une enquête de l'OFDT et de la Mildeca montre que les dirigeants, encadrants et personnels RH connaissent peu les dispositifs d'accompagnement qui existent pour faire face à des conduites addictives¹³⁹. Il conviendrait donc, 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. À cet égard, il convient 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

139. Mildeca-OFDT, Impact des consommations de substances psychoactives sur le travail : le regard des dirigeants, des responsables RH et des représentants du personnel/syndicats, octobre 2015. Même si les dirigeants, encadrants et personnels RH semblent être bien informés en général « sur la question des addictions dans le monde du travail », ils connaissent moins « les dispositifs d'accompagnement qui existent pour faire face à ces situations ». Ainsi, près des trois quarts d'entre eux affirment être bien informés (73 %), et plus particulièrement dans le secteur public, mais seule la moitié déclare connaître les réponses pour y faire face. Les représentants du personnel/syndicats semblent moins au fait : deux tiers (64 %) disent maîtriser le sujet et moins de la moitié (47 %) semble être informés sur les dispositifs.

travail. Enfin, les entreprises peuvent notamment s'appuyer sur des partenariats avec les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ou des organismes professionnels de prévention dédiés (comme l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPBTP)).

Des brochures à destination d'un large public pourraient être mises à disposition de façon systématique dans les cabinets médicaux, les maisons de santé, les services médico-sociaux, les missions locales, 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. Il conviendrait également d'assurer la publicité la plus large possible au site internet et au numéro vert de « Addictions drogues alcool info service »¹⁴⁰, service national d'information et de prévention sur les drogues et les dépendances. Le service a également en charge le recensement, la mise à jour et la mise à disposition du public de l'annuaire de l'ensemble des structures spécialisées de soin en addictologie.

S'agissant des adolescents, afin de retarder l'apparition éventuelle de l'expérience à risque et pour en éviter la banalisation des effets, il conviendrait de mettre en place une politique de prévention qui repose sur le développement des compétences psychosociales. En effet, dans une expertise collective de 2014 consacrée aux conduites addictives chez les adolescents (usages, prévention et accompagnement), l'Inserm a procédé à une synthèse des interventions de prévention présentées comme efficaces dans la littérature scientifique¹⁴¹. Il ressort de cette étude que les interventions visant à développer les compétences psychosociales (CPS) des adolescents sont parmi les plus efficaces. Les compétences psychosociales sont « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement* »¹⁴². Les études scientifiques montrent

140. <http://www.drogues-info-service.fr/>

141. Inserm, *Conduite addictive chez les adolescents*, 2014.

142. OMS, Division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies, *Life skills education in schools*, 1993

que des comportements à risque pour la santé tels que la prise de substances psychoactives, les comportements violents ou les rapports sexuels à risque (non protégés) sont plus fréquents lorsque leurs auteurs ont des CPS peu développées. De faibles CPS sont un déterminant majeur de ces conduites, et les développer apparaît donc comme un levier majeur pour prévenir les problèmes d'addiction.

L'information auprès des jeunes devrait donc être accompagnée d'interventions visant un renforcement de leurs compétences psychosociales et de l'affirmation de soi. L'expertise de l'Inserm précise également que le développement de ces compétences doit s'inscrire dans des activités collectives utilisant des méthodes interactives (ateliers créatifs, jeux de rôle, discussion de groupe...). Les aménagements du temps scolaire, en école élémentaire, pourraient constituer une opportunité pour mettre en œuvre de telles interventions. De tels dispositifs existent déjà au niveau national, mais de manière non structurée. De tels programmes peuvent être menés en milieu scolaire dès la fin de l'école élémentaire pour le tabac, l'alcool, les jeux vidéo et Internet, puis au début du collège pour ces mêmes substances/comportements auxquels s'ajoutent le cannabis et les jeux de hasard et d'argent. Il est ainsi recommandé que ces programmes s'inscrivent et s'adaptent tout au long du parcours scolaire (second degré notamment) et de l'apprentissage professionnel. Il conviendrait de s'appuyer sur des programmes qui ont fait leur preuve à l'étranger, sans pour autant négliger la question de la transférabilité au contexte français, la grande majorité des interventions validées provenant des pays anglo-saxons¹⁴³. Le recours à des leaders d'opinion (pairs, personnalités reconnues et appréciées) a par ailleurs été évalué comme efficace pour aider à faire évoluer les représentations, puis les comportements. On constate en effet que l'une des limites principales des programmes de prévention classiques est que le message venant d'un adulte passe plus difficilement. Le recours à la prévention par les pairs devrait donc être développé.

Il semble par ailleurs indispensable que l'appui aux familles devienne un des

143. Aux Etats-Unis, des programmes tels que le Life Skills Training et Alert chez les élèves de 11-15 ans ont montré leur efficacité sur la prévention de l'initiation ou sur la réduction des consommations d'alcool, tabac et cannabis.

Le programme scolaire Unplugged/EU-DAP26 développé avec le soutien de l'EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug addiction) a également fait ses preuves dans des contextes plus proches du contexte français, en Belgique, en Italie ou en Espagne.

axes prioritaires de développement d'une politique de prévention des addictions. Des travaux ont en effet montré que différents aspects de la parentalité sont associés aux conduites addictives des adolescents et en particulier au passage éventuel d'une expérimentation à l'installation de la consommation. À ce titre, il est important de rappeler aux parents que, même s'ils se sentent démunis, ils ont un rôle important à jouer auprès de leurs enfants adolescents. Il conviendrait ainsi d'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...) pourraient être mis en place. Il est important de souligner que le développement des compétences parentales ou plus généralement le soutien à la parentalité peut s'appliquer de manière précoce aux femmes enceintes en situation de vulnérabilité¹⁴⁴.

Enfin, il convient de rappeler qu'en matière de prévention, l'engagement de l'Etat devrait se traduire par la mise à disposition des moyens financiers adaptés.

C. AMELIORER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET SOCIALE

Préalable à une prise en charge sanitaire efficace et adaptée, la formation des professionnels de santé connaît d'importantes carences en France (voir supra §95). La CNCDH recommande donc 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 ;
- et favoriser la validation des acquis de l'expérience en addictologie.

La proximité apparaît comme un facteur primordial de réussite de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction. Pouvoir accéder à une structure en

144. 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.

addictologie à proximité de son domicile est une exigence du principe d'égalité face au service public de la santé. C'est aussi une condition déterminante s'agissant de patients dont la motivation pour s'inscrire dans un parcours de soins est souvent fragile. L'éloignement géographique des structures, ou les délais d'attente très longs pour obtenir une place dans les structures existantes, constituent des obstacles réels à l'entrée en soin. 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 Reynaud¹⁴⁵, préconise de planifier le maillage territorial à partir d'un schéma régional d'addictologie inclus dans le plan régional de santé. Ce maillage territorial, qui doit être conçu de façon transversale en englobant le champ de la prévention, du médico-social et du sanitaire, pourrait être coordonné par une commission régionale addiction.

Pour assurer la diversification de l'offre de soins, et pour répondre pleinement aux besoins des usagers, il conviendrait d'accroître l'offre de soins résidentiels et de créer de véritables réseaux de soins. À cet effet, la CNCDH 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-psycho-sociaux 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 primo-prescription de méthadone en médecine de ville.

En dehors de la création d'un réseau de soins de droit commun, doit aussi être envisagée la question de l'offre de soins à destination des usagers de drogue en milieu pénitentiaire. Si un certain nombre d'éléments « structurels » sont à prendre

145. M. Reynaud, 2013, *op. cit.*

en compte comme le type et la taille de l'établissement pénitentiaire, le type, le nombre et la taille du ou des dispositif(s) de santé intervenant en détention, les addictions doivent faire, dans tous les cas, l'objet d'une attention particulière au regard de la prévalence en détention. 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. Si la visite médicale d'entrée est un temps clé pour le repérage des conduites addictives, elle n'est pas toujours propice pour le détenu, compte tenu d'un certain nombre d'éléments : « choc » du rituel de l'admission, conséquence de la garde à vue (fatigue, manque), peur de la stigmatisation et du risque de discriminations de la part des autres détenus (racket, violences, insultes, ségrégations). Ce repérage doit donc être pensé tout au long de la détention. Enfin, la préparation à la sortie conditionne la poursuite des soins mais aussi l'adhésion de l'utilisateur à son projet et son inscription dans la continuité. Elle se travaille dès l'entrée (transmission des coordonnées de structures extérieures lors du premier rendez-vous médical au cas où la sortie ou le transfert s'effectue avant même le deuxième rendez-vous) et tout au long de la détention. Cela implique la mise en relation avec un ou plusieurs partenaire(s) extérieur(s) pour favoriser le suivi nécessaire du patient lors de sa libération.

D. POURSUIVRE ET RENFORCER LA POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES

La politique de réduction des risques française a prouvé qu'une approche pragmatique des usages de drogues était une réponse efficace face aux risques qu'ils engendrent. Toutefois, les auditions menées par la CNCDH ont montré que des voies d'amélioration de la politique de réduction des risques pouvaient encore être recherchées, dans trois domaines en particulier : les programmes d'échanges de seringues, les traitements de substitution aux opiacés (TSO) et les salles de consommation à moindre risque.

La CNCDH estime qu'il faut développer et sécuriser les programmes d'échanges de seringues :

- en instaurant la gratuité des kits ;
- en veillant à ce que les pharmacies d'officine mettent en place les dispositifs d'échange de seringues ;
- 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 2016¹⁴⁶, sous réserve qu'un décret en Conseil d'Etat en détermine les modalités d'application.

En matière de traitement de substitution aux opiacés, la CNCDH invite les pouvoirs publics à :

- former les médecins à la prescription et à l'accompagnement des TSO ;
- étendre la primo-prescription 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 des produits et des modes d'administration).

Plus largement, la CNCDH estime qu'il conviendrait de développer des programmes et des actions de RdRD destinés à des publics peu pris en compte actuellement comme les jeunes, les femmes, les personnes privées de liberté, les migrants, les seniors...

Par ailleurs, si la loi du 26 janvier 2016 de *modernisation de notre système de santé* autorise l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque, la CNCDH estime que le dispositif 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.

Enfin, face aux enjeux posés par les overdoses aux opiacés -selon les données officielles 300 personnes meurent d'une overdose chaque année en France (les associations estiment quant à elles que les chiffres sont sous-estimés) –plusieurs

146. 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. »

associations¹⁴⁷ préconisent une mise à disposition communautaire auprès des usagers et de leurs proches de la Naloxone¹⁴⁸ pour la rendre accessible aux personnes concernées. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a délivré le 27 juillet 2016 une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) d'un spray nasal contenant de la Naloxone¹⁴⁹; cette autorisation constitue une avancée, mais elle reste insuffisante. En effet, la Naloxone sera uniquement délivrée sur prescription médicale dans les CSAPA, les CAARUD sont donc exclus de l'ATU, ce qui est dommageable dans la mesure où le dispositif expérimental de la salle de consommation à moindre risque prévoit d'être adossée à un CAARUD. La question du coût des kits bénéficiant de l'ATU, et du financement de ces kits pour les CSAPA n'est pas non plus évoquée : disposeront ils de moyens financiers supplémentaires leur permettant d'acheter ces kits ? La CNCDH recommande donc 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.

E. PROMOUVOIR AU NIVEAU DES NATIONS UNIES UNE POLITIQUE PRO-ACTIVE EN FAVEUR D'UNE REVISION DU SYSTEME CONVENTIONNEL

Ainsi que nous l'avons rappelé dans la première partie du présent avis, le contexte international en matière de politique de lutte contre les drogues tend à évoluer sous la pression de certains pays particulièrement exposés à la criminalité liée au trafic et à ses conséquences désastreuses sur l'ensemble de la société et l'économie de ces pays. Il s'agit de réduire, de façon pragmatique, les conséquences négatives du cadre légal et réglementaire relatif aux substances contrôlées actuellement en vigueur. Ce qui implique une modification de certains dispositifs du système conventionnel. La CNCDH tient à signaler qu'aucune des dispositions des trois conventions des Nations unies ne prévoit explicitement l'incrimination directe de l'usage de drogues. Toutefois, la convention de 1988 a

147. Médecins du Monde, la Fédération addiction, ASUD, notamment

148. 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.

149. Le Nalscue, proposé par le laboratoire Indivior.

créé une obligation pour les Etats signataires de conférer le caractère d'infraction pénale à la possession, l'achat et la culture de drogues à des fins de consommation personnelle illicite.

La France, depuis les années 1970, a délibérément choisi une application rigoureuse des interdictions prônées par les conventions, tant en ce qui concerne le mécanisme de transposition des interdictions que le champ des produits prohibés ou la sévérité de la répression des comportements incriminés.

Dans un souci de cohérence avec les propositions développées dans son avis, 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 Etats à sanctionner les personnes qui consomment des substances classées en dehors des usages médicaux¹⁵⁰. Plus généralement, la France doit promouvoir le respect et la protection des droits humains dans toutes les politiques en matière de contrôle des substances, y compris par l'abolition rapide de la peine de mort¹⁵¹.

Par ailleurs, la CNCDH entend rappeler que l'accès aux médicaments contre la douleur est un droit fondamental reconnu par l'OMS et inscrit dans les textes internationaux. Pourtant, l'OMS estime que quelques 5,5 milliards de personnes dans le monde ont un accès insuffisant aux traitements des douleurs modérées et sévères. Ce chiffre s'applique à plus de 80% de la population mondiale¹⁵². Or les principaux obstacles à la réalisation d'un accès satisfaisant aux médicaments contre la douleur sont d'origine légale : bien que leur accès soit en principe protégé par le droit au meilleur état de santé possible, les opioïdes entrent dans le cadre du

150. 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. »

151. Amnesty International, Déclaration publique, « 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.

152. OMS, *Briefing note, Improving access to medication controlled under international drug conventions*, 2012.

système international de contrôle des drogues administré par les Nations unies. Le texte de la Convention unique de 1961 fait de l'OICS l'organe chargé de superviser la mise en œuvre du traité et de « limiter la culture, la production, la fabrication et l'usage des stupéfiants aux montants requis a des fins médicales et scientifiques, [et] de faire en sorte qu'il y soit satisfait »¹⁵³. En ce sens, les efforts mondiaux et nationaux visant à prohiber l'usage non médical d'opiacés ont eu un effet entravant sur l'usage médical dans les pays à faibles et moyens revenus. Il convient pourtant de rappeler que la Convention sur les substances psychotropes de 1971 reconnaît dans son préambule que « *l'utilisation des substances psychotropes a des fins médicales et scientifiques est indispensable et que la possibilité de se procurer des substances à ces fins ne devrait faire l'objet d'aucune restriction injustifiée* »¹⁵⁴. L'obligation d'assurer la disponibilité des substances sous contrôle à des fins médicales et scientifiques a été renforcée par des résolutions adoptées par divers organes onusiens, tels que l'Assemblée mondiale de la santé (WHA) et le Conseil économique et social (ECOSOC). La Commission des stupéfiants (CND) a également porté son attention sur la question, exprimant dans sa Résolution 53/4 de 2010 son intention de promouvoir des niveaux adéquats de disponibilité des drogues pour les besoins médicaux et scientifiques¹⁵⁵. Cet objectif a été réaffirmé l'année suivante, dans la Résolution 54/6 de la CND¹⁵⁶. Dans cette dernière, la Commission a appelé l'ONUDC à mettre à jour ses lois types afin de garantir un accès aux médicaments, un processus que l'ONUDC a entamé. L'OICS pour sa part, a eu un impact ambivalent dans le domaine de la mise à disposition des médicaments contre la douleur pour différentes raisons, toutes liées à l'orientation globale de cet organe et aux fonctions qui lui sont assignées par les conventions de contrôle des drogues. La vision de l'OICS privilégie une interprétation étroite et répressive des traités internationaux. Consciente de cette dérive, l'Assemblée générale des Nations unies a consacré une section de la résolution de l'UNGASS 2016 ¹⁵⁷ à la disponibilité des substances réglementées et met pour la première

153. ONU, *Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972*, Article 9.4.

154. ONU, *Convention sur les substances psychotropes*, 1971, Préambule

155. 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.

156. 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.

157. 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.

fois l'accent sur ce problème. La CNCDDH rappelle aux pouvoirs publics l'importance de soutenir une réforme de la gouvernance et des modalités de fonctionnement de l'OICS afin que les Etats puissent garantir à leur population un accès aux médicaments essentiels et de soulagement de la douleur.

Enfin, le dernier rapport de la *Global Commission on Drug Policy* démontre l'échec de la « guerre aux drogues ». Malgré l'augmentation des ressources consacrées aux politiques répressives, le bilan est lourd de conséquences pour l'ensemble de la communauté internationale tant en termes de sécurité, de santé publique, d'atteintes aux droits de l'homme, d'affaiblissement de la gouvernance et d'entrave au développement dans un grand nombre de pays. La France, loin d'être épargnée sur son propre territoire¹⁵⁸, doit s'engager sur la voie de réformes tant au niveau national qu'international, et joindre sa voix aux appels, désormais nombreux, en faveur d'une évolution du cadre international.

L'UNGASS 2019 constitue le prochain grand rendez-vous international sur la question des drogues. Il convient donc que dans le processus de préparation de cette assemblée générale, et tout au long de la procédure de négociations, la diplomatie française œuvre pour faire en sorte que cette réunion prenne réellement la forme d'un « *débat large et ouvert, qui prenne en compte tous les options possibles* »¹⁵⁹. L'UNGASS doit offrir l'opportunité d'une discussion ouverte, considérant les approches de toutes les parties prenantes, États membres, agences de l'ONU, sphère académique et société civile. Contrairement à ce qui a pu se passer pour l'UNGASS 2016, il convient que le processus préparatoire de l'Assemblée générale soit inclusif et transparent. La CNCDDH appelle donc les autorités françaises à prendre en compte les propositions de la société civile et à travailler en partenariat avec elle. Cela suppose :

- 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

158. 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.

159. Selon les mots 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.

CND) ;

- au moment de l'UNGASS, l'intégration effective de représentants de la société civile dans la délégation officielle française (comme d'autres États ont pu le faire en avril 2016 – Japon, Suède, Bolivie, Suisse notamment).

F. FAIRE EVOLUER LA LEGISLATION PENALE SUR LES STUPEFIANTS

Les constats dressés dans les premières parties du présent avis conduisent la CNCDH à préconiser la mise en œuvre d'une politique plus respectueuse des droits de la personne. Il s'agit, en matière d'usages de drogues, de promouvoir une approche par les droits, et non plus de privilégier une approche répressive.

Un consensus général existe pour considérer la loi pénale comme un instrument pertinent pour empêcher certains comportements susceptibles de mettre en danger des tiers : ainsi l'interdiction de la conduite sous l'emprise de toute substance qui altère les capacités du conducteur, ou l'interdiction de la consommation de substances modifiant l'état de conscience des personnes travaillant sur des poste de sécurité, de sûreté et à risques constituent des interdits légitimes dont la transgression doit être sanctionnée en ce qu'elle met autrui en danger. En revanche, lorsque le comportement touche à la liberté de faire usage de son propre corps et de modifier son état de conscience, il ne s'agit plus de protéger autrui, mais d'informer la personne sur les risques qu'elle prend et de l'aider autant que possible à les minimiser (« Savoir plus, risquer moins »¹⁶⁰). Tel est bien le cas de la consommation de substances psychoactives : une conduite qui s'adresse à soi-même et qui ne porte atteinte qu'à la santé de l'usager. Face à de tels comportements, l'intervention sociale n'a de légitimité et de sens que si elle aide l'usager à en comprendre les limites et à adopter des conduites qui les respectent. Il s'agit non pas d'interdire l'usage, mais de favoriser un usage responsable, comme déjà c'est le cas pour l'alcool ou le tabac. En ce sens, la CNCDH invite à rétablir la hiérarchie entre logique de santé et logique de sanction, en mettant l'accent sur la première. Or, le cadre pénal actuel constitue un obstacle à la réduction des risques et à la protection de la santé.

160. Selon le titre de l'ouvrage publié en 2000 par la MILDT

Ce point a été amplement souligné par l'Organisation mondiale de la santé, qui a appelé à dépénaliser l'usage de drogues, y compris par injection, la dépénalisation pouvant contribuer grandement à ce que les interventions en matière de santé, notamment la réduction des risques et le traitement et la prise en charge des usagers de drogues, soient suivies d'effets¹⁶¹. L'ONUSIDA a également recommandé de dépénaliser l'usage de drogues afin de réduire le nombre d'infections à VIH et de soigner le SIDA¹⁶². De son côté, le Rapporteur spécial des Nations unies sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a souligné combien la pénalisation de l'usage et de la détention de drogues entravait l'exercice du droit à la santé. Il a préconisé la décriminalisation ou la dépénalisation de l'usage, qui constituerait à ses yeux une condition de garantie du droit à la protection de la santé¹⁶³.

Pour la CNCDH, promouvoir une nouvelle politique de santé publique, fondée sur la prévention de toutes les formes d'addiction (à l'alcool, au tabac, aux psychotropes et aux produits actuellement classés comme stupéfiants), et sur la prévention des risques et des dommages associés à leur consommation, suppose de sortir de la logique répressive. Il convient au contraire de mettre en place un cadre législatif et administratif qui permette l'implication, individuelle comme collective, des usagers reconnus en leur qualité d'acteurs et non plus de sujets, de citoyens autonomes et non plus de délinquants ou de malades¹⁶⁴. Ce modèle fort de prévention, expression d'un authentique projet de société, suppose un préalable légal indispensable : la modification des conséquences pénales de l'usage de stupéfiants.

1. Décriminaliser, dépénaliser, légaliser. Précisions terminologiques

Il importe ici de revenir sur les notions de décriminalisation, dépénalisation, légalisation, souvent utilisées indistinctement. Or l'enchevêtrement sémantique favorise la confusion et les malentendus au détriment du débat et d'une évolution

161. OMS, *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, 2014.

162. ONUSIDA, *The Gap Report*, 2014.

163. A. Grover, *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, 6 août 2010, A/65/255, § 62.

164. Audition de Fabrice Olivet et Georges Lachaze, ASUD, 13 mai 2016.

raisonnée de notre cadre légal. En bonne terminologie¹⁶⁵, un comportement est criminalisé lorsqu'il entre dans le champ pénal en constituant une infraction (quelle que soit la nature de cette infraction, crime, délit ou contravention). A l'inverse, la décriminalisation signifie la sortie d'un comportement ou d'une action du champ pénal. Généralement, une décriminalisation de fait (déclin des poursuites ou des condamnations) précède la décriminalisation en droit (abrogation de l'incrimination légale). Un tel processus de décriminalisation de fait est actuellement remarquable en matière d'usage de cannabis pour une masse d'usagers, mais pas tous. Il en résulte une inégalité devant la loi pénale que la CNCDH ne peut accepter. Par ailleurs, il est fréquent que la décriminalisation en fait ou en droit soit précédée de textes successifs caractérisant un mouvement de dépénalisation. La dépénalisation se manifeste par un changement de catégorie pénale pour un comportement incriminé (de crime, l'infraction devient un délit, de délit l'infraction devient une contravention). Le comportement ne sort pas pour autant du champ pénal. Ainsi certains proposent, à l'instar de la Mildeca¹⁶⁶, que l'usage simple de stupéfiants devienne une contravention. Une telle solution permettrait, d'après ses promoteurs, une plus grande réactivité de la sanction pénale et une meilleure efficacité.

Il est encore plus fréquent que la dépénalisation se caractérise par une désescalade dans l'échelle des peines en droit ou en fait. En droit, le maximum de la peine encourue précédemment est abaissé par la loi ou le règlement (pour les contraventions) ; en fait, les juridictions classent sans suite, substituent aux poursuites pénales les alternatives aux poursuites (rappel à la loi, médiation, etc.) ou ne prononcent que des peines symboliques. L'aboutissement du mouvement de politique criminelle ainsi décrit est la décriminalisation, comme cela fut le cas pour le vagabondage ou l'émission de chèque sans provision. La décriminalisation

165. La CNCDH se réfère ici aux définitions doctrinales retenues :

L. Hulsman, *Rapport sur la décriminalisation*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1981 ;

C. Lazerges, « Les problèmes actuels de politique criminelle », IV^{ème} conférence de politique criminelle, 9-11 mai 1990, Conseil de l'Europe, 1990 ;

-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 ;

J. Pradel, *Droit pénal général*, Paris, Cujas, 19^{ème} édition, 2012, pp. 23 et suivantes.

166. 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#c1FeoUPYDvZU1dIT.99

ne signifie pas pour autant nécessairement la légalisation. En effet, l'exclusion de la sanction pénale n'entraîne pas toujours l'exclusion de toute sanction ou réponse, qui peut être administrative, civile, médicale selon les cas. En matière de stupéfiants, décriminaliser l'usage n'est soutenable que si, dans le même temps, d'autres formes de réponse sont offertes, dans le domaine de la prévention ou des soins, relevant du code de l'éducation et du code de la santé publique. Ainsi, la décriminalisation de l'usage de stupéfiants, loin de justifier une passivité des pouvoirs publics, entraîne un transfert de responsabilité du judiciaire aux autorités sanitaires et à la société toute entière.

En dernier lieu, le terme de légalisation qui est parfois employé signifie qu'au-delà de la seule suppression de l'infraction, on confère un cadre légal à quelque chose ou à un acte qui n'en avait pas. Cela signifie ouvrir un accès légal à la substance. Mais une légalisation peut prendre différentes formes, de la plus stricte à la plus libérale, selon les limitations et les contrôles mis en place pour produire, transporter, vendre la substance. En simplifiant, trois formes de légalisation de l'accès aux substances stupéfiantes peuvent être décrites : la première se fait dans un cadre étatique, les pouvoirs publics encadrant la fabrication et la distribution des produits (c'est le modèle du tabac ou des médicaments en France ; c'est également la voie suivie par l'Uruguay pour ce qui concerne le cannabis). La deuxième se fait sur un modèle capitalistique (c'est le modèle de l'alcool en France, ou encore celui suivi par certains états des États-Unis pour le cannabis, où la fabrication et la distribution sont aux mains d'entreprises privées). La troisième se fait sur un modèle autogestionnaire et associatif, à l'exemple des cannabis social clubs expérimentés en Espagne.

Pour résumer, la dépénalisation signifie qu'un acte déterminé relève toujours du champ pénal, mais est abaissé dans l'échelle des peines et des infractions ; il peut ainsi être contraventionnalisé. La décriminalisation consiste à sortir un acte déterminé du champ pénal, mais cet acte peut donner lieu à d'autres types de réponses de la part de l'Etat. Enfin, la légalisation consiste à rendre légale une chose qui ne l'était pas jusque-là, en aménageant les conditions d'accès au bien ou d'exercice de la liberté.

2. Les alternatives possibles à la répression

Ces précisions terminologiques apportées, trois alternatives possibles à la politique de répression conduite en France peuvent être envisagées, étant entendu que le statu quo ne saurait être une option envisageable, au regard de l'échec du dispositif répressif actuel et de l'indigence des politiques de prévention et de santé publique actuellement en vigueur. La CNCDH entend les présenter successivement, avant de proposer d'en retenir une. Un premier scénario retient la seule dépénalisation et contraventionnalisation de l'usage des drogues. Un deuxième scénario opère une distinction entre le cannabis et les autres produits stupéfiants, l'usage du premier étant décriminalisé, l'usage des autres autres produits étant dépénalisé et contraventionnalisé. Pour ce qui concerne l'offre, les infractions pénales pour l'offre, la cession et le transport de produits stupéfiants sont maintenues pour les produits autres que le cannabis, et pour ce dernier trois solutions sont présentées. Enfin, un troisième scénario repose sur la décriminalisation de l'usage de drogues (quelles qu'elles soient) et la régulation par l'Etat de l'offre de produits stupéfiants. Il convient de souligner ici que, quelle que soit l'alternative retenue, elle ne constitue en aucun cas une réponse unique ou une solution miracle à la problématique des addictions ; elle doit nécessairement s'accompagner d'une politique volontariste forte en matière d'information sur les produits stupéfiants, de prévention des conduites addictives et de prise en charge médico-sociale de la dépendance aux substances psychoactives.

Les scénarios 1 et 2, fondés sur l'idée de dépénalisation s'inspirent des dispositions mises en œuvre au Portugal, qui, avec ses 15 années de recul sur la politique de dépénalisation, est souvent donné en exemple. Le modèle portugais de dépénalisation n'a pas supprimé les peines pour possession de drogue, mais il les a transformées en infractions administratives et non plus pénales, assorties d'obligations de soins. Ce dispositif s'applique à l'utilisation ou à la possession de toutes les drogues illicites, dont le cannabis, l'héroïne et la cocaïne, dans les limites d'une réserve de dix jours de consommation (loi n°30/2000 du 29 novembre 2000). Les personnes arrêtées en possession de drogues illicites sont désormais obligées de suivre une formation dans des structures dédiées appelées *Commissions pour la dissuasion de la toxicomanie* (CDT). Parallèlement, un fort investissement financier a été effectué dans l'accompagnement, le soin et la

prévention. La dépénalisation a réduit la charge de travail pesant sur le système pénal portugais et a permis à la police de recentrer ses actions sur les infractions plus graves, notamment liées au trafic de drogue. En 2010, les principales parties prenantes de cette politique s'accordaient à considérer que l'augmentation du nombre recensé d'usagers dans la population adulte avait été faible ou modérée. Après 2010, les données montrent que la consommation globale de drogue a diminué, et les changements observés depuis la dépénalisation sont globalement positifs (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).

a. Scénario 1 : contraventionnalisation de l'usage de stupéfiants

Dans cette perspective, le premier scénario, s'inspirant du modèle portugais, transforme en contravention les infractions actuellement existantes en matière d'usage¹⁶⁷. Ce processus de dépénalisation permettrait de supprimer les peines privatives de liberté actuellement prévues par les textes pour usage simple de stupéfiants et de renforcer la prise en charge médico-sociale. Dans ce scénario, la contraventionnalisation est en effet conçue comme permettant une prise en charge médico-sociale adaptée, le prononcé d'une amende devant rester exceptionnel, par substitution à la peine d'amende d'une ou plusieurs peines privatives ou restrictives de droits. La contravention de cinquième classe semble alors être une réponse adaptée. En effet, contrairement aux contraventions des autres classes, qui présentent l'inconvénient d'entraîner une répression automatique reposant sur l'acquiescement d'une amende forfaitaire, la contravention de cinquième classe ouvre la possibilité d'élargir la gamme des peines prononcées, depuis la peine privative ou restrictive de droits qui vient se substituer ou s'ajouter à l'amende (articles 131.14, 131.15 et 131.15-1 du code pénal), jusqu'à la possibilité d'une

167. Le Sénat a quant à lui proposé la transformation du délit d'usage de produits stupéfiants en contravention de troisième classe lors de sa première lecture du projet de loi *de modernisation de notre système de santé*. L'amendement a été rejeté par l'Assemblée nationale. La contravention de troisième classe présente l'inconvénient de ne pas permettre le maintien de certains éléments de l'individualisation de la peine comme le traitement de la récidive ou l'orientation sanitaire des consommateurs dépendants.

dispense de peine (article 132-58 alinéa 1er du code pénal). Il conviendrait alors de modifier le code pénal, en insérant un article 131-15-2 prévoyant que pour toute contravention de la cinquième classe sanctionnant l'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants, 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. En effet, dans ce scénario, la dépénalisation de l'usage de drogues ne serait pas assortie d'une régulation de l'offre, la production et le commerce de produits stupéfiant demeurant des infractions pénales.

b. Scénario 2 : décriminalisation de l'usage du cannabis, contraventionnalisation de l'usage des autres produits classés stupéfiants

Le scénario 2 consiste à décriminaliser le seul usage des produits cannabiques – dont la spécificité est pointée par de nombreux rapports et études - l'usage des autres produits stupéfiants étant contraventionnalisé, selon le principe présenté dans le scénario 1. Il s'agirait, dans cette optique, de maintenir un interdit sur la consommation des produits jugés les plus addictogènes, sans toutefois faire encourir à l'usager de drogues le risque de poursuites pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. Quant à la décriminalisation de l'usage du cannabis, elle offrirait l'avantage de réduire la charge imposée aux forces de police et à la justice, une part significative des interpellations, garde-à-vue et condamnations étant liée au simple usage du cannabis. Cette décriminalisation maintiendrait toutefois les incriminations existant actuellement pour des infractions particulières : délits en matière d'infraction au code de la route ou au code du travail.

En matière de production et de commerce de produits cannabiques, trois alternatives peuvent être envisagées dans le cadre de la décriminalisation de

l'usage de cannabis. Une première alternative consiste à maintenir les infractions pénales pour production, importation, cession et offre de cannabis, c'est par exemple l'option retenue par les Pays-Bas. Elle a pour principal inconvénient de laisser perdurer les trafics et réseaux mafieux, et de favoriser la circulation sur le marché clandestin de produits frelatés dont la toxicité et la dangerosité sont supérieures.

Une deuxième alternative, qui s'inspire du modèle espagnol, introduit un fait justificatif pour la production et la cession de produits cannabiques dans le cadre de structures associatives autogérées. En Espagne, la loi punit de peines de prison la culture ou la possession de cannabis quand la finalité est d'en faire le trafic, elle impose en outre des sanctions administratives (amendes) pour possession et consommation dans des lieux publics. Cependant, il est permis de consommer en privé et de produire pour sa propre consommation. Apparus en 2002, les *Cannabis social clubs* (CSC) sont des organisations non commerciales où des consommateurs se réunissent pour cultiver et distribuer leur production personnelle de cannabis. Il en existe aujourd'hui près de 700 en Espagne¹⁶⁸. Les CSC fournissent une alternative au marché noir. Ce modèle interdit l'accès au cannabis pour les mineurs et aux personnes ne résidant pas en Espagne (cela permet de limiter le tourisme de la drogue, évitant ainsi la reproduction du problème rencontré aux Pays-Bas). Les membres des CSC contrôlent l'origine, la qualité et la composition de ce qu'ils consomment. La Fédération des clubs de cannabis (FAC) a mis au point un modèle juridique et gestion pour que les CSC respectent la législation espagnole. La fondation d'un club débute par l'enregistrement de ce dernier au registre des associations et les membres s'accordent sur une convention collective. Le club loue ou achète les terrains, les bâtiments, et tout l'équipement nécessaire pour cultiver et distribuer le cannabis. La quantité cultivée est calculée sur la base d'une prédiction de la consommation de chaque membre. Le soin des plantes est effectué par les membres bénévoles, ou du personnel payé par le club pour les heures de travail et la location des terres. La distribution se fait au sein du club et uniquement auprès des membres. Le cannabis est vendu

168. Le modèle pourrait se développer au Mexique, à la suite de l'arrêt rendu le 4 novembre 2015 par la Cour suprême du Mexique. Cet arrêt autorise l'ouverture premier club de culture de la marijuana (société mexicaine d'autoconsommation responsable et tolérante ou Smart). http://www.lemonde.fr/ameriques/article/2015/11/08/le-mexique-entrouvre-la-voie-a-la-legalisation-de-la-marijuana_4805297_3222.html

à environ la moitié du prix du marché noir et sa consommation est limitée à 2-3 grammes par jour. Au sein de chaque club des cellules d'accueil pour la prévention et les problèmes liés à l'addiction sont proposées.

Enfin, une troisième alternative, qui trouve un certain écho en France¹⁶⁹, vise à ouvrir un accès légal, mais restreint et contrôlé par l'Etat aux produits cannabiques, sur le modèle de ce qui a été mis en place en Uruguay. Le récent rapport du laboratoire d'idées Terra Nova préconise même de confier la vente de cannabis à des détaillants agréés par une autorité de régulation spécialement créée, l'Autorité de Régulation du CAnnabis (ARCA), dans « *le réseau des débitants de tabac, celui des officines pharmaceutiques ou un nouveau réseau de magasins* ». Comme pour le tabac, la commercialisation devrait alors être soumise à une interdiction aux mineurs, des « *avertissements sanitaires et un packaging neutre* », ainsi qu'à « *une interdiction de la consommation dans les lieux à usage collectif et de travail clos et couverts* ». Quant à la production, elle « *pourrait soit se faire par des agriculteurs français autorisés par des licences du ministère de l'agriculture, soit par des entreprises étrangères* », avec un dosage en THC (delta-9-tétrahydrocannabinol) limité.

c. Scénario 3 : décriminalisation de l'usage de stupéfiants et régulation de l'accès aux produits

En dernier lieu, un scénario 3 consiste à décriminaliser l'usage de tous les produits stupéfiants, en raison de la vacuité qu'il y a à distinguer entre les produits consommés. Dans cette perspective, les usagers de drogues ne se verraient plus ni poursuivis, ni sanctionnés, et ne seraient plus considérés comme des délinquants. Cette décriminalisation 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). Décriminaliser l'usage, c'est ainsi se donner plus de chances d'atteindre les consommateurs et

169. Audition de Anne-Yvonne Le Dain, 6 septembre 2016.

D. Vaillant, op. cit., 2011.

P. Kopp ; C. Ben Lakhdar, R. Perez, *Cannabis : réguler le marché pour sortir de l'impasse*, Terra Nova, 19 décembre 2014.

C. Ben Lakhdar, J-M. Costes, *Contrôler le marché légalisé du cannabis en France - l'exemple fondateur de l'ARJEL*, Terra Nova, 4 octobre 2016.

de rendre plus efficaces les programmes de prévention et les dispositifs sanitaires et sociaux, actuellement inaudibles en raison du primat de l'interdit pénal. Cette décriminalisation devrait nécessairement s'accompagner d'un développement des politiques de prévention et d'un renforcement de la prise en charge médico-sociale des conduites addictives ou dépendantes. Ceci aurait également pour avantage de délester d'un fardeau non négligeable l'action des acteurs judiciaires, et de réduire les coûts y afférents.

Faut-il aller plus loin, et non seulement décriminaliser la consommation, mais plus encore réguler l'offre de toutes ou certaines substances actuellement illicites, sur le modèle des produits alcooliques et tabagiques ? En effet, décriminaliser l'usage sans réguler l'accès aux substances a pour effet de laisser entier le problème crucial de la lutte contre les trafics mafieux ainsi que celui de la nocivité supplémentaire de produits frelatés. Pour certains, la décriminalisation de l'usage doit s'accompagner d'une réflexion sur la régulation des marchés des produits licites et illicites et sur les mesures à mettre en œuvre. Différentes voix se sont élevées en ce sens. Sur la scène internationale, la *Global Commission on Drug Policy*, composée de nombreux anciens chefs d'État et personnalités internationales de premier plan, souligne qu'un monde sans drogue n'est pas un objectif réaliste et qu'il convient d'organiser de façon rationnelle leur distribution pour éviter les trafics meurtriers¹⁷⁰. En France, la charte de la Fédération addiction Pour une autre *politique des addictions*¹⁷¹ souligne que l'objectif d'une nouvelle politique devrait être de réguler les usages de toutes les drogues (et des comportements comportant un risque potentiel d'addiction), afin d'en réduire les dommages sur le bien-être de chacun et de tous. Dans cette optique, réguler signifie rechercher les moyens politiques et juridiques les plus appropriés pour permettre aux individus et à la société de limiter les dommages liées à l'usage de substances, sans prétendre éradiquer ces substances, ni exclure des mesures très restrictives selon les cas. Réguler c'est aussi permettre de réduire à long terme les effets délétères du marché illicite et des activités criminelles liées au trafic.

170. Global Commission on Drug Policy, *Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues*, septembre 2014

171. Fédération addiction, *Pour une autre politique des addictions*, juillet 2012 :

<http://www.federationaddiction.fr/pour-une-autre-politique-des-addictions-signe-la-charte/>

Cette perspective, si elle était retenue, consisterait à ouvrir un accès légal aux produits stupéfiants, fortement règlementé par l'Etat. Le cannabis en particulier deviendrait un bien marchand comme l'alcool et le tabac, mais il ferait l'objet d'un monopole public, ce qui a pour vertu de permettre le contrôle de l'Etat sur le réseau de distribution, les prix et sur la qualité des produits. Afin d'assécher le marché noir et le trafic, générateurs de violences, il pourrait être envisagé dans un premier de fixer le prix du cannabis sur ce nouveau marché légal à un niveau comparable à celui du marché noir¹⁷². Le prix pourrait ensuite augmenter progressivement afin de réduire la prévalence. De manière générale, la légalisation permettrait surtout de mieux accompagner les populations à risques en allouant des ressources conséquentes (issues des taxes prélevées sur la vente) à la prévention et à la prise en charge des suites addictives. Elle assurerait un meilleur contrôle du niveau général de la consommation de cannabis en agissant sur les prix d'acquisition, plutôt que sur une répression inopérante. C'est cette approche fondée sur la prévention et une majoration des prix, qui a permis de réduire significativement le tabagisme en France (le cannabis présentant par ailleurs l'avantage sur le tabac de ne pas avoir fait l'objet de pratiques commerciales et marketing agressives incitant à la consommation...). C'est ce que recommandent quelques récents rapports¹⁷³, et notamment le rapport du laboratoire d'idées Terra Nova, ou certaines associations françaises¹⁷⁴.

Un tel scénario pourrait s'inspirer de ce qui a été mis en place en Uruguay. Depuis 1974, la consommation de tous les stupéfiants est décriminalisée tant qu'elle ne trouble pas l'ordre public, et depuis 2012 l'Uruguay a fait le pari qu'un contrôle de l'État est le seul moyen susceptible de lutter efficacement contre les acteurs illicites du trafic, en prenant le contrôle et en tentant de reléguer les barons

172. 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, cela permet d'assécher les filières clandestines.

173. Audition de Anne-Yvonne Le Dain, 6 septembre 2016.

D. Vaillant, op. cit., 2011.

P. Kopp ; C. Ben Lakhdar, R. Perez, Cannabis : réguler le marché pour sortir de l'impasse, Terra Nova, 19 décembre 2014.

C. Ben Lakhdar, J-M. Costes, Contrôler le marché légalisé du cannabis en France - l'exemple fondateur de l'ARJEL, Terra Nova, 4 octobre 2016.

174. Voir notamment, audition de Fabrice Olivet et Georges Lachaze, ASUD, 13 mai 2016 ; audition de Jean-Pierre Lhomme et Olivier Maguet, Médecins du Monde, 30 mai 2016 ; audition de Nathalie Latour, Fédération addiction, 30 mai 2016.

de la drogue en arrière-plan. La stratégie poursuivie par l'Uruguay dans le cadre du contrôle et de la régulation du marché du cannabis se décline en quatre axes : le renforcement du système de santé en matière de traitement et de réduction des risques des consommateurs de drogues ; la promotion de l'État en tant que promoteur de la paix et de réduction des violences ; le renforcement de la lutte contre le trafic illicite de drogues, d'armes et le blanchiment d'argent ; la mise en œuvre d'une politique de régulation de la production et de la vente de cannabis : les Uruguayens peuvent faire pousser jusqu'à six plants de cannabis par foyer ou en acheter jusqu'à 40 grammes par mois, par personne, dans un club ou une pharmacie, sous la supervision du gouvernement.

La plupart des rapports soutenant l'idée de régulation contrôlée des stupéfiants distinguent le cannabis des autres substances psychoactives. Mais pour ces dernières, comme l'héroïne ou la cocaïne ou les drogues de synthèse, une réglementation très stricte pourrait être envisagée, les produits ne seraient délivrés que sur prescription et dans des réseaux de distribution spécifiques. La prescription médicale d'héroïne existe par exemple en Grande-Bretagne ou en Suisse¹⁷⁵. Les évaluations des dispositifs tendent à montrer que la prescription

175. Voir 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'Ile-de-France, 16 novembre 2000.

Grande Bretagne

La prescription d'héroïne et de morphine injectable existe en Grande-Bretagne depuis 1920, si elle 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 3 ans par le ministère de l'Intérieur avec accord de celui de la Santé (en pratique, seuls les psychiatres rattachés aux centres de traitement de la toxicomanie du National Health Service en bénéficient). Il n'existe pas de politique nationale, pas de protocoles de traitement, pas de consensus sur les critères d'admissibilité des patients, ni de limite légale au nombre de doses à rapporter chez soi, ou de dose limite légale de prescription. L'héroïne est délivrée par des pharmacies de quartier (avec des tampons et de l'eau) pour être administrée chez soi sans surveillance. La plupart des usagers vont la chercher tous les jours à la pharmacie. L'héroïne est prescrite sous forme de poudre sèche en ampoule de 10, 30 et 100mg pour l'injection intraveineuse. Elle est également disponible sous forme de comprimés, de cigarettes imprégnées d'héroïne, ou en solution. La fourchette des doses prescrites se situe entre 10mg et 1000 mg/jour.

Suisse

L'expérience suisse est plus règlementée. Le premier PEPS (Programme expérimental de prescription de stupéfiants) a ouvert à Genève en septembre 1995 avec une équipe multidisciplinaire (1 psychiatre à plein temps, 1 interniste et 1 assistante sociale à mi-temps et 6 infirmiers pour encadrer 40 à 50 personnes). Il est ouvert 7 jours sur 7, 3 fois par jour. Les patients, qui injectent seuls ou avec l'aide d'un infirmier, viennent sur place prendre leur prescription. L'héroïne est aussi fournie sous forme de comprimés oraux et les patients peuvent demander de la méthadone pour la journée, le week-end ou les vacances. La prise en charge est très individualisée. La Suisse compte désormais 16 centres de prescription d'héroïne, qui fonctionnent de manière très différente. Ils peuvent être publics et universitaires (comme le PEPS de Genève), dépendre d'une association, être indépendants, intégrés à un centre de maintenance méthadone,

médicalisée d'héroïne améliore la santé physique, psychologique et sociale des utilisateurs, et diminue l'activité criminelle et la consommation d'héroïne illicite. La prescription d'héroïne permet en outre d'offrir aux patients des services psychosociaux associés et de les suivre régulièrement. Les partisans de la régulation pensent 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 aboutir, à long terme, à une amélioration globale des résultats. Ils insistent sur le fait que l'évolution doit être progressive et que ses effets sur la société doivent faire l'objet d'un suivi rigoureux¹⁷⁶.

Néanmoins, si ce scénario était retenu, des dispositifs particuliers devraient viser les mineurs. En effet, compte-tenu de la particulière vulnérabilité des enfants et des adolescents à la neurotoxicité des substances psychoactives en général¹⁷⁷, le législateur devra s'attacher à protéger les mineurs en édictant des règles spécifiques de protection :

- interdiction de la vente de produits stupéfiants aux mineurs (comme pour l'alcool et le tabac) ;
- pénalisation de l'incitation directe d'un mineur à faire usage de stupéfiants.

Par ailleurs, tout mineur identifié comme usager de produits stupéfiants devra pouvoir bénéficier d'un accompagnement spécifique, consistant *a minima* en une consultation jeune consommateur (CJC) gratuite. Au cours de cette consultation, il pourra bénéficier d'une information sur la dangerosité des produits psychoactifs et sur les conduites addictives, et faire le point sur ses propres conduites ; une aide ou une prise en charge plus complète pourra lui être proposée.

L'hypothèse de simplement contraventionnaliser l'usage de toutes les drogues a massivement été rejeté par la CNCDH. La décriminalisation ou sortie du champ

voire même se dérouler en prison.

176. Voir notamment Steve Rolles, responsable de l'analyse des politiques des drogues à la Transform Drug Policy Foundation.

177. Le cerveau de l'adolescent est plus vulnérable aux substances psychoactives que le cerveau de l'adulte, car il présente la particularité d'être dans un état de transition vers l'état adulte. Les processus de maturation cérébrale (qui se poursuivent jusqu'à environ 25 ans) entraînent une vulnérabilité exacerbée de l'adolescent. Une zone du cerveau, le cortex préfrontal, qui permet la prise de décision, l'adaptation du comportement à la situation, est plus particulièrement concernée par cette maturation à l'adolescence. Quel que soit le produit considéré, la précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans la consommation accroît les risques de dépendance ultérieure et plus généralement de dommages subséquents.

pénal de tous les usages de drogues a suscité une forte adhésion parmi les membres de la Commission, mais c'est le scénario 2 qui a emporté le soutien d'une majorité de membres de la CNCDH. La décriminalisation de l'usage du cannabis, ou sa sortie du champ pénal, et la mise en place d'un contrôle des circuits d'approvisionnement, constitue une réponse pragmatique à une réalité sociale. Parallèlement, la dépénalisation de l'usage des autres drogues par la contraventionnalisation présente le mérite de rendre impossible la privation de liberté pour simple usage, tout en maintenant, et en permettant le renforcement de la dissuasion. En ce sens, il permet de réconcilier durablement des principes que la loi actuelle oppose artificiellement : protection de la santé publique et garantie de liberté individuelle. La CNCDH invite à l'organisation d'une vaste conférence de consensus, associant experts, société civile organisée, responsables politiques et usagers pour présenter cette modification législative importante, en discuter les modalités et en renforcer l'acceptabilité sociale. La mise en œuvre de cette politique de décriminalisation/dépénalisation, parce qu'elle s'accompagne d'un renforcement de la politique de prévention et de soins, entraînerait un transfert de responsabilité du judiciaire vers les autorités sanitaires et la société toute entière. C'est d'ailleurs un mouvement en marche et qui justifie cette décriminalisation/dépénalisation. En mettant ainsi le droit français en phase avec la réalité sociale, le législateur ferait preuve de pragmatisme. La recherche de solutions apaisées et responsables permettrait ainsi de « réduire les passions et les craintes que les drogues suscitent pour en faire un objet politique normal »¹⁷⁸.

178. Alain Ehrenberg, « *Drogues : qu'interdit-on ? Qui soigne-t-on ? Que punit-on ?* », in *Le Monde*, 30 septembre 1997

ANNEXE 1

SYNTHESE DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA CNCDH

Recommandation n°1 : la CNCDH recommande d'intégrer le concept d'addiction dans le code de la santé publique afin d'afficher clairement la priorité de la société à lutter contre les addictions. Une telle réforme suppose tout d'abord de définir la notion d'addiction dans la loi, afin de pouvoir apporter une réponse d'ensemble, et ensuite de revoir l'architecture de la 3ème partie du code de la santé publique pour distinguer clairement les maladies des dépendances (ce que ne fait pas actuellement le code). Il conviendrait également de renoncer à la distinction par produits à laquelle le code procède actuellement. Il serait ainsi plus pertinent d'organiser le code autour des différents comportements pris en charge, problématiques ou non, et des différents axes des politiques publiques : prévention et lutte contre la publicité », accompagnement sanitaire et social...

Recommandation n°2 : la CNCDH recommande de « sortir » du code de la santé publique les dispositions d'ordre pénal. Dans un but d'intelligibilité de la loi pénale, et afin de renforcer la cohérence du message législatif que le code de la santé publique véhicule, la CNCDH recommande que les comportements érigés en infractions dans un but de protection de la santé soient regroupés dans un titre spécifique du code pénal et non pas essaimés au sein du code de la santé publique.

Recommandation n°3 : la CNCDH recommande de définir clairement une politique globale de lutte contre les addictions, afin de mettre en place les conditions d'une véritable politique de prévention. Il convient de mettre à disposition du grand public toutes les connaissances disponibles et validées scientifiquement sur les produits psychoactifs et leur dangerosité, et de constituer ainsi un socle commun de connaissances transversal aux générations, aux milieux sociaux, culturels et professionnels.

Recommandation n°4 : la CNCDH invite les autorités publiques à définir les objectifs de la prévention, en prenant acte de la réalité des consommations et des

différents usages (occasionnel, régulier, à risque, nocif) ; l'objectif de la prévention ne pouvant pas être uniquement de prévenir l'usage, mais aussi de prévenir le passage d'un usage occasionnel à un usage nocif.

Recommandation n°5 : la CNCDH encourage les autorités publiques à faire de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA) une véritable structure de recensement et d'évaluation des actions de lutte contre les conduites addictives. A ce titre, la CNCDH recommande que, dans un premier temps, la CIPCA :

- effectue un recensement actualisé des interventions pratiquées dans différents milieux (avec une priorité pour le milieu scolaire), afin de disposer d'un état des lieux consolidé ;
- entreprenne l'évaluation scientifique des grands programmes de prévention dispensés par les principaux acteurs : Mildeca, police, gendarmerie, associations, agences régionales de sante (ARS).

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.

Recommandation n°6 : afin d'assurer la cohérence de la politique de prévention et des actions mises en œuvre, la CNCDH recommande de soigneusement identifier les rôles des différentes autorités publiques et de définir la coordination de leurs actions (Mildeca, CIPCA, Agence de santé publique...).

Recommandation n°7 : la CNCDH recommande 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 (par exemple : retarder l'âge de la première expérimentation). A ce titre, elle invite à renforcer la coordination entre les différents acteurs intervenant dans une même action (autorités nationales, régionales, société civile...).

Recommandation n°8 : la CNCDH recommande 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.

Recommandation n°9 : 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.

Recommandation n°10 : la CNCDH recommande 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.

Recommandation n°11 : 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 recommande 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 oeuvre des programmes de prévention en milieu scolaire, la CNCDH recommande de s'appuyer sur les programmes qui ont fait leur preuve 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 adapté à chaque niveau. La CNCDH recommande par ailleurs le développement de la prévention par les pairs.

Recommandation n°12 : la CNCDH recommande 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, assistant.e.s de service social, éducateurs, animateurs, etc.).

Recommandation n°13 : 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 recommande d'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...) pourraient être mis en place.

Recommandation n°14: pour le milieu professionnel, le CNCDH recommande - 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.

Recommandation n°15 : 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.

Recommandation n°16 : afin de pallier les carences que connaît actuellement la formation des professionnels de santé, la CNCDH recommande 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 ;
- et favoriser la validation des acquis de l'expérience en addictologie.

Recommandation n°17 : 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-psycho-sociaux 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 primo-prescription de méthadone en médecine de ville.

Recommandatio n°18 : la CNCDH invite à renforcer la politique de prévention concernant la prise en charge spécifique des femmes enceintes et mères toxicomanes. Elle recommande 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.

Recommandation n°19 : 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, préconise de planifier le maillage territorial à partir d'un schéma régional d'addictologie inclus dans les plan régionaux de santé.

Recommandation n°20 : la CNCDH recommande de développer l'offre de soins résidentiels, afin de répondre pleinement aux besoins des usagers dépendants.

Recommandation n°21 : 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.

Recommandation n°22 : la CNCDH recommande le 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 qui 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.

Recommandation n°23 : 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 primo-prescription 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).

Recommandation n°24 : la CNCDH invite les autorités à 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...

Recommandation n°25 : 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.

Recommandation n°26 : la CNCDH recommande 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.

Recommandation n°27 : 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.

Recommandation n°28 : 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.

Recommandation n°29 : 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. Cela suppose :

- 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, 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 tous les options possibles ».

Recommandation n°30 : 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 recommande la transformation du délit d'usage en contravention de cinquième classe. En complément, elle recommande de modifier le code pénal, en insérant un article 131-15-2 prévoyant que pour toute contravention de la cinquième classe sanctionnant l'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants (hors cannabis), 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.

Recommandation n°31 : la CNCDH invite à l'organisation d'une vaste conférence de consensus, associant experts, société civile organisée, responsables politiques et usagers pour présenter cette modification législative importante, en discuter les modalités et en renforcer l'acceptabilité sociale.

ANNEXE 2

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES

Monsieur François Beck, directeur de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), et **Madame Ivana Obradovic**, directrice adjointe de l'OFDT et sociologue, chercheure associée au Centre de recherche sociologique sur le droit et les institutions pénales (CESDIP) (12 mai 2016).

Docteur Xavier Emmanuelli, fondateur du SAMU social de Paris, président fondateur du SAMU social international, membre de la CNCDH en tant que personnalité qualifiée (12 mai 2016).

Professeur Antoine Lazarus, professeur émérite de santé publique et de médecine sociale à l'université Paris XIII (12 mai 2016).

Monsieur Fabrice Olivet, directeur de l'association Auto-support des usagers de drogues (ASUD), et **Monsieur Georges Lachaze**, chargé de mission à l'ASUD et coordinateur de l'Observatoire du droit des usagers (ODU) (13 mai 2016).

Madame Nathalie Latour, déléguée générale de la Fédération addiction (30 mai 2016).

Docteur Jean-Pierre Lhomme, médecin, praticien attaché à l'hôpital Marmottan, membre du conseil d'administration de Médecins du Monde et du comité de pilotage de la RdRD, et **Monsieur Olivier Maguet**, cadre administratif de Médecins du Monde (30 mai 2016).

Madame Marie Jauffret-Roustide, chargée de recherche, Inserm (30 mai 2016).

Madame Danièle Jourdain Menninger, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) (7 juin 2016).

Madame Michèle Ramis, ambassadrice chargée de la lutte contre la criminalité organisée, et **Madame Patrizianna Sparacino-Thiellay**, ambassadrice pour les

droits de l'homme (7 juin 2016).

Monsieur Etienne Apaire, inspecteur général adjoint des services du ministère de la Justice et ancien président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) (7 juin 2016).

Monsieur Clément Vivès, commissaire de police, Direction générale de la police nationale (DGPN), chef de la mission de lutte anti-drogue (16 juin 2013).

Madame Virginie Gautron, maître de conférences en droit pénal, Université de Nantes (16 juin 2013).

Madame Corinne Goetzmann, magistrate à la 13e chambre correctionnelle du tribunal de grande instance de Bobigny, et **Monsieur Jean-Cedric Gaux**, magistrat et vice procureur au tribunal de grande instance de Bobigny et chef de la Division des affaires criminelles et de la délinquance organisée (Dacrido) (6 septembre 2016).

Madame Anne-Yvonne Le Dain, députée, rapporteure des rapports d'information sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites (Assemblée nationale 2014 et 2015) (6 septembre 2016).

ANNEXE 3 GLOSSAIRE

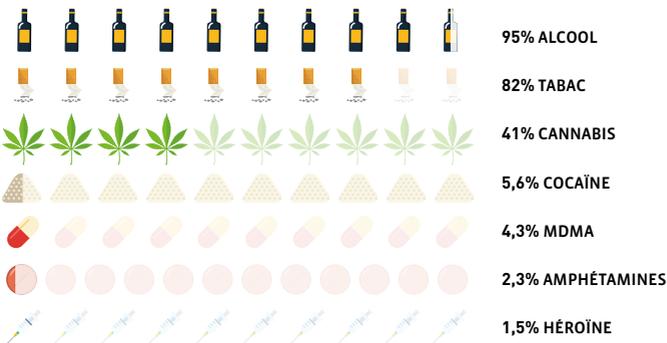
AFR	Association française pour la réduction des risques
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CDT	Commissions pour la dissuasion de la toxicomanie
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CIPCA	Commission interministérielle de prévention des conduites addictives
CJC	Consultations jeunes consommateurs
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CND	Commission des stupéfiants (<i>Commission on Narcotic Drugs</i>)
CPS	Compétences psychosociales
CSAPA	Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSC	<i>Cannabis social club</i>
CTR	Centre thérapeutiques résidentiels
DACG	Direction des Affaires criminelles et des Grâces
DPT	Document de politique transversale
ELSA	Equipes de liaison et de soin en addictologie
ESPAD	<i>European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i>
FAC	Fédération des clubs de cannabis
GIP Adalis	Groupement d'intérêt public Addictions Drogues Alcool Info Service
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INFPN	Institut national de formation de la police nationale
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IT	Injonction thérapeutique
Midelca	Mission permanente de lutte contre la toxicomanie
MILDT	Mission permanente de lutte contre la toxicomanie
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
CFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OICS	Organe international de contrôle de stupéfiants
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations unies
ONUDC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies contre le VIH/SIDA
OPBTP	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
RdR - RdRD	Réduction des risques - Réduction des risques et des dommages
SCMR	Salles de consommation à moindre risque
SDF	Sans domicile fixe
SMPR	Service médico-psychologique régional
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoire
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on Drugs

PRODUITS PSYCHOACTIFS : DE NOMBREUX USAGES

— PRODUITS PSYCHOACTIFS : DES EXPÉRIMENTATIONS DIVERSES —

PROPORTIONS DE FRANÇAIS AYANT DÉJÀ EXPÉRIMENTÉ ⁽¹⁾



— PLUS DE CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES POUR LE TABAC ET L'ALCOOL —

NOMBRE DE CONSOMMATEURS RÉGULIERS ET QUOTIDIENS ⁽²⁾



— LES FRANÇAIS, PLUS CONSOMMATEURS DE CANNABIS QUE LEUR VOISINS —

PROPORTION DE CONSOMMATEURS DE CANNABIS DANS LA POPULATION ⁽⁴⁾



USAGES DE DROGUES ET DROITS DE L'HOMME, avis de la CNCDH du 8 novembre 2016

1. OFDT, LES NIVEAUX D'USAGE DE DROGUES EN FRANCE EN 2014
2. EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2016

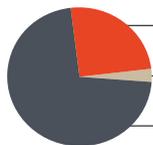
UNE PRÉVENTION DES ADDICTIONS DÉFAILLANTE

LA PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES, UN PETIT BUDGET



1 166
MILLIARDS

BUDGET DE LA LUTTE CONTRE LES DROGUES ET TOXICOMANIE⁽¹⁾



25% PRÉVENTION

TOUTES ADDICTIONS
(ALCOOL & TABAC INCLUS)

3% PILOTAGE

PROGRAMMES TRANSVERSAUX
(DONT MILDECA)

72% RÉPRESSION

LUTTE CONTRE LES INFRACTIONS À LA
LÉGISLATION SUR LES STUPEFIANTS⁽²⁾



1/3

DES INJONCTIONS
DE SOIN NE SONT
PAS EXÉCUTÉES

FAUTE DE PROFESSIONNELS QUALIFIÉS⁽³⁾

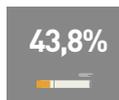
JEUNES : BEAUCOUP DE CONSOMMATION, PEU DE PRÉVENTION

16%

ONT BÉNÉFICIÉ D'UNE SÉANCE
DE PRÉVENTION ADDICTION
DANS L'ANNÉE
(ÉLÈVES DU SECONDAIRE)⁽⁴⁾



ONT CONSOMMÉ
DE L'ALCOOL
DANS LE MOIS
(JEUNES DE 17 ANS)⁽⁴⁾



ONT FUMÉ
DES CIGARETTES
DANS LE MOIS
(JEUNES DE 17 ANS)⁽⁴⁾

25,5%

ONT CONSOMMÉ
DU CANNABIS
DANS LE MOIS
(JEUNES DE 17 ANS)⁽⁴⁾

USAGERS DE DROGUES : DES RISQUES DE TRANSMISSION TOUJOURS ÉLEVÉS



10%

DES USAGERS DE DROGUES (HORS CANNABIS) SONT SÉROPOSITIFS AU VIH⁽⁵⁾



44%

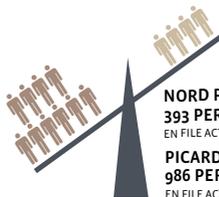
DES USAGERS DE DROGUES (HORS CANNABIS) ONT UNE HÉPATITE C⁽⁵⁾

ACCÈS AUX SOINS : UNE GRANDE INÉGALITÉ ENTRE LES TERRITOIRES



17 DÉPARTEMENTS
N'ONT PAS DE MÉDECIN
COORDONNATEUR DE SOIN⁽⁶⁾

8 DÉPARTEMENTS
N'ONT PAS DE CAARUD
CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT
À LA RÉDUCTION DES RISQUES⁽⁶⁾



NORD PAS DE CALAIS
393 PERSONNES
EN FILE ACTIVE PAR STRUCTURE⁽⁶⁾

PICARDIE
986 PERSONNES
EN FILE ACTIVE PAR STRUCTURE⁽⁶⁾

Graphisme : Laureline Cheneval - Fotom - www.fotom.com

USAGES DE DROGUES ET DROITS DE L'HOMME, avis de la CNCDH du 8 novembre 2016

1. « POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET TOXICOMANIE » DOCUMENT DE POLITIQUE TRANSVERSALE (DPT) ANNEXE AU PROJET DE LOI DES FINANCES 2015
2. LOI DE PROGRAMMATION 2022
3. CMUTATARI, RELIONPRELID 2022 ACTIONS DE PREVENTION DES USAGES DE DROGUES ILLICITES ET LICITES EN RHÔNE-ALPES, OFDT, 2022
4. S. PÉLKA, O. LE NEZET, M. HIGANTCHA, F. BECK, LES DROGUES À 17 ANS - ANALYSE DE L'ENQUÊTE ESCAPAD 2014, OFDT, MAI 2015
5. ENQUÊTES COUVELICOP 2014 ET 2019
6. A. CADET-TAÏROU, S. DAMBÉLÉ, LES CAARUD EN 2010, ANALYSE DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ ANNUELLES STANDARDISÉES ASA-CAARUD, OFDT, AVRIL 2014.

UN DISPOSITIF PÉNAL SOURCE DE DISCRIMINATIONS

UNE RÉPONSE PÉNALE MASSIVE⁽¹⁾



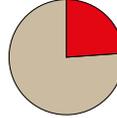
200 000
INTERPELLATIONS
POUR INFRACTION À LA
LÉGISLATION SUR LES
STUPEFIANTS EN 2013



+ 90%
D'INTERPELLATIONS
ENTRE 2000 ET 2013



97%
DE RÉPONSES PÉNALES
SUITE AUX INTERPELLATIONS



24%
DES POURSUITES PÉNALES
TRAITÉES DES AFFAIRES LIÉES
AUX INFRACTIONS À LA
LÉGISLATION SUR LES
STUPEFIANTS EN 2014

DE LA PRISON FERME POUR USAGE SIMPLE



ENVIRON
3 800
PERSONNES
SONT CONDAMNÉES
CHAQUE ANNÉE
POUR USAGE SIMPLE⁽²⁾



SOIT
5%
DES ENTRANTS
EN PRISON⁽³⁾



ILS PURGENT
UNE PEINE
DE 5 MOIS
EN MOYENNE⁽⁴⁾

DES RISQUES D'INTERPELLATION INÉGALITAIRES⁽⁵⁾



PARIS (INTRAMUROS)

5,0% USAGERS RÉGULIERS
2,6% USAGERS INTERPELLÉS

BANLIEUE (HORS ESSONNE)

17,0% USAGERS RÉGULIERS
24,1% USAGERS INTERPELLÉS

EMPLOYÉS USAGERS RÉGULIERS 16,0%
EMPLOYÉS INTERPELLÉS 10,9%

OUVRIERS USAGERS RÉGULIERS 17,0%
OUVRIERS INTERPELLÉS 18,1%

ÉTUDIANTS USAGERS RÉGULIERS 39,0%
ÉTUDIANTS INTERPELLÉS 32,9%

SANS PROFESSION USAGERS RÉGULIERS 5,0%
SANS PROFESSION INTERPELLÉS 33,3%

AUTRES USAGERS RÉGULIERS 23,0%
AUTRES INTERPELLÉS 4,8%

UNE PROCÉDURE PÉNALE DISCRIMINATOIRE⁽⁶⁾

RISQUE DE
DÉTENTION PROVISOIRE
X5 POUR LES
ÉTRANGERS



RISQUE DE
DÉTENTION PROVISOIRE
X6 POUR LES
SDF



RISQUE DE
PRISON FERME
X3.3 POUR LES
TRÈS PAVRES
(MOINS DE 300 EUROS PAR MOIS)



USAGES DE DROGUES ET DROITS DE L'HOMME, avis de la CNCDH du 8 novembre 2016

1. I. OBRADOVIC, « TRENTÉ ANS DE RÉPONSE PÉNALE À L'USAGE DE STUPEFIANTS », IN TENDANCES N° 103, ODPF, OCTOBRE 2015.
2. POSITIONNEMENT DE MÉDECINS DU MONDE SUR LE CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE EN MATIÈRE DE SUBSTANCES CLASSÉES, 13 MAI 2016.
3. P. PERETTI-WATEL ET AL., « USAGERS INTERPELLÉS, USAGERS DÉCLARÉS : LES DEUX VISAGES DU FUMEUR DE CANNABIS », IN DÉVIANCE ET SOCIÉTÉ 2004/3 (VOL. 28), P. 335-352.
4. V. GAUTRON, J.M. REIERS, « DES DESTINÉES JUDICIAIRES PÉNALEMENT ET SOCIALEMENT MARQUÉES », IN J. DANET (COORD.), LA RÉPONSE PÉNALE. DIX ANS DE TRAITEMENT DES DÉLITS, PUR, RENNES, OCTOBRE 2013, P. 211-251.

GARANTIR LES DROITS DES USAGERS DE DROGUE

— CONSIDÉRER L'USAGER DE DROGUES COMME UN CITOYEN À PART ENTIÈRE —



PASSER À UNE APPROCHE DE LA TOXICOMANIE FONDÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME



CONSIDÉRER LES USAGERS DE DROGUES COMME DES CITOYENS ET NON DES DÉLINQUANTS



METTRE FIN AUX PEINES DE PRISON POUR USAGE DE DROGUE



DÉCRIMINALISATION DE L'USAGE DU CANNABIS

— DÉVELOPPER UNE RÉELLE POLITIQUE DE PRÉVENTION —



MOBILISER LES MOYENS FINANCIERS POUR LA PRÉVENTION PLUTÔT QUE LA RÉPRESSION



INTÉGRER LE CONCEPT D'ADDICTION DANS LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



DÉFINIR LES OBJECTIFS DE LA PRÉVENTION, EN SE BASANT SUR LES DIFFÉRENTS USAGES (OCCASIONNEL, RÉGULIER, À RISQUE, NOCIF)



DÉVELOPPER DES ACTIONS DE PRÉVENTION DANS TOUS LES MILIEUX ET POUR TOUS LES PUBLICS

— GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES USAGERS DE DROGUES —



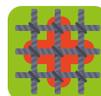
RENFORCER LA FORMATION MÉDICALE, INITIALE ET CONTINUE



RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE DES STRUCTURES DE SOINS



DÉVELOPPER LES PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES



DÉVELOPPER LES SOINS DES ADDICTIONS EN MILIEU CARCÉRAL

— ŒUVRER POUR LE RESPECT DES DROITS HUMAINS À L'INTERNATIONAL —



DEMANDER L'ABROGATION DES DISPOSITIONS INCITANT LES ÉTATS À SANCTIONNER LES USAGERS DE DROGUE



SOUTENIR UNE RÉFORME DE L'OCS POUR GARANTIR À TOUS UN ACCÈS AUX MÉDICAMENTS ANTI-DOULEURS



METTRE FIN AU TRAFFIC EN OUVRANT UN MARCHÉ LÉGAL POUR LE CANNABIS, RÉGULÉ PAR L'ÉTAT

Graphisme : J'ai écrit, Chemel - Pictos - www.illustron.com

Créée en 1947 sous l'impulsion de René Cassin, **la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)** est l'Institution nationale de promotion et de protection des droits de l'homme française, accréditée de statut A par les Nations unies.

L'action de la CNCDH s'inscrit dans une quadruple mission :

- Conseiller les pouvoirs publics en matière de droits de l'homme ;
- Contrôler l'effectivité des engagements de la France en matière de droits de l'homme et de droit international humanitaire ;
- Assurer un suivi de la mise en oeuvre par la France des recommandations formulées par les comités de suivi internationaux et régionaux ;
- Sensibiliser et éduquer aux droits de l'homme.

L'indépendance de la CNCDH est consacrée par la loi. Son fonctionnement s'appuie sur le principe du pluralisme des idées. Ainsi, seule institution assurant un dialogue continu entre la société civile et les experts français en matière de droits de l'homme, elle est composée de 64 personnalités qualifiées et représentants d'organisations non gouvernementales issues de la société civile.

La CNCDH est le rapporteur national indépendant sur la lutte contre toutes les formes de racisme depuis 1990, et sur la lutte contre la traite et l'exploitation des êtres humains depuis 2014. Elle est l'évaluateur de nombreux plans nationaux d'action.

