

2008-2009 Université Paris 8

C.S.A.P.A.

(Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) :

Utopies

d'une dépenalisation des usages de drogues ?

Présenté par Gérard de Gardéazabal

Master 2 Droit de la santé : Droit de la gestion des établissements de santé, sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Directeur de mémoire :

A. LUNEL

Remerciements

Nous voulons ici remercier toute l'équipe de Paris 8 pour la qualité de son accueil (notamment Mme Samia Zenadji) et de ses enseignements (notamment Mr Lunel qui a accepté d'être le Directeur de mémoire du présent travail).

Nous voulons remercier aussi les équipes et publics de la Fratrie (notamment son directeur Mr Gérard Muller) pour la qualité de leur accueil et de leurs enseignements.

Nous voulons remercier encore les équipes et publics des CSST, CCAA et/ou CSAPA des Hauts de Seine, les représentants de la DDASS des Hauts de Seine et de la DRASSIF.

Nous voulons enfin remercier notre famille qui a supporté une fois de plus que nous nous désolidarisons largement des vicissitudes du quotidien familial afin que nous puissions réaliser et formaliser le présent travail.

GLOSSAIRE

- AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé**
- AFSSET : Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail**
- AHI : Accueil hébergement insertion**
- APA : Allocation personnalisée d'autonomie**
- AMM : Autorisation de mise sur le marché**
- ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé**
- ANITEA : Association national des intervenants en toxicomanie et addictologie**
- ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie**
- ANR : Agence nationale de la recherche**
- ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites**
- ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
- ARS : Agence régionale de santé**
- ASE : Aide Sociale à l'enfance**
- ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation**
- CAARRUD : Centre d'accueil et d'accompagnement de la réduction des risques pour usagers de drogues**
- CAF : Caisse d'allocations familiales**
- CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie**
- CCLAT : Convention cadre de lutte antitabac**
- CCNE : Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé**
- CESE : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté**
- CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail**
- CIFAD : Centre interministériel de formation antidrogues**
- CNAMTS : Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés**
- CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés**

CNOSS : Comité national de l'organisation sanitaire et sociale

CNR : Centre national de référence

CNSA : Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie

CPO : Convention pluriannuelle d'objectif

CROS : Comité régional de l'organisation sanitaire

CROSM : Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSP : Code de la santé publique

CSST : Centre spécialisé de soins aux toxicomanes

DAF : Dotation annuelle de financement

DATIS : Drogues alcool tabac info service

DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DIV : Délégation interministérielle à la ville

DMP : Dossier médical personnel

DRASS : Direction régionale de l'action sanitaire et sociale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en matière de santé et de solidarité

FIQCS : Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

FMC : Formation médicale continue

FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

FRAD : Formateur relais antidrogue

F3A : Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie

GHD : Groupe horizontal drogue

GHM : Groupements homogènes de malades

GHS : Groupe homogène de séjours

GIE : Groupe d'intérêt économique

GIR : groupement d'intervention régional

GRSP : Groupement régional de santé publique

HAS : Haute autorité de santé

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INCA : Institut national du cancer

INED : Institut national d'études démographiques

INHES : Institut national des hautes études de sécurité

INPES : Institut national de prévention et d'éducation à la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INVS : Institut national de veille sanitaire

IPM : Ivresse publique manifeste

MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

MNCPC : Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques de drogues

NIDA : National Institute of Drug Abuse

ORS: Observatoires régionaux de la santé

OCRTIS: Office central de répression du trafic illicite des stupéfiants

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

ONU : Organisation des Nations unies

ONUDC :Office des Nations unies contre la drogue et le crime

PAEJ : Point accueil et écoute jeune

PEAD : Policier formateur antidrogue

PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique

PJJ : Protection Judiciaire de la jeunesse

PLFSS : Projet de loi de finances pour la Sécurité sociale

PRAPS : Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

RDR : Réduction des risques

SAF : Syndrome d'alcoolisation fœtale

SIG : Service d'information du gouvernement

SINTES : Système d'identification national des toxiques et des substances

SROS : Schéma régional de l'organisation sanitaire

SUMPPS : Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

UE : Union européenne

UCSA : Unité de consultations et de soins ambulatoires

UD : Usagers de drogue

UDAF : Union départementale des associations familiales

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

Introduction	<i>P 9</i>
Première partie: pénalisation des usages de drogues et CSAPA	<i>P 18</i>
<u>A Historique de la pénalisation des usages de drogues</u>	<i>P 19</i>
1/ La notion d'intoxication	<i>P 20</i>
2/ Intoxication et/ou empoisonnement : un peu d'histoire	<i>P 21</i>
3/ La « médicalisation des intoxications »	<i>P 23</i>
4/ Législations, réglementations : vers une pénalisation des usages de drogues	<i>P 25</i>
<u>B La pénalisation des usages de drogues actuellement</u>	<i>P 29</i>
1/ Au regard des énoncés officiels	
2/ Selon des représentants de futurs CSAPA (du 92)	<i>P 40</i>

DEUXIEME PARTIE	<i>P 42</i>
Dépénalisation des usages de drogues et CSAPA	
<u>A Au regard des textes officiels</u>	<i>P44</i>
<u>B Selon des représentants de futurs CSAPA (du 92)</u>	<i>p 57</i>
INDEX	<i>p 59</i>
	<i>p 60</i>
BIBLIOGRAPHIE	<i>p. 61</i>
<u>Sources :</u>	<i>p. 61</i>
<u>Ouvrages généraux</u>	<i>p. 62</i>
<u>Ouvrages spéciaux</u>	<i>p 63</i>
ANNEXES	
Annexe I : Questionnaire...	<i>p. II</i>
Annexe II : Entretiens avec des représentants de CSST...	<i>p. III</i>
Annexe III : Entretiens avec des représentants de CCAA	<i>p. XII</i>
Annexe IV : Entretiens avec des représentants de CSST également CCAA (CSAPA)	<i>P. XVII</i>
Annexe V : C dans l'air : débat	<i>P. XXIV</i>

Le présent développement est inhérent aux Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie¹.

Le Ministre de la Santé R. Bachelot, énonce le 12 juin 2008, à Nîmes, aux journées de l'ANITeA², que les CSAPA : «*Sont le résultat d'un long processus de reconnaissance du concept d'**addictologie**³. Cette notion a notamment émergé de l'observation des modes de consommation et de similitudes de prise en charge de différents types de dépendances.* » Qu'entendre par « **dépendances** » ? Le terme correspond à une conception médicale Il est mis en avant par un comité d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 1964, après que cette dernière ait recommandé en 1963 l'abandon du terme « **toxicomanie** ». Elle avait défini ce dernier en 1952 comme : « *un état d'intoxication périodique ou chronique engendré par la consommation répétée d'une drogue (naturelle ou synthétique); ses caractéristiques étant notamment : 1/ un invincible désir ou besoin (obligation) de continuer à consommer la drogue et se la procurer par tous les moyens ; 2/ une tendance à augmenter les doses ; 3/ une dépendance d'ordre psychique et généralement physique à l'égard des effets de la drogue ; 4/ des effets nuisibles à l'individu et à la société.* »⁴ La notion de dépendance est décomposée en une « **dépendance psychique** » (condition dans laquelle la drogue produit un sentiment de satisfaction et une impulsion psychique qui exige une administration périodique ou continue de la drogue pour produire un plaisir ou éviter un

¹ Désormais CSAPA

² Association nationale des intervenants en toxicomanie et en addictologie.

³ Dans les dictionnaires Littré et Robert, le terme « **addictologie** » ne figure pas. « L'évolution des modes de consommation et la proximité des approches de prise en charge ont fait émerger le concept d'addictologie, comme l'a souligné le rapport RASCAS. Cette évolution des comportements et des concepts a été consacrée par le Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002). Une traduction juridique en a été donnée par la Loi du 2/01/2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui introduit les csapa dans la législation. La querelle des approches dite « globale » et par produit est définitivement dépassée par le plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008(...)Le concept d'addiction s'impose aux professionnels des soins avec le Plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011 qui clôt cette évolution. » in Lemieux C. et Melihan-Cheinin, 2008, « *Les CSAPA, une histoire qui commence* » pp.28-29, in Actal, Les cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie » n°8

⁴ in CALANCA, in BERGERET LEBLANC, 1988.

« D'après nos observations et interprétations les personnes toxicomanes chercheraient à contrôler de façon indépendante leur consommation de drogue, quitte à développer des conduites addictives(...) plus ou moins performantes à minorer de façon dommageable la difficile question de l'**interdépendance**... Ce que nous entendons par interdépendance est une sorte de compromis entre dépendance et indépendance. Cela s'oppose ici à **dépendance** car nous connaissons un grand nombre de dépendances qui ne font pas problème, chez autrui comme chez nous. Ceci s'oppose à **indépendance** car nous connaissons un grand nombre d'indépendances qui elles font problème. Nous voulons parler de situations d'indépendance s'opposant à la constitution de liens suffisants avec autrui qui puissent donner du sens à la coexistence, favoriser plutôt la coopération courtoise voire même chaleureuse que la guerre, froide ou non ». in G. de GARDEAZABAL, 2000, p. 5 « si dans les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes, nous leur (aux personnes toxicomanes) avons apporté des soins par rapport à leur toxicomanie, elles sont en principe remises en position de maîtriser leur consommation de drogue de façon relativement indépendante... », Ibid., 2000, p.122 « Notre théorie est qu'elles ont bien perçu, d'autant plus chez nous, qu'il y avait deux désignations déviantes exposant à encore plus de coût social : celle d'individu ayant perdu la **maîtrise de soi**, et pire encore, celle d'individu ayant tendance au **solipsisme**, ne nourrissant pas suffisamment l'architecture démocratique, la société d'égaux reposant sur des individus critiques et interdépendants ». Ibid, 2000, p. 122. « il serait possible d'alléguer que les personnes ont des difficultés patentes avec les autrui diversifiés, avec l'autrui généralisé et ont tendance à ramener les choses vers l'autrui significatif, celui qui compte, celui de la socialisation primaire ou son substitut : drogues, méthadone, CSST, etc. » Ibid., 2000, p. 122.

état dépressif) et une « **dépendance physique** » (un état d'adaptation qui se manifeste par des troubles physiques intenses quand l'administration de la drogue est suspendue). L'O.M.S. se met donc à définir la toxicomanie comme « la perte de la liberté de s'abstenir du toxique » et recommande d'utiliser plutôt la notion de « **dépendance** » : « état psychique et parfois physique résultant de la prise de produits toxiques, caractérisé par des réactions comportementales et autres, sous-tendues par un besoin compulsif à prendre le produit de façon continue ou périodique afin d'en éprouver les effets psychiques et parfois d'éviter le malaise provoqué par son absence. Il peut ou non y avoir accoutumance. Un sujet peut être dépendant de plus d'une drogue ; sont exclues : l'alcoolomanie ou la dépendance à l'égard du tabac et des boissons caféinées. » (in Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (O.F.D.T.), 1995, p.12). Où est la frontière entre dépendance psychique et dépendance physique ?

Il va être question en 1969 de « **pharmacodépendance** ». L'O.M.S. la définit comme « l'ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques d'intensité variable, dans lesquels l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psycho actives devient hautement prioritaire. Les caractéristiques essentielles sont le désir obsessionnel de se procurer et de prendre la substance en cause et sa recherche permanente. Les facteurs déterminants de la pharmacodépendance et des problèmes qui en découlent peuvent être biologiques, psychologiques ou sociaux, et comportent habituellement une interaction. » (in Alain MOREL, François HERVE et Bernard FONTAINE, 1997, p. 72). Le problème est désormais que cette définition n'intègre pas la nocivité individuelle et sociale de la substance. La nouvelle définition française de la pharmacodépendance, résultant du décret n°99-249 du 31 mars 1999 (J.O., 1° avril, p.4847), tient compte de la dangerosité des produits en distinguant entre la **pharmacodépendance ordinaire** : « susceptible d'aboutir à l'auto administration de ces substances à des doses produisant des modifications physiques ou comportementales qui constituent des problèmes de santé publique » et « **la pharmacodépendance grave ou abus léthal ou susceptible de mettre la vie en danger, ou d'entraîner une invalidité ou une incapacité, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation** », Art. 52191 du Code de la santé publique (in CABALLERO F., 2000, p. 7).

Mme Bachelot poursuit : « La querelle des approches dites « globales », et par produits, semble définitivement dépassée. Bien que l'approche par produit apparaisse plus

opérationnelle pour les politiques de santé publique, le concept d'addiction⁵ s'est imposé aux professionnels avec le lancement du plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011 ». Mme Bachelot précise : « La particularité de la réforme des CSAPA est de créer un noyau de missions communes que ces structures doivent assurer pour toutes les personnes se présentant, quel que soit le produit à l'origine de la demande ». Elle conclut : « Ainsi les CSAPA ne sont plus des structures centrées autour du produit mais autour de la « problématique addiction » de l'usager répondant de façon plus adaptée aux problématiques que vous connaissez tous, telles que les poly-consommations ou encore les transferts d'addiction d'une substance à l'autre chez un même individu. ».

L'addiction, dans la circulaire du 16 mai 2007 du Ministre de la santé et des solidarités, relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie⁶, est dite : « processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ». Cette définition est proche des définitions données par les auteurs de référence dans le domaine :

- en 1988, Jean BERGERET avait notablement mis le terme « addiction » en valeur en l'associant au « paiement d'une dette avec son corps »⁷.

- différemment, Louise NADEAU, professeur de psychologie à Montréal disait qu'en définitive l'« addiction » devait être traduite en français par « assuétude ». C'était la terminologie qu'elle avait utilisée pour titrer et traduire un article du psychologue Stanton PEELE sur cette thématique. D'après ce dernier : « C'est d'une expérience que certains sujets deviennent dépendants, et non d'une substance chimique... Le recours répétitif à la conduite « addictive » aurait une fonction d'évitement de situations anxiogènes, en substituant à

⁵ Le terme « addiction » est défini ainsi :

- dans le dictionnaire Littré : « état de dépendance à une substance ou à une activité nocive pour la santé. L'addiction à l'héroïne... Etymologiquement, il s'agit d'un mot anglais emprunté au latin « addictia » qui renvoie à adjudication, vente »

- dans le dictionnaire Robert : « mot anglais, du bas lat. « addictus » « adonné à » ; relation de dépendance (à une substance, une activité) qui a de graves conséquences sur la santé. « l'impact de toute addiction (alcool, drogue, boulimie, sexe) sur l'individu » (Le Monde, 1997), addiction au tabac. »

⁶ Circulaire N° DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007

⁷ Bergeret Jean, 1988, « Précis de toxicomanie »,

*l'incertitude des relations humaines, le déroulement prévisible d'une séquence comportementale maintes fois vécue*⁸. »

- enfin, GOODMAN a proposé une définition qui garde une certaine autorité, il énonce de l'addiction qu'elle est un « *processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives...* »⁹ »

La définition de l'addiction, énoncée dans la Circulaire du 16 mai 2007 précitée, est complétée ainsi dans le même développement : « Les conduites addictives font intervenir trois types de facteurs qui interagissent : la personne, son environnement et le produit consommé (ou l'objet de la conduite addictive). Ainsi toute intervention visant à modifier ces conduites doit se déployer sur ces trois domaines. »¹⁰

Les CSAPA apparaissent dans l'Art. D. 312-153 du Code de L'Action Sociale et des Familles¹¹ dans lequel il est également question des *centres d'accueil et d'accompagnement à*

⁸ VALLEUR Marc et BUCHER Christian, 1997, « *Le jeu pathologique* », pp. 63-64,

il faut ici souligner l'emploi ici de la terminologie « **conduite addictive** », c'est cette dernière qui au travers son caractère répétitif et aliénant poserait problème. L'addiction, elle, en elle-même ne poserait pas forcément problème. Dans la pratique professionnelle la définition de S. Peele est très pertinente... (Note de l'auteur)

⁹ *L'évaluation de l'addiction serait inhérente aux critères suivants : impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement ; sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement ; plaisir ou soulagement pendant sa durée ; sensation de perte de contrôle pendant le comportement ; et présence d'au moins cinq des neuf critères suivants : préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation ; intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine ; tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement ; temps important consacré à préparer ces épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre ; survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales ; activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement ; perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique ; tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité ; agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement ». Goodman ajoute un sixième critère principal : à savoir le fait que certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue », in VARESCON Isabelle, 2005, « *Psychopathologie des addictions* », p.14*

¹⁰ Ce complément de définition évoque la proposition faisant toujours autorité du Professeur Claude OLIEVENSTEIN concernant la toxicomanie comme étant :

« **La rencontre d'une personnalité, d'un produit et d'un moment socioculturel** »

In C. OLIEVENSTEIN, 1982, « *Le toxicomane et son enfance* »

¹¹ Désormais CASF : « *relevant des catégories d'établissement mentionnées au 9° du I de l'article L.312-1 ils sont régis par les dispositions des articles D. 3411-1 à D. 3411-9 du Code de la Santé Publique*¹¹ ». L'Art L.312-1 dans son 9° énonce que sont notamment des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du CASF, « *les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à*

la réduction des risques pour usagers de drogue¹², des structures dénommées « lits halte soins santé¹³ » et des appartements de coordination thérapeutique¹⁴. L'Article D. 3411-1 du Code de la santé publique liste les activités des CSAPA¹⁵. L'Article D. 3411-2 du CSP précise que « les centres peuvent spécialiser leur activité de prise en charge en direction de personnes consommant des substances psychoactives illicites ou de l'alcool. Dans ce cas, ils ne sont tenus de remplir les missions mentionnées au 2° et au 3° du D.3411-1 que pour les personnes qu'ils prennent en charge, y compris pour leurs consommations associées. »

La Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et des Schémas Régionaux Médico-sociaux d'Addictologie dit que les CSAPA n'avaient pu se mettre en place faute d'une disposition prévoyant leur financement et d'un décret fixant leurs missions. Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale¹⁶ pour 2007, il est désormais prévu que les CSAPA soient financés par l'assurance-maladie. Par ailleurs, le décret du 14 mai 2007 fixe les missions obligatoires et facultatives des CSAPA. Enfin le décret du 24 janvier 2008 complète le décret précité... Les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique). Ils remplacent les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes¹⁷ et les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie¹⁸ en les rassemblant sous un statut juridique commun. Il ne s'agit pas d'une fusion administrative obligatoire de ces établissements. Ainsi, pour tenir compte de l'organisation actuelle du dispositif, jusqu'ici structurée autour de l'alcool d'un côté et des drogues illicites de l'autre, les CSAPA peuvent conserver une spécialisation... Selon la LFSS pour 2007, les gestionnaires des CSST et des CCAA ont un délai de trois ans à compter du 23

des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les CSAPA

¹² Désormais CAARRUD

¹³ Désormais LHSS

¹⁴ Désormais ACT

¹⁵ « Les CSAPA assurent pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psycho actives ainsi que pour leur entourage :

1° l'accueil, l'information, l'évaluation médico- psycho-sociale et l'orientation de la personne et de son entourage ; dans ce cadre, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs ; 2° la réduction des risques associés à la consommation des substances psycho actives ; 3° la prise en charge médicale, psychosociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux, et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Le centre assure le sevrage et son accompagnement, y compris lorsque ce dernier est réalisé en milieu hospitalier, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés ; ils peuvent également prendre en charge des personnes présentant des addictions sans substances. »

¹⁶ Désormais LFSS

¹⁷ Désormais CSST

¹⁸ Désormais CCAA

décembre 2006, date de publication de la LFSS 2007, pour solliciter l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 du CASF, en vue de la transformation de ces établissements en CSAPA. Les CCAA et les CSST ont donc jusqu'au 22 décembre 2009 pour déposer, auprès du préfet de département, un dossier de demande d'autorisation en tant que CSAPA... Aucune structure ne peut désormais être autorisée en tant que CSST ou CCAA... Les CSAPA doivent se mettre en conformité avec la totalité des missions prévues par décret. Une attention particulière devra être portée sur le respect des dispositions prévues par la loi du 2 janvier 2002 quand aux droits des usagers (livrets d'accueil, charte des droits et libertés de la personne accueillie, règlement de fonctionnement, document individuel de prise en charge, participation au conseil de la vie sociale...)... Les CSAPA doivent assurer la prise en charge et la réduction des risques : soit pour toutes les addictions ; soit pour l'alcool ; soit pour les drogues illicites. Quelle que soit la spécialisation du CSAPA, celui-ci doit prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients, y compris le tabac, de préférence directement, soit en lien avec une autre structure.

Les CSAPA tardent à émerger, pourquoi ?

Qu'ils tardent tant à trouver lieu n'indiquerait-il pas qu'il y a du non lieu dans ce concept de CSAPA, autrement dit de l'utopie ?

Ce travail et le présent développement qui en résulte ont été centrés sur les questionnements précités.

Ils l'ont été également sur la question consécutive : de quoi les CSAPA seraient –ils donc les utopies ?

Dans la perspective organisationnelle de type CSAPA, les termes « *toxicomanies* », « *toxicomanes* » disparaissant, cette disparition aurait-elle des liens avec les difficultés d'émergence de ces CSAPA, avec leur apparence utopique ?

Que recouvraient/ recouvrent les termes « toxicomanies, toxicomanes » ?

Nul doute qu'ils recouvrent des complexités certaines. Lesquelles ?

Jusqu'il y a peu, la toxicomanie, notion jeune de plus ou moins un siècle, était pour bonne part une « affaire » d'illégalité, étroitement associée qu'elle était/est aux produits *stupéfiants*, sous classe des *substances vénéneuses* faisant l'objet d'une batterie de sanctions pénales, du moins en France, puisque la Loi du 31 décembre 1970 visait/visait à lutter contre le trafic de substances vénéneuses et la toxicomanie. Les « stupéfiants » sont des produits

figurant dans les listes I et II de la classification « stupéfiants » établies par la Convention unique des Nations Unies de 1961 et complétées par la convention sur les psychotropes de 1971, émanant également de l'Organisation des Nations Unies (désormais O.N.U.). Même si le Droit français ne définit pas la notion de « stupéfiant », la France a ratifié la convention unique de 1961. Dans ces premières approches du concept « toxicomanie », le « toxique » tient une place particulière, notamment lorsqu'il est un « stupéfiant ». Le terme « stupéfiant » a été/est synonyme du terme « drogue », utilisé par le grand public et les médias, en France, même si une tendance s'exprime qui voudrait l'étendre à l'alcool, au tabac, aux boissons caféinées, etc. » (in Gérard de GARDEAZABAL, 2000, p.4) ¹⁹

Dans la Loi de 70, la toxicomanie n'est pas redéfinie mais les notions d'*intoxication-désintoxication* et d'*usage de stupéfiants* reviennent intensément. La toxicomanie ne va pas sans toxiques, sans toxiques dit stupéfiants.

Quid des toxicomanes²⁰ qui disparaissent ?

¹⁹ Les « *drogues* » sont définies comme « *substances psycho actives* » (contrôlées en raison du risque de pharmacodépendance ou d'abus préjudiciable pour le santé /arrêtés du 22.02.1990, 19.07.1995,11.10.1995, articles R-5179 et R-5181 du Code de la Santé). Elles comportent : les « *stupéfiants* » (utilisation fortement déconseillée par l'ONU, pouvant être interdite par les gouvernements, en dehors d'une recherche scientifique ou médicale dûment autorisée par eux/ convention de 1961) ; les « *stupéfiants* » et/ou « *psychotropes* » (utilisation interdite par l'ONU, en dehors de recherches scientifiques très limitées autorisées par cet organisme/convention de 1971), in G. LAGIER, 1996, (p100-111), p.100. Francis CABALLERO s'appuyant sur PELICIER et THUILLIER, 1985, propose la qualification juridique de la drogue par la définition suivante : « *toute substance naturelle ou synthétique susceptible de créer : 1/ un effet psychotrope sur le système nerveux central, 2/ une dépendance physique ou psychique, 3/ un danger sanitaire et social* ». Proche de cela, Nicole MAESTRACCI propose de donner un sens large au mot « drogue » en faisant référence à la notion de toxicité et de potentiel d'abus et de dépendance : « *toute substance psycho active prêtant à une consommation abusive et pouvant entraîner des manifestations de dépendance* » (d'après la définition du dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances de D. RICHARD et J.L. SENON, 1999). Elle continue : « *on a progressivement pris conscience que la manière de consommer, la personnalité, l'histoire et le comportement du consommateur jouaient un rôle central et permettaient notamment d'évaluer le risque encouru. Cette approche fondée sur les comportements, et non exclusivement sur les produits a conduit plusieurs experts et notamment le Pr PARQUET à distinguer l'usage, l'abus ou l'usage nocif et la dépendance* ». (PARQUET P.J., 1997). « *L'expression substance psychoactive désigne un produit qui agit sur le psychisme, entraînant une modification de l'état de conscience et/ou du comportement. Ce néologisme n'a aucune connotation juridique, il concerne aussi bien les produits licites que les produits illicites, contrairement au mot drogue qui a longtemps été synonyme de stupéfiant... Sa construction est relativement récente et (...) ne s'est imposée à l'ensemble de la communauté qu'à la fin des années 1990, à la faveur des rapports rendus par les professeurs ROQUES (Bernard ROQUES (dir), « problèmes posés par la dangerosité des « drogues », rapport au secrétariat d'Etat à la santé, Paris, Odile Jacob – La documentation française, 1998) et PARQUET (Philippe-Jean PARQUET (dir), rapport pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psycho actives, Vanves, CFES, 1997) ainsi que par le plan triennal de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (plan triennal de la MILDT, Paris, La découverte, 2000 qui en a entraîné la traduction politique) ...*

²⁰ « *Le terme « toxicomane » est défini de manière plus pragmatique que théorique. C'est en quelque sorte un élément de l'identité de l'individu relevé par l'institution qui le repère* » O.F.D.T., 1995, p.12. « *De même, nous employons la notion d' « usage de drogues » pour désigner l'ensemble des comportements de consommation de ces substances sans présager de l'intensité et des significations de cette pratique. L'usage regroupe ainsi des situations allant de l'expérimentation à la dépendance et à l'usage nocif. Un qualificatif vient souvent en préciser la nature (usage occasionnel, récréatif, récent, régulier). Cette sémantique tranche singulièrement avec le terme de toxicomane, qui confère à l'usager le statut de délinquant et de malade, qu'il faut surveiller, punir et soigner.* » in PERRETI-WATEL P., BECK F., LEGLEYE S., 2007

Est-ce la disparition de ces labels concepts qui génère des résistances au changement, outre la traditionnelle résistance à tout changement propre à tout système ayant trouvé un équilibre ?

Les CSST, redoutent-ils d'être confrontés à des déperditions dans leur passage en CSAPA ? Si oui, de quel ordre sont-elles ?

Si, comme l'étymologie du terme l'indique, la toxicomanie est considérée comme une manie des toxiques, notamment de produits psychoactifs²¹ illicites faisant l'objet de prohibition et de pénalisation pour ceux qui les manient (autrement dit de stupéfiants), ne serait-il pas possible de dire que ce qui fait frein à la mutation des CSST en CSAPA est que la réforme et ses CSAPA semblent mettre la question des produits psycho actifs illicites, des stupéfiants, à un degré de considération second ? En caricaturant un tant soit peu, afin de mieux saisir les enjeux, ne serait-il pas possible de dire qu'il y a, dans cette volonté publique – ou du moins dans la façon dont elle est exprimée -, une sorte de dépénalisation des usages répétés de stupéfiants puisque ces derniers, sont difficilement dissociables des conduites addictives toxicomaniaques ? Ce type de questionnement a semblé ici digne d'intérêt.

Dépénalisation, pénalisation des usages de stupéfiants, de drogues, quels éléments pour les préciser à l'heure des CSAPA ?

En un premier temps, la pénalisation des usages de drogues, des toxicomanes, sera prise en considération, de points de vue historique et/ou sociologique. Les différents éléments de la réforme pouvant la caractériser seront relevés, analysés et commentés afin de (tenter de) peser la part éventuelle qu'elle continue d'avoir. Les perceptions, à ce propos, d'acteurs directement concernés sur les Hauts de Seine²², voire un peu plus, par cette réforme, seront recherchées et feront l'objet d'une attention particulière.

²¹ La terminologie « produit psycho actif » est ici préférée du fait qu'il n'y a pas psycho activité sans la production des substances et/ou des effets psycho actifs.

²² Ce présent travail étant limité par le temps de son exécution, a été en conséquence limité à l'unité géographique constituée par le département des Hauts de Seine. Il n'y a actuellement aucun CSAPA dans ce dernier. Quels lieux actuels sont prédestinés à devenir CSAPA ? Quid des CSST attendus pour devenir CSAPA ? Comment sont-ils organisés et composés, quelles sont leurs spécificités, comment leurs représentants perçoivent-ils cette obligation de changement ? Enfin qu'en disent les représentants locaux de l'Etat et de l'Assurance Maladie ?

En un deuxième temps, il en ira de même mais autour du poids éventuel de la dépenalisation des usages de drogues, caractérisation totalement inverse de celle précédemment évoquée, relativement au développement des CSAPA.

Les réponses des représentants des CSST actuels, en quoi ressemblent-elles et diffèrent-elles de celles énoncées par les autres acteurs appelés à intervenir dans des CSAPA généralistes. Qu'est ce qui, en la matière est institué et qu'est-ce qui par ailleurs va s'instituant ici ? Comment comprendre au mieux les forces d'attraction et/ou de répulsion à l'œuvre dans ce contexte et dégager des éléments de compréhension utiles à une meilleure prise en charge sanitaire et sociale des conduites addictives, notamment toxicomaniaques, à la faveur des personnes, de leur entourage et de la société dans son ensemble ?

Le lecteur aura, ainsi, au bout du compte, des éléments contradictoires suffisamment substantiels pour tenter de se forger une conviction personnelle du poids de la (dé)penalisation des usages de drogues dans la (non)réalisation, en principe prochaine des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, sinon sur le territoire national, du moins sur celui constitué par le département des Hauts de Seine, voire un peu plus.

Première partie

Pénalisation des usages de drogues et CSAPA

Les usages de drogues font l'objet de pénalisation. Quid de la pénalisation des usages de drogues, historiquement et présentement ?

La pénalisation des usages de drogues ayant sa raison et/ou ses raisons, les CSAPA ne peuvent s'instituer comme les lieux d'une dépenalisation des usages de drogues. Ils ne peuvent être lieu d'une dépenalisation des usages de drogues. Ils ne pourraient être qu'utopies d'une dépenalisation des usages de drogues. Les énoncés officiels, ceux qui font loi, témoignent-ils de cela ? Que peut-il en être dit par des représentants d'organisations spécialisées dans ces questions ?

A Historique de la pénalisation des usages de drogues

« *L'usage des drogues illicites en France s'inscrit dans la loi n°70-1320 du 31 décembre 1970. Celle-ci est relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.* »²³ Les pouvoirs publics semblent là faire équivaloir *l'usage de drogues illicites et la toxicomanie*, mentionnée dans le contexte légal précité. Un peu plus loin, il ressort qu' « *il s'agit d'éviter la banalisation des consommations des substances illicites et les usages à risques d'alcool* ». Usages de stupéfiants (de produits psychoactifs illicites) et usages à risque d'alcool (de produit psycho actif licite) sont rapprochés dans ce contexte légal de lutte contre la toxicomanie : usage de stupéfiants, de drogues illicites²⁴. Faire un usage illicite de stupéfiants ou un usage à risque d'alcool semblent là équivaloir à la toxicomanie, doit-on déduire, puisque cette dernière n'est pas plus définie ici qu'elle ne l'était dans la Loi précitée. Cette dernière « *comporte différents niveaux de sanctions, allant du rappel à la loi à une peine de prison ou une injonction thérapeutique* » et son Article L355-14, codifié L. 3411-1 dans le Code de la santé publique, énonce que « *toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire* ». Il est dit par ailleurs que « *si après examen médical, il apparaît que la personne est intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint d'avoir à se présenter dans un établissement*

²³ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, Fiche n°1-2 « *Prévenir, communiquer, informer* » « **Rappeler le cadre légal et réglementaire qui régit la consommation des drogues illicites et d'alcool** » p.25

²⁴ La terminologie « *drogue illicite* » conserve les résonances d'un pléonasme en dépit des injonctions d'étendre le terme *drogue* aux différentes substances psycho actives.

agréé, choisi par l'intéressé, ou à défaut désigné d'office, pour suivre une cure de désintoxication et d'en apporter la preuve.»²⁵. L'usage illicite de stupéfiants (ou l'usage à risque d'alcool ?) semble encore beaucoup équivaloir à la toxicomanie, à l'intoxication, malgré les modifications importantes des textes de loi. L'article L3412-3 nuance ainsi : « si, après examen médical, il apparaît que l'état de la personne ne nécessite pas une cure de désintoxication, l'autorité sanitaire lui enjoint de se placer le temps nécessaire, sous surveillance médicale, soit du médecin choisi par elle, soit d'un dispensaire d'hygiène sociale ou d'un établissement agréé, public ou privé. » La notion d'intoxication reste centrale même si elle peut être jugée (que) ponctuellement absente, d'où la nécessité qu'il y aurait d'une surveillance, plus ou moins, médicale, pour vérifier qu'elle ne sort pas de son absence présumée temporaire.

Cette notion d'intoxication compte. Il faut la préciser.

1 La notion d'intoxication

Elle est, selon le Dictionnaire Robert : « *l'action nocive qu'exerce une substance toxique (poison) sur l'organisme ; l'ensemble des troubles qui en résultent* » encore « *l'empoisonnement, la toxi-infection, la toxicomanie, l'asphyxie* », aussi « *l'action insidieuse sur les esprits, tendant à accréditer certaines opinions, à démoraliser, à affaiblir le sens critique ; la désinformation, le matraquage ; le conditionnement et également l'endoctrinement* ».

Des **toxiques**, le dictionnaire Littré dit qu'ils ont la propriété d'empoisonner, portent un nom générique donné aux poisons et aux virus. L'étymologie renvoie au poison, notamment celui qui servait dans certaines peuplades à empoisonner les flèches²⁶. Le « *poison* » vient, selon le dictionnaire Robert du terme latin « *potio, onis* » correspondant à « la *potion* ». Il est une substance capable de troubler gravement ou d'interrompre les

²⁵ Art. L.3412-2

²⁶ La flèche, trempée dans le curare, propulsable avec un arc, telle le « *toxikon* » des grecs, la flèche du « sauvage » qui est découvert en même temps que les terres nouvelles.

fonctions vitales d'un organisme, ou une de ses parties, utilisée pour donner la mort²⁷, il est aussi un stupéfiant ou encore une substance pernicieuse et dangereuse tel le venin que certains insectes ou reptiles communiquent à l'altérité par la piqûre ou la morsure, une sous catégorie des substances vénéneuses (contenant des poisons). Est-il ici question d'empoisonnement, cet empoisonnement constitué par le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort, puni de trente ans de réclusion criminelle par l'Article 221-5 du Code Pénal ?

2 Intoxication et empoisonnement : un peu d'histoire

L'intoxication accompagne l'histoire des êtres humains au fil de leurs cheminement et/ou quête (de nourriture). Bien qu'éventuellement déjà problématique, elle devient problème groupal, sociétal à partir du XVI^e siècle, avec l'émergence de la modernité, au travers ses développements scientifiques, industriels et commerciaux (cf. FLEURY J, 2005, *l'affaire des poisons 1679/ 1682 in Histoire de la pharmacie*, Paris XI)

L'empoisonnement, les pratiques le produisant, certaines périodes en révèlent l'extension, notamment avec l'arsenic. A côté des remèdes végétaux, n'ont cessé de se développer moult préparations, notamment les philtres de sorcières. En France, la Loi du 21 germinal de l'an IX (1803) les interdit. A partir de cette dernière, en juillet 1845, une autre loi tente de réglementer la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses en prévoyant pour les contrevenants des peines de six jours à deux mois de prison. Seul, était concerné le détournement de l'usage pharmaceutique à des fins criminelles. L'arsenic était là particulièrement visé en raison d'une moyenne de trente trois empoisonnements par an avec l'arsenic entre 1825 et 1850²⁸.

C'est l'Intoxication qui va connaître d'époustouffants et effrayants épisodes, en Chine, avec la dévastatrice consommation d'opium fumé au XIX^e siècle. Cette pratique est importée par les marins anglais, hollandais et portugais en même temps que l'opium indien, elle participe des échanges commerciaux florissants. Pourquoi cet opium fumé prend-il une place si particulière dans les habitudes chinoises dès le XVII^e siècle ? Est-il un produit qui puisse

²⁷ - minérale : arsenic, cyanure de potassium, acide sulfurique ; végétale : belladone, cigüe, opium ;
-organique : nicotine, strychnine, venins divers

²⁸ Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, sur les toxicomanies, 1994, p.4

libérer l'homme du monde et lui permettre d'accéder au monde vrai du Tao (existence avec laquelle il doit communier dans une expérience mystique)? Ou bien aide-t'il simplement à lutter contre la malaria ? Il ressort assez vite, en tout cas, que la population chinoise s'adonne maintenant massivement à l'opium fumé et néglige de façon dommageable, du fait de cette pratique, le restant de ses activités. Dès 1729 et jusqu'en 1836, l'empire tente d'interdire l'opium (sa fumée, sa culture, son importation) au travers l'édiction de quarante décrets, en vain. Le péril est grand. En 1838, des courants prohibitionnistes vaticinent que l'opium, ce poison importé par des barbares, est la fin du peuple chinois, la destruction de l'âme de la nation²⁹. L'empereur Young-Tchen charge un brillant haut fonctionnaire : Lin Tse-Hsu de régler la douloureuse question de l'opium. Ce dernier va devoir aller jusqu'à mener des actions répressives à la fois contre les consommateurs et contre les pourvoyeurs (entre autres anglais). Les anglais et nombre de commentateurs européens libéraux s'indignent, parlant d'outrances prohibitionnistes. Le parlement anglais vote le 27 juillet 1839 les crédits nécessaires à une intervention militaire en rétorsion. Les anglais gagnent facilement le conflit engagé avec la Chine, d'autant que la résistance est faible, de nombreux militaires étant engoncés dans de profondes narcoses. Ils acquièrent en compensation le rétablissement du libre commerce et un nouveau port Hong-Kong. Quelques années plus tard, en 1856, la Chine déclenche à nouveau une guerre contre l'Angleterre, « la guerre de l'Arrow », elle est à nouveau vaincue. Onze nouveaux ports sont ouverts au commerce (d'opium en particulier) avec l'Occident. Par la suite, la Chine comptera entre 5 et 20% de sa population, plus ou moins 120 millions de personnes, intoxiquées.

L'intoxication est connue dans d'autres grands contextes, ceux des grands conflits : la guerre de 1870 entre la France et l'Allemagne, la guerre de sécession aux Etats-Unis entre 1861 et 1865, principalement. Les nombreux blessés sont soignés, ou du moins soulagés, par un produit semblant être plus encore la panacée que les préparations opiacées (à base d'opium) d'avant (comme le laudanum³⁰), il s'agit de la morphine ; notamment de la morphine injectée. Avec cette dernière, les combattants, mais également les médecins, ainsi qu'un grand nombre de femmes vont jusqu'à posséder de petit nécessaires- éventuellement luxueux – d'injection, et croient avoir avec ces derniers les parfaits outils pour maîtriser la douleur, d'où qu'elle vienne. Ces personnes sont les premières à éprouver le syndrome de

²⁹ BACHMANN Christian et COPPEL Anne, 1989, « *Le dragon domestique* », p.57

³⁰ conçu et amélioré par les pères de la médecine moderne (Paracelse et Sydenham)

manque lorsqu'elles sont privées de morphine. Vers 1880, les pratiques intégrant cette dernière acquièrent une célébrité douteuse.

Aux Etats-Unis, les réglementations sont balbutiantes, les professions ne sont pas organisées, aussi les charlatans ont-ils un large champ d'action. Des empoisonnements ou intoxications en résultent. Les personnes noires, avant d'être affranchies, reçoivent de cette cocaïne récemment synthétisée, elle contribue à l'augmentation de la production. Une fois affranchies, elles conservent l'habitude de la consommer ainsi que le cannabis mis à la mode par les populations hispaniques dont l'immigration va croissante. La concentration des personnes au niveau des villes est accompagnée par l'augmentation de la criminalité. Cette dernière est attribuée, entre autres, aux personnes noires. Leurs pratiques sont mises à l'index, et parmi elles, leur utilisation de produits divers, qui vont du cannabis à la cocaïne en passant par l'alcool. L'Europe inonde, pour bonne part, l'Amérique du nord avec ses nouvelles trouvailles : morphine, cocaïne et l'héroïne. Avec la prise de cette dernière, on s'étonne de voir les adeptes de la morphine renoncer à elle si facilement. Dernier fragment historique d'importance : la venue des chinois aux Etats-Unis : elle succède à l'abolition de l'esclavage et au très progressif, mais réel, affranchissement des noirs, elle vise à palier, à moindre coût, le manque de main d'œuvre bon marché, nécessaire aux travaux gigantesques de cette fin de siècle. Les chinois développent des fumeries d'opium en occident...

3 La « médicalisation des intoxications »

En 1849, un médecin suédois, le Docteur Magnus HUSS fait entrer les symptômes de l'abus d'alcool dans une entité nosographique : « l'alcoolisme ». Avec lui, l'alcoolisme devient une maladie. Il y a là l'émergence d'un modèle.

Vers 1870, en Allemagne, certains médecins commencent à parler de « demande artificielle de morphine ». Le Dr Edouard LEVINSTEIN parle de « morphinisme ». Les médecins LAEHER, FIEDLER et LEWIN s'intéressent à ses travaux sur l'abus de morphine qui s'inspirent de la méthodologie de HUSS.

S'agit-il d'une intoxication ? Le Dr LEVINSTEIN en doute.³¹ Néanmoins, pour d'autres médecins allemands, il y a intoxication et au-delà d'un certain niveau de cette dernière, il y a évolution vers la maladie mentale. Entre 1880 et 1914, les thérapies, ciblant ce qui finit par être considéré comme intoxication, prolifèrent. Les médecins sont d'autant plus intéressés par cette invincible faim de morphine que cette dernière accable nombre de leurs confrères. Malgré les méthodes différentes, les rechutes de personnes sont si majoritaires qu'elles finissent par sembler inéluctables. De plus en plus, les sevrages sont abandonnés³². Parmi les diverses tentatives thérapeutiques, des méthodes de substitution prolifèrent. C'est le cas aux Etats-Unis de la méthode du Dr BENTLEY qui guérit les intoxiqués grâce à la cocaïne. La méthode se répand. Elle crée le « morphinococainisme ». Les cocaïnomanes qui se font connaître sont d'ailleurs des « morphinomanes guéris » par la cocaïne... La même chose se reproduit avec l'héroïne. Les promoteurs de ces méthodes s'en font entre 1900 et 1902 les détracteurs. Louis LEWIN, qui avec LEVINSTEIN, avait étudié le « morphinisme chronique », différemment de beaucoup de ses collègues, s'obstine. Pendant cinquante ans, ce pharmacologue berlinois accumule quantité d'éléments inhérents aux différents produits psycho actifs : ceux des policiers, des cliniciens, des historiens, des ethnologues et des chimistes. Il va notamment investir des fumeries d'opium (à San Francisco). Il meurt en 1929, en laissant derrière lui « *phantastica* », œuvre gigantesque qui collecte l'ensemble des éléments disponibles au XIX^e siècle sur les « poisons de l'esprit ». Pour Lewin, le morphinomane est d'abord victime d'une substance malfaisante. La dégradation organique et la déchéance morale le guettent et il est quasiment incurable. La démorphinisation est suivie de 80 à 90% de récurrence. Sa condamnation de la cocaïne l'oppose résolument à Freud. L'auteur conçoit à la fois un usage récréatif modéré des drogues les moins dangereuses mais aussi le risque pour tout un chacun de devenir « drogué », aussi juge-t-il prudent d'établir, au plus tôt, un cordon sanitaire protégeant les populations d'un grand nombre de ces produits, notamment opiacés. La presse, à la fin du XIX^e siècle, parle de « *toxicomanie* » en

³¹ En 1878, il écrit : « *pour soutenir que le besoin morbide de morphine est une maladie mentale, il faudrait au préalable démontrer que toutes les personnes qui en souffrent ont véritablement leur intellect ou leurs sentiments troublés. Ce n'est absolument pas le cas. Je connais nombre de gros consommateurs de morphine qui sont en même temps, non seulement en pleine possession de leurs moyens, mais qui ont atteint, et qui conservent, une place de choix dans le monde des arts ou des sciences. Des autorités militaires, des artistes, des médecins, des chirurgiens, tous de la plus haute réputation en sont atteints, sans que leur renommée en soit le moins du monde ternie. Jamais leur intellect n'a souffert un seul instant de la moindre aberration ; au contraire, il est totalement absorbé par leur art ou leur profession ; et ils remplissent de manière irréprochable leurs devoirs envers le gouvernement, leur famille, leurs concitoyens...* ».

³² « *Lorsque la morphinomanie est devenue une stimulation si nécessaire il vaut mieux continuer dans la modération que de guérir* » dit CHAMBARD, un médecin lui-même morphinomane.

regroupant les divers « poisons de l'esprit ». La médecine, jusque dans les années 20, ne valide pas cette terminologie.

L'intoxication Chinoise contribue largement à une représentation des pratiques liées aux « poisons de l'esprit » comme étant génératrices de pauvreté et de décadence, d'atteinte à l'intégrité des groupes, des Nations. Parallèlement, émergent les législations et/ou réglementations, locales, au début... Puis bien au-delà du local, à la suite de diverses conférences internationales.

4 Législations, réglementations :

Vers une pénalisation des usages de drogues

Elles succèdent à l'entrée sur la scène internationale des Etats-Unis, en 1898, après qu'ils aient été victorieux sur l'Espagne, vieux pays européen, en s'alliant à la petite île de Cuba, insurgée contre la métropole. De tels territoires connaissent des trafics intenses et peu contrôlables de moult produits psycho actifs. Les promoteurs américains d'une éradication des « drogues » lient leur réussite à un soutien international³³ et promeuvent la première conférence internationale, à Shanghai, en 1909. Elle réunit la Chine, les U.S.A., la Grande Bretagne, la France, l'Allemagne, l'Autriche Hongrie, les Pays Bas, l'Italie, le Portugal, la Russie, le Japon, la Thaïlande et l'Iran « *pour mettre en place une réglementation des drogues* »³⁴. Le vœu est émis que chaque pays supprime graduellement l'opium sur son territoire et ajuste ses juridictions et réglementations. Le Dr WRIGHT (l'opium Doctor Wright) veut prohiber tout usage non médical de l'opium³⁵. Entre décembre 1911 et janvier 1912, avec le Révérend BRENDT, ils organisent des rencontres conférences au Palais de La

³³ COLLE F.X., 2000, p.24« *Au-delà de l'hygiénisme et du puritanisme qui pourchassent l'excès et la passion, le monde du travail, ouvriers et patrons américains unis, craint la concurrence de la main d'œuvre étrangère... Les chinois...Employés modèles s'installent avec leurs habitudes culturelles...Usage d'opium et fumeries...Ils sont vécus comme une menace par les syndicats. Le racisme alimente les différentes marques de la méfiance et de la peur ancestrale de l'étranger. Un raisonnement similaire s'applique avec les mexicains qui auraient déjà apporté la marijuana et « contaminé » les noirs ou inversement... A partir de 1916, un magnat de la presse, William Randolph Hearst entre sur la scène. Il manipule l'opinion publique à une grande échelle, grâce à sa puissance financière, et apporte un soutien inespéré à la cause prohibitionniste pour mieux servir les intérêts économiques américains. Son groupe de presse diffuse des campagnes racistes. Marijuana chez les uns, opium chez les autres, l'amalgame drogues, valeurs culturelles, étrangers menaçants, brouille idéologiquement les représentations... Harry J. ANSLINGER, dirigeant de l'agence anti-drogue de l'époque, étroitement lié aux intérêts de Hearst, sera la cheville politique de l'acharnement prohibitionniste »*

³⁴ Ibid., p.24

³⁵ Les anglais sont persuadés qu'il vaut mieux réguler que prohiber. Ils citent l'usage ancestral des Indes... Au bout du compte, l'accord se fait sur une formulation des plus générales. Chaque pays reste maître de sa stratégie de réduction de l'opium.

Haye. En résulte la première convention internationale de l'opium rédigée le 23 janvier 1912. « *La France s'allie alors à l'Angleterre et au Portugal qui ont également à protéger leurs intérêts dans le commerce de l'opium en Orient. Cette coalition affronte les Etats-Unis prohibitionnistes... Et non producteurs d'opium. L'Allemagne qui souhaite défendre sa puissante industrie pharmaceutique, rejoint la France, l'Angleterre et le Portugal.* »³⁶ Les douze états signataires réglementent à l'intérieur de leurs frontières la fabrication et la circulation de l'opium. Ils s'engagent à prohiber son usage, dans les colonies comme dans la mère patrie, et à en interdire l'importation comme l'exportation, sauf à des fins médicales... Désormais, la représentation internationale encadrera la réglementation nationale.

En France, le 12 juillet 1916, les députés votent à l'unanimité une loi concernant : l'importation, la détention et l'usage des substances vénéneuses et notamment l'opium, la morphine et la cocaïne... Une solution administrative satisfait à la demande médicale des produits... Les substances sont classées en trois tableaux. Les deux premiers comprennent les « substances vénéneuses » (les plus toxiques). Le premier en réunit autour de 70 (dont l'aconit, l'adrénaline, la belladone, la cigüe, l'ergot de seigle et le laudanum). Le deuxième contient qu'un petit nombre « de ceux que l'on peut appeler les toxiques stupéfiants et pour lesquels un régime particulièrement sévère a été prévu » (l'opium brut et officinal, ses extraits et ses alcaloïdes, la morphine, la diacétylmorphine ; la cocaïne et ses dérivés, le haschisch et ses préparations). Les législations, concernant ces derniers, émergent, elles sont assez répressives dans l'ensemble. L'utilisation – des opiacés en particulier – devient de plus en plus une affaire de policiers. Les médecins contribuent largement à cela. Ils sont souvent devenus législateurs et décideurs. Ils sont confrontés à des questions comme le degré de responsabilité des « drogués » dans des actes délinquants. Tenant compte des échecs répétés des traitements – du moins de l'intoxication réitérée des personnes- et de la qualité socioculturelle d'un grand nombre de « drogués », ils condamnent en premier lieu les produits : plutôt ceux qui viennent de contrées orientales plus ou moins lointaines, des colonies. Ces produits ont quelque chose de diabolique puisqu'ils arrivent à assujettir de remarquables esprits – et parfois même des empires (l'empire céleste : la Chine). Là débute la grande guerre à la drogue. Les drogués ne sortiront pas indemnes de ces dispositions, d'autant que, malgré leur connaissance du problème, ils continuent malgré tout à se droguer. Leur image de « bons » malade déjà bien ternie, ne va cesser de se dégrader, au point de devenir celle de personnages vicieux, déviants appelés même à être considérés comme des

³⁶ Ibid. P.25

délinquants. Les Etats-Unis, assaillis par les produits psycho actifs, conduisent la guerre à ceux-ci : au début par des approches plutôt économiques, pour en arriver finalement à une franche répression qui trouvera son acmé dans la prohibition. Pendant cette dernière et après elle, un banditisme explose dans de nombreux pays et particulièrement en France, lié au trafic de stupéfiants... De l'intense activité internationale qui se manifeste à propos des stupéfiants dès 1919 à la Société des Nations, naissent : en février 1946, la Commission de stupéfiants de l'O.N.U., puis la Convention Unique du 30 mars 1953 sur les stupéfiants qui regroupe l'ensemble des textes internationaux antérieurs – d'où son nom – et crée l'organe international de contrôle. Six conventions se succèdent entre 1931 et 1953. Depuis 1925, une réglementation internationale cible la feuille de coca, l'opium, le cannabis et les préparations dérivées (cocaïne, morphine, héroïne et haschisch). Le protocole de Paris en 1948 introduit des substances synthétiques dans le contrôle international. L'OMS procède désormais au classement des substances nouvelles, dès que celles-ci sont répertoriées comme stupéfiants, elles sont automatiquement limitées aux usages scientifiques et médicaux. Francis CABALLERO dit à propos du Protocole de New York qui succède à celui de Paris en 1953 « *entre Shanghai et New York le droit de la drogue change de contexte ; il n'oppose plus les Etats-Unis à l'Europe et à ses puissances coloniales mais les pays consommateurs du Nord aux pays producteurs du Sud* ». La loi du 24 décembre 1953 introduit dans la loi de 1916 l'astreinte de soins qui peut être prononcée par le juge d'instruction sur avis d'une commission composée en majorité de médecins. La France abandonne : en 1954 les régies du kif exploitées au Maroc et en Tunisie et en 1956 la régie française de l'opium créée en 1899 par Paul DOUMER. Elle signe en 1961 la Convention unique sur les stupéfiants à l'instar de 77 délégations. Cette dernière concernant 108 plantes et substances naturelles ou synthétiques, est ratifiée plus tard par 115 Etats. F.X. COLLE dit « *la diabolisation des substances les plus anodines – opium, coca et cannabis – profite aux plus dures : héroïne, cocaïne.* »³⁷ Le développement rapide de la toxicomanie dans la deuxième moitié des années soixante amène la France à remplacer le 31 décembre 1970 la vieille loi de 1845 complétée en 1916 et en 1953, en introduisant le délit d'usage, même pour la simple consommation individuelle occasionnelle de stupéfiants³⁸. Coïncidant à la promulgation de cette loi, la France est à l'initiative du groupe Pompidou, premier groupe européen pour orienter la lutte des Etats membres contre les drogues, la répression des usages de ces dernières, tous confondus, au détriment de la Santé publique. La France, dit F.X. COLLE, « *devient en Europe le relais de*

³⁷ COLLE F.X, 2000, « *les drogues en vente libre* », p.26

³⁸ Catherine TRAUTMANN, 1990, « *Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants* », p.22

la « guerre à la drogue » voulu par les Etats-Unis. La manœuvre est en partie diplomatique : il s'agit de montrer la détermination des politiciens français et de modifier notre image de marque ternie par le démantèlement de la French connection »³⁹.

Une nouvelle Convention datée du 20 décembre 1988, cherche à développer les moyens de répression du trafic international en introduisant notamment les instruments de coopération policière et judiciaire et des dispositions de procédures pénales dérogatoires au droit commun. Cette dernière convention, comme les deux précitées, sont aujourd'hui ratifiées par la grande majorité des pays de la planète, elles obligent ces derniers à mettre en place les mesures législatives et administratives pour limiter exclusivement la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la possession de stupéfiants à des fins scientifiques et médicales. Contrairement à la plupart des législations européennes, la loi française punit l'usage de stupéfiants. « *La criminalisation de l'usager est donc une mesure de législation d'exception française, qui ne se justifie aucunement par les règlements internationaux et européens* ». ⁴⁰. F. CABALLERO dit que le Code de la Santé ne contient plus les dispositions de lutte contre la toxicomanie, applicables aux usagers, qu'il organise leur désintoxication (Art. L3411-1 à L3414-1) et prévoit leur répression (Art. L-3421-1 à 3424-5). Il continue en disant que le célèbre article L. 628 (titre d'un célèbre film de Bertrand Tavernier) contre l'usage illicite n'existe plus qu'il est remplacé par l'article L3421-1 du Code de Santé publique. Quelle différence ? Il poursuit en exprimant que ces textes ne constituent pas le cœur de la répression en matière de drogues, que celui-ci se trouverait en réalité dans les incriminations de trafic du code pénal (Art. 222-34 à 228-48-1) et dans le code de procédure pénale (Art.706-26 à 33). Il conclut en parlant d'une législation d'exception à tous points de vue qui ne cesse de se renforcer. L'échec de la Loi du 31 décembre 1970 conduirait à une répression accrue. Il termine en affirmant que la législation française s'inscrit délibérément dans une logique prohibitionniste.⁴¹ Plus loin, il affirme les effets pervers liés à cette répression sévère : ceux extrêmement désastreux en partie à l'origine de la politique de réduction des risques⁴².

³⁹ F.X COLLE, 2005, p.29 « *Les laboratoires d'héroïne installés à Marseille et ses alentours alimentaient le marché nord-américain depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Le « milieu » marseillais assurait alors la transformation en héroïne d'excellente qualité de la morphine base destinée uniquement au continent américain. Elle n'apparaît que tardivement sur le marché clandestin français. Des trafiquants plus jeunes et moins sensibles à l'intérêt national, ont dérogé aux règles implicites des trafiquants notables, leurs aînés, qui eux s'interdisaient de diffuser l'héroïne en France. Marseille devient un lieu d'approvisionnement en héroïne pour satisfaire la demande intérieure de nouveaux groupes d'usagers.* »

⁴⁰ COLLE F.X., 2000, « *Les drogues en vente libre* », p.160

⁴¹ CABALLERO F., BISIYOU Y, 2000, « *Code de la drogue* », p.83

⁴² Idem, 2000, p. 95

B L pénalisation des usages de drogues

1/ Au regard des énoncés officiels actuels

Au Plan gouvernemental 2007-2011, dit « *pour la prise en charge et la prévention des addictions* », succède le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 », comme pour rappeler qu'il n'est pas question de dépénaliser, même au travers le nouveau paradigme « addictions ». A une année de paix succèdent trois années de guerre à la drogue. Si changement il y a, il réside dans le fait que la drogue, les drogues est, sont, désormais, autant licite(s) qu'illicite(s)⁴³. Finie l'époque de la drogue poudre sèche ou préparation pharmaceutique de moindre qualité⁴⁴, désormais, il s'agit bien de la drogue utilisable comme une arme ⁴⁵, pareille à celles dévastatrices conçues par les industries BAYER⁴⁶ de la Ruhr en Allemagne (cette Allemagne si longtemps ennemie de la France.⁴⁷) qui ont su les produire et les répandre par le monde, de façon moderne⁴⁸,

Le rappel de la première réglementation internationale inhérente aux stupéfiants, la convention de Shanghai de 1909, dont c'est cette année le centenaire, n'est pas neutre. Contrairement aux allégations du premier ministre, il n'était pas encore question de stupéfiants mais de l'opium et de ses dérivés. Cette première convention s'inscrivait dans des

⁴³ Auxquelles se restreignent pour l'essentiel les toxicomanies même si...

⁴⁴ Pour tuer les taupes ou composer des peintures, des teintures

⁴⁵ Idem, 1989, p. 264« Il semble que les allemands ne pouvant nous vaincre ni par le feu, ni par les gaz asphyxiants vont maintenant et plus que jamais employer la cocaïne et la morphine pour avoir raison de notre endurance. »

⁴⁶ L'héroïne, qui n'est pas un alcaloïde, est séparée, en 1874, de la morphine par C.R.A. WRIGHT, un médecin londonien. La société BAYER, qui produisait dans la Ruhr, en Allemagne des drogues (n'étaient pas alors synonymes de stupéfiants) pour la peinture et la teinturerie et qui s'est lancée dans l'industrie pharmaceutique, s'y intéresse. Henri DRESER reprend le procédé de WRIGHT et l'améliore. La firme BAYER lance l'héroïne en 1898 et lui fait une immense publicité internationale. Les chimistes disent : « cette substance augmente l'activité de celui qui l'ingère, endort chez lui tout sentiment de peur, fait disparaître la toux... Elle peut faire abandonner la morphine ». La tuberculose et les maladies respiratoires font des ravages à cette époque. Le succès est foudroyant.

⁴⁷ Christian BACHMANN et Anne COPPEL, 1989, p. 263, citent le journal « la renaissance politique, littéraire et artistique » qui les 1^o et 15 avril 1914 interroge avocats, procureurs et médecins : « l'usage des substances vénéneuses est-il très répandu ? Dans quelle mesure cette pratique constitue - t'elle un danger social ? Quels seraient les moyens efficaces pour combattre ce danger ? La réponse est que le danger est imminent. Certains évoquent Montmartre, le rôle trouble de l'Allemagne, les envois de drogue depuis Mannheim « pour briser ce qui reste d'énergie à nos soldats »

⁴⁸ « L'héroïne la drogue de l'énergie héroïque »

stratégies sécuritaires en même temps qu'elle rappelait des valeurs en principe progressistes, en dépit des courants xénophobes qui avaient pu contribuer à l'animer. Ces courants xénophobes et ce type de convention internationale émergeaient dans une mondialisation déjà croissante, comment ne pas faire de parallèle avec le moment socio- culturel actuel ?

Le premier ministre évoquant cette date anniversaire allègue bien la notion de combat contre toutes les formes d'utilisation non autorisées de stupéfiants, assimilées à des formes de trafic. Pour mémoire, cette convention a beaucoup été portée par les Etats-Unis d'Amérique envahis par une multitude de produits psycho actifs⁴⁹. Les anglais et les français sont d'autant plus concernés par ces questions qu'ils gèrent alors des régies d'opium en Asie, leur valant de notables profits directs et indirects. Les allemands le sont un peu différemment mais non moins en raison de leur intense production et distribution de puissants produits psycho actifs, au premier titre des quels : l'héroïne. Certes ces différents pays de l'ancien monde ont-ils apporté une vague caution à cette première réglementation internationale, mais de façon très parcellaire.

Si de nouvelles conventions au fil du temps ont été adoptées ce n'est non pas, comme le dit le premier ministre, pour adapter le droit international aux mutations incessantes du paysage mondial des drogues, mais parce que de nombreuses personnes d'origines socioculturelles très différentes⁵⁰ ont développé des formes résistantes d'opiomanies, morphinomnies, héroïnomanies et cocaïnomanies. Les conventions en question n'ont alors cessé d'essayer de tresser un cordon sanitaire autour des produits psycho actifs jugés séducteurs et dangereux pour les personnes et pour les groupes, comme le recommande l'éminent spécialiste LEWIN. Au fil du temps, au fil de l'insuccès des médecins à endiguer les cas qu'ils étaient amenés à traiter sous des formes thérapeutiques très différentes, les réglementations prennent une tournure d'autant plus répressive que les médecins renoncent à réitérer des cures avec des patients, aussi mauvais, pervertissant l'art médical. Pauvres ou fortunés, les drogués sont communément pervers, puisqu'ils reprennent leurs pratiques aliénantes après les différentes cures, alors même qu'ils ne peuvent plus se prévaloir de ne pas connaître les risques. Rappeler les différentes conventions et la notion qui va s'attacher à elles de plus en plus, celle de la drogue, autrement dit celle de stupéfiants et parmi eux les opiacés,

⁴⁹ parmi lesquels l'opium des chinois venus travailler de façon performante notamment à la place des personnes noires désormais « affranchies », mais aussi les différentes trouvailles européennes comme le laudanum, la morphine, l'héroïne, la cocaïne et le fameux vin Mariani contenant cette dernière, tout comme le coca-cola des débuts qu'il va inspirer, et la palette des différents alcools.

⁵⁰ anciens combattants, personnels médicaux, femmes

c'est affirmer une volonté d'abord et essentiellement répressive. La mondialisation et la prospérité du trafic de drogue vont de paire avec la guerre à la drogue.

La montée en puissance de la consommation des différentes drogues dans les années 80 succède à l'échec de la révolution anticapitaliste dans les pays développés et à l'autonomisation, souvent socialiste, des pays peu ou sous développés, notamment en Asie, en Chine, et particulièrement dans les anciennes colonies comme les pays indochinois... Leurs populations, largement intoxiquées pendant des décennies-par les pays développés comme l'Angleterre et la France - ne sont pas étrangères à la diffusion dans l'autre sens d'une grande quantité d'héroïne. Peut-être est-il possible de mieux peser la dimension essentiellement sécuritaire des réglementations inhérentes aux drogues, parfois relativement à des idéaux démocratiques, d'autres fois pour des raisons beaucoup moins nobles bien que non dépourvues de dimensions stratégiques peu ou prou machiavéliques. La pénalisation inhérente aux commerces et/ou usages des drogues est un excellent outil de contrôle des populations, si ce n'est de liquidation subreptice des « surnuméraires » au sens donné à ce terme par Robert Castel ou des « déchets » au sens donné à ce terme par BAUMAN.

Le droit national a certes évolué, depuis un peu moins de vingt ans, avec l'autorisation de mise sur le marché des produits inhérents aux traitements de substitution pour les personnes pharmacodépendantes des opiacés, en donnant à ces dernières un statut de patient plutôt que celui de déviant, délinquant. Cela certes contribue à une réduction des risques utile, bien que très parcellaire, puisque les autres personnes pharmacodépendantes d'autres produits stupéfiants conservent ce statut stigmatisant, pénalisant et marginalisant de déviants, délinquants - ce qui en revanche ne contribue pas à la réduction des risques et des dommages – hérité des différentes réglementations et particulièrement de la législation du 31 décembre 1970 contre la toxicomanie et le trafic de substances vénéneuses. Très différemment de ce que peut dire de façon non fondée Mr Fillon, il n'y a pas eu une importante modernisation de notre droit sanitaire au milieu des années 1980 pour répondre au défi de l'expansion rapide de l'épidémie VIH/SIDA, peut-être veut-il d'ailleurs faire allusion aux épidémies VIH/ VHC. Dans les années 1980, la plupart des régions n'offraient pas de réponse sanitaire pour les personnes pharmacodépendantes, exceptions faites de l'Ile de France, de Provence Côte d'Azur, du Nord, de l'Alsace Lorraine, de Rhône Alpes, de l'Aquitaine et de la Bretagne. L'épidémie de VIH et de VHC doit beaucoup à cela et à l'extrême marginalisation des personnes toxicomanes. Dans les années 1980, relativement aux problèmes de VIH et de VHC, il n'existait que deux lieux de soins proposant des traitements de substitution : les

hôpitaux parisiens Ste Anne et Fernand Widal. Pour espérer y être accepté, il fallait attendre des années, d'où la demande par les intervenants en toxicomanie d'une extension du nombre de lieux de soins proposant des traitements de substitution, même si avant cela, priorité était donnée à une suffisante couverture sanitaire du territoire national à la faveur des personnes pharmacodépendantes de stupéfiants et de leurs proches, avec les rouages suffisants pour réduire les intoxications problématiques. Pour rappel également, malgré l'affirmation par les intervenants en toxicomanie de la pertinence d'une approche pluridisciplinaire des pharmacodépendances, il était bien difficile de mobiliser les professionnels médicaux pour lesquels les personnes toxicomanes étaient des parias, des pervers. Enfin quand Mr Fillon évoque les surdoses mortelles parmi les usagers de drogues injectables, il relève là une conséquence directe de la marginalisation de ces usagers de drogues confrontés aux aléas – non thérapeutiques- des marchés clandestins. Pour ce qui est de l'allusion à l'injection et donc à l'accès aux outils stériles d'injection, ce ne sont pas les intervenants en toxicomanie qui ont réduit ce dernier⁵¹, mais le contentieux entre personnes toxicomanes et professionnels du médical et du pharmaceutique.

Le premier ministre, à partir d'un premier diagnostic⁵², dit et souligne un certain nombre de points⁵³, « *L'objectif est donc d'éviter, autant que possible, les expérimentations, notamment précoces, des drogues illicites et des abus d'alcool et de combattre les attitudes qui contribuent à banaliser, et à faire admettre ces comportements... Pour tous, il convient de*

⁵¹ En dépit de l'affirmation par certains intervenants (le Dr Francis CURTET) de ne vouloir s'occuper de la question du matériel d'injection car ayant un colloque thérapeutique singulier avec les patients ne les positionnant pas pour prendre en compte cet aspect instrumental.

⁵² « *un maintien à un niveau beaucoup trop élevé de la consommation de substances comme le cannabis, le développement extrêmement rapide de la consommation de cocaïne mais aussi d'ecstasy, les conséquences sanitaires et d'ordre public de la montée en puissance chez les jeunes du binge drinking (recherche d'ivresse alcoolique express), ou encore l'enracinement d'une économie souterraine liée au trafic de substances illicites et de tabac* ».

⁵³ « *les politiques publiques menées à ce jour ont contribué à une meilleure prise en charge sanitaire des usagers et des personnes dépendantes... Mais (...) ne sont pas parvenues à faire diminuer l'usage de drogues illicites et l'abus d'alcool ni à limiter la poly consommation de ces produits... Le coût pour la collectivité des conséquences de ces usages de drogues et de ces abus d'alcool est très important qu'il s'agisse évidemment des dépenses occasionnées en matière de soins ou de celles rendues nécessaires pour lutter contre les troubles liés à ces consommations en matière d'ordre et de tranquillité publics... La politique publique menée ces dernières années n'a pas réussi à faire diminuer sensiblement l'usage de drogues, exception faite de l'héroïne. Parmi les raisons invocables, il y a très certainement le choix ayant consisté à concentrer l'attention et l'action des pouvoirs publics sur les usages problématiques de drogues, en particulier au plan sanitaire, au détriment de la prévention des usages simples. Ce postulat, contestable au regard des données scientifiques aujourd'hui disponibles, a pu contribuer à encourager la demande de drogues en banalisant les premières consommations et en affaiblissant l'interdit qui pesait sur celles-ci... Enfin, la montée en puissance des ivresses alcooliques tient en partie au fait que l'on s'est focalisé sur les usages des seules drogues illicites, sans insister suffisamment sur les risques liés à l'abus d'alcool et à sa prise concomitante avec d'autres drogues illicites... »*

réaffirmer l'interdit... » Il poursuit : « Le rappel de l'interdit et des règles doit être assumé comme nécessaire à la préservation de la santé de nos concitoyens et de la cohésion de notre société... Il faut lutter plus efficacement contre les trafics » Il précise : « C'est pourquoi, il est nécessaire de mutualiser les ressources et de nouer des collaborations entre pays, qu'il s'agisse de la recherche ou de la lutte contre les trafics... ». Il conclut : « Ainsi, la conduite d'une action résolue à l'échelle nationale et européenne doit-elle permettre de réduire de manière durable l'offre de drogues, notamment par la mise en œuvre des actions suivantes » et il décline ces dernières : « mutualisation de moyens policiers ou militaires sur les routes de la drogue, mise en œuvre d'un programme de protection des repentis, création d'une agence de gestion des avoirs criminels ».

A nouveau affirmé, en gras : « **la baisse du nombre d'usagers de produits illicites et de personnes ayant une consommation problématique d'alcool d'ici à 2011 constitue donc l'objectif central du plan gouvernemental...** » Plus loin, il est dit que : « *Le présent plan, élaboré avec le concours des ministres et partenaires concernés, répond à la volonté politique du président de la République de ne pas seulement endiguer la hausse des consommations mais bien de la faire reculer...* ». La phrase suivante de ce propos ne sera pas intégrée dans ce volet pénalisation visant à recueillir les termes appuyant la thèse de la pénalisation des usages de drogues⁵⁴. Plus loin, il est précisé que « *Sur ce sujet, chacun a sa part de responsabilité, chacun est comptable des autres. L'oublier, c'est œuvrer implicitement pour les drogues et leurs effets déstructurants sur l'individu et la société.* »

La France, est-il dit, « *souscrit pleinement, en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies, à l'approche équilibrée, soutenue par les instances internationales et européennes* ». Ceci signifie que la France souscrit aux conventions internationales de 1961, 1971 et 1988 qui visent à limiter la production, la mise en circulation, le commerce, la cession et la détention de produits stupéfiants, autrement dit des drogues illicites. Au niveau international, il n'est pas – plus – question de toxicomanie. Le traité d'Amsterdam (1997) a appelé à un rapprochement des législations pour faciliter la coopération judiciaire, mais le contrôle pénal ou administratif des stupéfiants ne fait pas partie des compétences communautaires. Les travaux de la Commission visant à définir les règles minimum en matière de lutte contre le trafic ont eu beaucoup de mal à aboutir. Une directive

⁵⁴ « *Il y a un seul et même horizon : celui du vivre ensemble et des valeurs de solidarité...* »

communautaire, dite « lin et chanvre », fixe à 0,2% de THC le taux en dessous duquel l'exploitation industrielle du cannabis est autorisée⁵⁵. Le Parlement européen s'est saisi à plusieurs reprises de la question de la dépénalisation de l'usage du cannabis. Les propositions visant à recommander la réforme des conventions internationales dans ce sens ont jusqu'à présent été repoussées⁵⁶.

De quelle liberté législative disposent les Etats ? Ils sont libres de ne pas sanctionner l'usage. C'est le cas notamment de la Belgique, du Danemark, de l'Allemagne, de l'Italie, des Pays Bas et de l'Autriche⁵⁷. Parmi les pays qui sanctionnent l'usage, seules la Grèce et la France prévoient encore des peines de prison. Si les signataires des conventions internationales précitées sont obligés de condamner, d'interdire tous les actes préparatoires à l'usage – à savoir, la détention, l'acquisition, l'importation et la culture - ils conservent une grande liberté dans la définition du type de sanction qu'il convient d'appliquer. L'Italie et l'Espagne ont en 1990 et 1992 pris l'option de s'en tenir à des sanctions administratives. L'Organe International de Contrôle des Stupéfiants⁵⁸ a donné une interprétation restrictive du texte, estimant que les Etats étaient obligés de « donner un caractère d'infraction pénale à la détention destinée à la consommation personnelle... »⁵⁹. Les Etats signataires peuvent également distinguer selon les produits. Cette possibilité a été utilisée, pour le cannabis, en Belgique, Allemagne, Irlande, dans les Pays Bas, au Luxembourg et depuis peu au Royaume Uni, ils prévoient des sanctions plus modérées que pour les autres drogues. En France, le principe de l'opportunité des poursuites permet au procureur de la République de décider de poursuivre ou non une infraction devant un tribunal et lui laisse, en toute légalité, une grande marge d'appréciation. Contrairement à la plupart des législations européennes, la loi française punit l'usage de stupéfiants d'une peine d'emprisonnement qui peut aller jusqu'à un an et d'une peine d'amende qui peut s'élever jusqu'à 3750 €. Il est demandé aux procureurs de tenir compte des comportements de consommation en distinguant usage, usage nocif et dépendance, depuis la circulaire du ministre de la Justice du 17 juin 1999 sur les réponses judiciaires aux toxicomanies. Le nombre de personnes incarcérées pour simple délit d'usage de stupéfiants était encore en 2000, de 197⁶⁰. Le transport, la détention, l'offre, la cession et l'acquisition de stupéfiants sont punis d'une peine d'emprisonnement de dix ans. La frontière

⁵⁵ JO, L.146 du 4 juillet 1970 ;JO, L.10 du 12 janvier 2002.

⁵⁶ Le 10 avril 2003, proposition repoussée par 267 voix contre, 169 voix pour et 13 abstentions.

⁵⁷ *Usages de stupéfiants et approches législatives en Europe*, OEDT, juillet 2003

⁵⁸ Désormais OICS

⁵⁹ OICS, Rapports 1999 et 2001, ONU, New York

⁶⁰ Source : Ministère de la Justice (DACG), juin 2003

est parfois tenue entre l'acte d'usage et l'acte de détention.⁶¹ L'examen des statistiques permet de constater que les interpellations pour usage n'ont cessé d'augmenter durant les années 90 et se sont stabilisées à partir de 2000.

Les 193 mesures concrètes du plan gouvernemental précité sont regroupées en quarante quatre fiches actions thématiques et se répartissent en cinq grands axes de politique publique : prévention, communication, information (38 mesures) ; application de la loi (41 mesures) ; soins, insertion sociale, réduction des risques (69 mesures), formation, observation, recherche (30 mesures), international (15 mesures).

Le premier axe « prévention, communication, information »

Il est décliné ainsi : « prévenir les entrées en consommation, les usages des produits illicites et les abus d'alcool ».

En réponse à certains constats⁶² est entre autre signifiée la **systematisation de la réponse judiciaire à l'usage illicite de drogues, par le biais des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants prévue par la loi relative à la prévention de la délinquance du 5 mars 2007⁶³**.

Dans la fiche N°1-2 « rappeler le cadre légal et réglementaire qui régle la consommation de drogues illicites et d'alcool », il est signifié sous le chapeau « problématique » que **le cadre légal (loi n°70-1320 du 31 décembre 1970) dans lequel s'inscrit l'usage de drogues illicite en France comporte différents niveaux de sanction allant du rappel à la loi à une peine de prison ou une injonction thérapeutique mais que la loi précitée est dans les faits peu appliquée. Le simple rappel à la loi est dit peu dissuasif en termes de réitération et peut laisser croire que l'usage est banalisé... Il s'agirait donc d'éviter la banalisation des consommations de substances illicites et les usages à risque d'alcool⁶⁴**. Enoncé ainsi, il semblerait que la consommation de substances illicites pose problème en elle-même quand il faudrait que l'usage d'alcool soit lui à risque. Afin d'éviter la banalisation précitée, il serait nécessaire d'informer le grand public sur les lois applicables en France et leurs évolutions récentes. Dans cette perspective, les propositions

⁶¹ MAESTRACCI Nicole, 2005, « La drogue », p. 108

⁶² « L'évolution des niveaux de consommation de cannabis a peu à peu transformé un phénomène marginal en une pratique quasi normalisée et que la priorité en matière de prévention est d'éviter les entrées en consommation de drogues ».

⁶³ Souligné par l'auteur

⁶⁴ Souligné par l'auteur

sont d'évaluer les connaissances de la population sur le statut légal des produits et mettre en œuvre une campagne d'information sur les lois applicables en ce qui concerne la consommation et le trafic de produits psycho actifs et en matière d'accès à l'alcool. Pourquoi cette formulation introduisant des vocables nouveaux ? Est-ce pour rappeler que si l'usage de stupéfiants est pénalisé, celui d'autres produits psycho actifs (alcool, tabac, médicaments détournés de leur usage) l'est également dans un certain nombre de cas ?

La fiche 1-4 allègue la prévention des conduites d'alcoolisation massive des jeunes publics et la modification des représentations, eu égard à l'alcool. Plus loin, dans les éléments rapportés à la problématique, les modalités de consommation de boissons alcoolisées par les jeunes sont particulièrement et uniquement ciblées, même si une relativement courte incise concerne la méconnaissance par les établissements d'enseignement et certains milieux professionnels de la réglementation en matière d'alcool. Sont stigmatisés l'usage d'alcool pour la « défonce » ou *binge drinking*, souvent en groupe et dans un contexte festif incitant les jeunes à adopter des conduites dangereuses pour eux et pour les autres (Cf. projet Loi HPST).

Ailleurs, il s'agit de réduire les accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants dont la fiche N°1-9 dit que plusieurs études se recouperaient (celles-ci ne sont pas précisées) pour affirmer ce lien, dans des pourcentages allant de quinze à vingt %. Il est dit que seule la consommation d'alcool avait été discutée et réglementée, encore que souvent minorée à l'exception du milieu du transport où le nouvel instrument juridique constitué par la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007 permettait d'étendre au-delà de l'alcool. Il faudrait faire en sorte, énonce la fiche précitée, qu'en cas de suspicion de consommation de produits psycho actifs, le médecin du travail puisse procéder à un dépistage. Ce dernier serait à considérer comme une manière de faire la preuve d'une consommation de produits psycho actifs, de permettre d'élaborer une démarche de prévention dans le respect du droit du travail, de la préservation de la vie privée et des droits du personnel. Les employés pourraient-ils saisir le médecin du travail par rapport à des personnels de direction ? Quid de l'indépendance des médecins du travail par rapport aux employeurs, aux personnels de direction ? Quid de cette mesure dans des scénarios d'amenuisement du droit du travail et des personnels ? Cette fiche tend à stigmatiser les « conduites addictives » en général, en milieu professionnel, même si l'essentiel des propos tenus dans les paragraphes précédents donne à penser qu'il s'agit de conduites addictives en lien avec l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants. Il faut souhaiter que le gouvernement, ce-disant, a bien intégré les notions d'usage, usage nocif et dépendance.

La fiche N°1-10 stigmatise les pratiques dopantes dans le milieu du sport amateur ou récréatif.

Il est allégué que parmi les faits donnant lieu à des poursuites et à des condamnations, le lien : passages à l'acte et addictions, appuyées sur l'alcool en particulier, est mis en avant. Les publics, sous main de justice pour des faits tels, récidivent malgré les privations de liberté, la fiche N°1-11 les cible.

Situations à risques suscitées par usage de drogues, médicaments et alcool ainsi que trafic souvent associé, délinquance donc, et jeunesse en difficulté vivant dans des quartiers cibles de la politique de la Ville sont la cible d'actions manquant de coordination et ciblant insuffisamment les familles. Ce type d'action est, là, nettement mis à l'index dans la fiche N°1-12.

Projet est de « favoriser des initiatives axées sur le crack, l'alcool, le cannabis et la poly toxicomanie à destination du milieu professionnel, scolaire ainsi que des femmes enceintes et allaitantes (en insistant sur les risques liés à l'alcool et au tabac) » dans les DOM où la consommation de crack est inquiétante. Sont là ciblés un certain nombre de lieux, de personnes et des (poly)consommations nocives⁶⁵

La dernière fiche de ce premier axe prévention, communication, information, la N°1-14, qui précède les fiches de l'axe 2 « appliquer la loi » (du 31 décembre 1970) vise les résidents étrangers venant séjourner en France dans leur rapport éventuellement différent aux drogues, compte tenu de législations différentes selon les pays et susceptibles de méconnaître la législation française, carence à combler par les services douaniers, autorités (aéro)portuaires, compagnies aériennes et maritimes en plus des informations données sur internet.

Deuxième axe du plan : l'application de la loi (du 31 décembre 1970)

Il ressort que, relativement à la lutte contre le trafic, des avancées notables sont intervenues, certes, en matière de téléphonie, de géo localisation et de sonorisation, mais aussi d'infiltration et de gestion des sources humaines et que le « recours aux repentis », qui aurait fait ses preuves à l'étranger (où ? Quelles sources ?) ne pourrait être développé que si la

⁶⁵ La terminologie « poly consommation nocive » est préférable à celle de toxicomanie très liée aux stricts stupéfiants quand des drogues illicites sont tout autant en cause dans des poly usages nocifs. Enfin, au delà de tous les inconvénients présentés par la terminologie « toxicomanie », parler de poly toxicomanie constitue un pléonasme.

question de la protection de ces derniers était réglée. Certaines technologies « prometteuses » de contrôle et d'interception des véhicules doivent être développées, afin de faciliter la découverte de drogues et l'interpellation de ceux qui les transportent. Ceux qui les transportent peuvent-ils être également des futurs « repentis » ?

Dans cette même fiche N°2-1, la deuxième proposition souhaite le développement des plans départementaux de lutte contre le trafic local et concerne les abords des établissements scolaires, sur la base d'un diagnostic de sécurité partagé entre les forces de l'ordre et l'éducation nationale : secret partagé ? La troisième proposition vise une réflexion sur la mise en place effective d'un dispositif interministériel en charge de la protection des « repentis » : les opérateurs de la MILDT ? La proposition 4 envisage la protection des « repentis » au niveau européen au travers une mutualisation des plans de protection respectifs : avec la Grèce ?

Il est question de lutte contre la cybercriminalité visant à promouvoir l'usage de drogues ou à faciliter le trafic dans la fiche N°2-2, le consultant de ce type de site, présumé usager délictueux de drogue, sera-t-il, à terme, sanctionné pour avoir contribué à la vie d'un tel site ? Partant du concept d'addiction qui étend parfois les conduites problématiques à un usage nocif, voire dépendant d'internet, l'usage d'internet risque-t-il en France de devenir illégal et objet de sanctions ? Pénales ?

Dans les perspectives de lutte contre les phénomènes d'alcoolisation massive et précoce, la proposition 4 de la fiche 2-3 envisage la mise en place d'un dispositif permanent d'interdiction de consommation d'alcool sur la voie publique aux abords des établissements scolaires : les « surnuméraires » de CASTEL ou les « déchets » de BAUMAN, n'ayant certainement que rarement excellé à l'école, alcoolisés qu'ils sont souvent, pourront-ils utiliser la chaleur des bouches de métro avoisinant les écoles, la nuit ?

La consommation de cannabis atteint en France un niveau préoccupant. Ce dernier, souvent importé, pourrait – selon diverses sources d'information (lesquelles ?)- être aussi produit en France, celle d'aujourd'hui, par des « cannabiculteurs » (200000 selon l'OFDT), de quoi tuer, à coup sûr, le petit commerce (pas celui de l'épicier arabe du coin) assurant la permanence du foin, pas celui des « dis-leur ».

Enfin, la dernière fiche de cet axe 2 centré sur l'application de la loi (du 31 décembre 1970) veut mieux sanctionner les infractions liées à l'usage, elle précède l'axe 3 du plan dans

lequel il est question de soigner, insérer, et réduire les risques. Ici, drogues illicites et licites sont regroupées en tant que préoccupation majeure des pouvoirs publics. Les sanctions à la fois répressives, éducatives et sanitaires de l'usage ou d'abus devraient succéder à une appréciation du niveau de gravité des conséquences de ces derniers en termes de santé publique et de troubles à l'ordre public. **Les propositions sont de permettre aux polices municipales de sanctionner l'usage de tabac dans les lieux publics⁶⁶, simplifier et harmoniser les modalités des prélèvements biologiques (dépistage et vérification d'alcoolémie ou de présence de stupéfiants)⁶⁷ , Développer les réponses pénales pédagogiques à l'usage simple pour les publics majeurs et mineurs⁶⁸.**

⁶⁶ Souligné par l'auteur

⁶⁷ Souligné par l'auteur

⁶⁸ Souligné par l'auteur : premier type de réponse pénal

2 Selon des représentants de futurs CSAPA (du 92)

(la pénalisation des usages de drogues actuellement)

Dans le cadre du travail qui a sous-tendu le présent développement, des professionnels représentant des établissements spécialisés appelés à recevoir la labellisation de CSAPA du département des Hauts de Seine, ont été rencontrés et interrogés de façon semi-directive⁶⁹ durant le premier semestre 2009.

Le département des Hauts de Seine, riche, notamment démographiquement⁷⁰, l'est également en équipements traitant des toxicomanies et des problèmes inhérents à l'alcool, voire des deux⁷¹, pour le moins. Dans ces derniers, sont préfigurés les CSAPA dans lequel le paradigme addictologique l'emporte, allant jusqu'à faire disparaître les labellisations inhérentes aux toxicomanies et aux problèmes alcool.

Pour ces représentants d'établissements - le plus souvent directeurs (médicaux), à l'exception du Centre Magellan représenté par une infirmière, le CAST et le Trait d'Union représentés par des cadres socio-éducatifs – cette mutation sous le paradigme addictologique au travers la labellisation CSAPA était-elle en train de sceller, selon eux, la disparition de la désignation toxicomaniaque, voire la dépenalisation des toxicomanies ? La grande majorité de ces représentants affirment qu'il ne leur semble pas que cette mutation vers le paradigme addictologique corresponde à une dépenalisation des toxicomanies, au contraire même. Tous, ou presque, ont étayé leur allégation avec le fait qu'ils étaient de plus en plus amenés à recevoir des personnes sous main de justice, notamment dans le cadre des injonctions thérapeutiques, voire même d'obligations de se soigner. De la même façon, ils se sont

⁶⁹ Voir questionnaire/ grille supports aux entretiens semi-directifs, Annexe 1 p. 85

⁷⁰ La population des Hauts de Seine dépasse 1.500.000 personnes. Une de ses particularités, en termes de richesse (un des départements les plus riches de France), les Hauts de Seine comptent de nombreux jeunes : 480.002 au 1/01/2004 (33% de la population alto-séquanaise, 7,8% d'augmentation contre 3,9% en Seine Saint Denis et 1% dans les Yvelines (Schéma départemental de prévention et de protection de l'enfance et de la jeunesse des hauts-de-seine)

⁷¹ - 6 CSST liés à 4 associations 1901 d'intérêt public (« SEQUANACIAT » pour les CSST de Gennevilliers et de Rueil-Malmaison appelés à fusionner en CSAPA, « OPELIA » pour les CSST « Trait d'Union » de Boulogne Billancourt et de Villeneuve La Garenne, « La Fratrie » pour le CSST de Nanterre, Le « CAST » pour le CSST d'Asnières) ;

- 2 CCAA soutenu par les associations 1901 d'intérêt public « Magellan » à Gennevilliers et « Ambroise Paré » à St Cloud et Boulogne Billancourt ;

- 3 regroupements « quasi CSAPA » soutenus par trois associations 1901 d'intérêt public : « Chimène » à Issy-Les-Moulineaux (pour le CSST actuel) et Clamart (pour le CCAA actuel), « Liberté » à Bagneux (pour le CSST actuel) et Bourg La Reine (pour le CCAA actuel), enfin l'Unité de Traitement Ambulatoire des Maladies Addictives (UTAMA) liée à l'Hôpital Beaujon de Clichy La Garenne.

globalement plaints de la prévalence répressive, toujours stigmatisante, au détriment de la prévention, qu'ils n'ont pas – ou plus – les moyens de mener.

Aparté : Le 13 mai 2009, Etienne APAIRE, Président de la MILDT, procureur autrefois très investi dans les questions de prévention et de délinquance, participe à l'émission télévisée d'Yves Calvi, sur la 5 : « C dans l'air » alléguant le thème : « Faut-il légaliser le cannabis ? ».

Il déclare, eu égard à la législation française, dite parmi les législations les plus répressives d'Europe et ayant démontré une grande inefficacité inhérente aux grandes difficultés pour l'appliquer (propos de Maître Caballero et du Dr Reynaud présents), que pendant vingt ans on a évité de se poser la question... Certes a-t-on œuvré pour la réduction des risques mais on a rien fait pour le cannabis...

On a eu des pratiques molles⁷², alors qu'on avait une des réponses les plus dures... Cela a entraîné une décrédibilisation de la loi... **Avec le Président de la République il a été décidé de faire preuve d'une grande fermeté, par rapport au trafic, mais également par rapport aux usagers, d'en finir avec la complaisance à l'égard de l'usage⁷³**. Comment ne pas repenser à Michel Foucault ?⁷⁴

Relativement aux pratiques illégales...⁷⁵ Mr Apaire poursuit : *« le vol est aussi un fait de société on ne parle pas pour autant de dépénalisation... Il faut faire plus de prévention mais la prévention ça passe aussi par la loi... Nous sommes en train de diminuer les discordances avec l'alcool... Par rapport au trafic, à la paix sociale, le gouvernement a décidé de mobiliser les policiers, les douaniers, par rapport à l'argent de la drogue (position pareillement développée par le procureur de Nanterre 92 : Courroye J.P/ C dans l'air du 05/03/09). Les GIR pour lutter contre l'économie souterraine... Plus question de zones de non droit... Autre stratégie : repousser le plus tard possible les premières expérimentations des drogues en s'appuyant sur des stratégies parentales... »*⁷⁶ Comment ne pas redonner la parole à M. Foucault ?⁷⁷

⁷² Souligné par l'auteur

⁷³ Souligné par l'auteur...

⁷⁴ FOUCAULT M., 1975, « Surveiller et punir », P. 282 : « Au constat que la prison échoue à réduire les crimes il faut peut-être substituer l'hypothèse que la prison a fort bien réussi à produire la délinquance, type spécifié, forme politiquement ou économiquement moins dangereuse – à la limite utilisable – d'illégalisme ; à produire les délinquants, milieu apparemment marginalisé mais certainement contrôlé ; à produire le délinquant comme sujet pathologisé. »

⁷⁵ Idem. P. 285 : « Le milieu délinquant a été de complicité avec un puritanisme intéressé : un agent fiscal illicite sur des pratiques illégales. Les trafics d'armes, ceux d'alcool dans les pays de prohibition, ou plus récemment ceux de drogue montreraient de la même façon ce fonctionnement de la « délinquance utile » : l'existence d'un interdit légal crée autour de lui un champ de pratiques illégalistes, sur lequel on parvient à exercer un contrôle et à tirer un profit illicite par le relais d'éléments eux-mêmes illégalistes mais rendus maniables par leur organisation en délinquance. Celle-ci est un instrument pour gérer et exploiter les illégalismes »... « Elle est aussi un instrument pour l'illégalisme qu'appelle autour de lui l'exercice même du pouvoir. L'utilisation politique des délinquants – sous la forme de mouchards, d'indicateurs, de provocateurs – était un fait bien acquis avant le XIX^e siècle. ». « Tout un fonctionnement extra-légal du pouvoir a été pour une part assuré par la masse de manœuvre constituée par les délinquants : police clandestine et armée de réserve du pouvoir. »

⁷⁶ Idem. , p.87 : « S'il faut encore à la justice manipuler et atteindre le corps des justiciables, ce sera de loin, proprement, selon des règles austères, et en visant un objectif bien plus élevé. Par l'effet de cette retenue nouvelle toute une armée de techniciens est venue prendre la relève du bourreau, anatomiste immédiat de la souffrance : les surveillants, les médecins, les aumôniers, les psychiatres, les psychologues, les éducateurs ; par la seule présence auprès du condamné, ils chantent à la justice la louange dont elle a besoin : ils lui garantissent que le corps et la douleur ne sont pas les objets derniers de son action punitive. »

⁷⁷ Idem. P. 286 : « On peut dire que la délinquance, solidifiée par un système pénal centré sur la prison, représente un détournement d'illégalisme pour les circuits de profit et de pouvoir illicites de la classe dominante »

DEUXIEME PARTIE :

CSAPA / dépénalisation des usages de drogues ?

Avant d'énoncer les éléments pouvant corroborer la valeur du concept de dépenalisation dans la réforme et les ressentis des professionnels concernés, quelques propos seront tenus sur le concept de dépenalisation des toxicomanies.

Nicole Maestracci dit que « *malgré les discours politiques parfois divergents, les politiques européennes de lutte contre les drogues ont plutôt tendance à converger* », elle précise : « *souci de s'appuyer sur des données crédibles, tendance à considérer les produits indépendamment de leur statut légal, tendance à réduire ou supprimer les sanctions pénales pour les usagers et à réprimer plus sévèrement le trafic, priorité donnée à la prévention et aux soins...* »⁷⁸. Plus loin, l'ancienne présidente de la MILDT explique qu'en France, l'essentiel du débat public sur les drogues illicites s'est focalisé autour de la loi, se réduisant le plus souvent à un affrontement sommaire et sans issue, entre partisans de la prohibition et tenants de la dépenalisation. Or, dit-elle « *la loi joue dans la mise en œuvre des politiques publiques un rôle avant tout symbolique. Si elle n'a pas fait l'objet d'un débat suffisant, si elle n'est pas expliquée et comprise, si elle ne correspond pas à ce que ressent profondément la majorité d'une population, elle n'est pas correctement appliquée...* ». Elle poursuit : « *C'est le cas en France des dispositions de la loi de 1970 relatives à l'usage et à la détention de drogues illicites...* » Enfin, dit-elle : « *la loi ne peut à elle seule rendre compte d'une politique publique. Elle ne prend sens que si elle est cohérente avec les autres volets de l'action publique, ce qui est loin d'être toujours le cas...* » Elle poursuit : « *L'affirmation de tels principes se heurte toutefois à de grandes difficultés. Le cadre légal ne peut en effet évoluer que dans un cadre européen, lui-même fondé sur les conventions internationales* ». Elle déduit : « *La marge de manœuvre est en conséquence étroite, alors que, dans le même temps, les fondements de la distinction entre drogues licites et illicites apparaissent de plus en plus fragiles.* »⁷⁹. Plus loin Nicole Maestracci dit que la question est, en outre, rendue confuse par des malentendus de langage que renforcent dans la sphère européenne les problèmes de traduction : « *dépenaliser* » veut dire dans la plupart des pays, qu'aucune peine de prison n'est prévue pour une infraction alors qu'en France cela signifie qu'on sort totalement cette infraction de la sphère pénale » Elle précise : « *Dans tous les cas, « dépenaliser » ne signifie pas « supprimer l'interdit » puisqu'il est possible de prévoir d'autres sanctions de nature disciplinaire ou administrative* ». Elle émet la réserve : « *Mais la situation est encore*

⁷⁸ MAESTRACCI Nicole, 2005, « *La drogue* », p.84-85

⁷⁹ Ibid., p.97-98

*compliquée par le fait que ce qui s'appelle « sanction administrative » dans certaines législations européennes (amendes, travaux d'intérêt général, incitations aux soins ou suspensions de permis de conduire) correspond en France à une contravention qui ne peut être prononcée que dans un cadre judiciaire »*⁸⁰ Nicole Maestracci dit encore que les travaux menés par l'OEDT ont montré (...) qu'il n'y avait pas de corrélation entre évolution du niveau de consommation dans un pays et la plus ou moins grande sévérité de l'application de la loi. Elle poursuit en alléguant que la répression s'est révélée contre-productive lorsqu'il a fallu développer très rapidement des mesures de prévention pour éviter la contamination par le VIH⁸¹. Elle a en effet, empêché de nombreux usagers d'héroïne ou de crack de rentrer en contact avec les structures de soins... Elle termine à ce propos en citant certains ayant émis l'idée que, si les produits stupéfiants étaient « légalisés », c'est-à-dire si la production et la distribution étaient contrôlées par l'Etat, un certain nombre de problèmes seraient résolus. Le trafic disparaîtrait, la qualité des produits serait contrôlée et la santé publique serait ainsi protégée. Cette position, qui a surtout été défendue pour le cannabis, apparaît intellectuellement satisfaisante. Elle est incompatible avec les conventions internationales, sauf à obtenir le déclassement de tel ou tel produit...

A Au regard des textes officiels (la dépénalisation des usages de drogues)

Dans la présentation de ses cinq grands axes, le plan gouvernemental est dit d'abord « complémentaire au plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 »⁸². Le dictionnaire Robert nous dit qu'est complémentaire ce qui apporte un complément. Qui dit complément, toujours selon le Robert, renvoie à ce qui s'ajoute à une chose pour qu'elle soit complète, achevée, couronnée, un addenda, une annexe, un appendice, un appoint. Les contraires de « complément » sont l'amorce, l'essentiel, le principal, le rudiment. Si, par conséquent, la prise en charge et la prévention des soins priment, devant la lutte contre les drogues et les toxicomanies, cela pourrait signifier que l'aspect déviant, délinquant de l'usage de drogues illicites ne l'emporte pas.

Ceci est nuancé par la fiche 3-1 « inscrire le plan de prise en charge et de prévention des addictions dans le plan gouvernemental ». Cette dernière, dans l'énoncé de la

⁸⁰ Ibid. P. 100

⁸¹ Conseil national du SIDA : les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique, juin 2001.

⁸² Plan gouvernemental contre les drogues et les toxicomanies, 2008-2011, p. 17

problématique, dit bien qu'il semble y avoir juxtaposition et création d'un manque apparent de cohérence tant pour les acteurs que pour la Cour des comptes, qui considère cette juxtaposition comme source d'incompréhension, notamment au plan budgétaire.

Cette même fiche complète ainsi « *dans le respect du champ de compétence du ministère de la Santé, il a été convenu, pour des raisons de lisibilité politique, que le plan addictions, enrichi par l'ajout de nouvelles propositions, représente le volet prise en charge du plan gouvernemental* ». Quel sens accorder à cette formulation opaque ? Est-il possible de dire que cette fiche tente de réduire le caractère complémentaire du plan gouvernemental, voire même de rendre complémentaire la prise en charge et la prévention des addictions quand la lutte contre les drogues et les toxicomanies serait l'essentiel, le principal ?

Xavier Bertrand, le 15 novembre 2006, dans une communication en Conseil des Ministres et en introduction du Plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions, dit que « *C'est donc à l'Etat de poser les bases d'un système qui permette à chaque personne concernée par une addiction et qui en ressent le besoin, de savoir où, quand, comment elle peut trouver un accompagnement adapté* ». Il poursuit : « *Les points d'entrée doivent être visibles de tous, accessibles de façon simple, sans stigmatisation, et capable d'offrir, dans la proximité, la meilleure prise en charge* ». Le lecteur est ici invité à retenir l'incise « sans stigmatisation », qui s'oppose aux terminologies stigmatisantes « drogues et toxicomanies » et à un accès simple et favorable à la réduction des risques (notamment VIH et VHC). Xavier Bertrand se recommande du Président de la République lors de son intervention du 27 avril 2006 pour relever les défis inhérents⁸³.

Ce même Xavier Bertrand, qui ne peut être soupçonné d'un quelconque gauchisme, donnait là six priorités : la première cible la meilleure prise en charge des addictions dans les établissements de santé au travers la mise en place de consultations et d'équipes de liaison en addictologie dans les hôpitaux dotés d'une structure d'urgence, un service d'hospitalisation en addictologie pour chaque territoire de santé de plus de 500 000 personnes, un pôle universitaire d'addictologie dans chaque centre hospitalo-universitaire et la valorisation de ces services par la création, dans le cadre de la tarification à l'activité, d'un tarif spécifique incitatif adapté aux sevrages complexes. Il faut noter ici une importance certaine accordée à la séparation du patient et du produit intoxicant. Le commentaire qui peut être fait ici est de l'ordre d'un satisfecit eu égard à une perspective d'une implication suffisante des

⁸³ Plan 2007-2011 « La prise en charge et la prévention des addictions », p. 3

établissements de Santé dans la prise en charge des personnes souffrant – directement ou indirectement – des conduites addictives. La réserve serait là liée à l’allégation tout de suite complémentaire à cette perspective qui valorise, dans le texte en tout cas, le sevrage complexe, le sevrage en tout cas. L’objectif sanitaire serait-il l’abstinence sinon totale, du moins partielle ? Pourquoi pas, mais ce type d’objectif est-il en harmonie avec les différentes conférences de consensus inhérentes à ces problématiques ? Ceci n’est pas certain, à moins que soient assimilés à des sevrages partiels, les traitements de substitution sensés éliminer une partie certaine des éléments nocifs aux personnes et à autrui présents dans les différentes conduites addictives pharmacodépendantes.

La priorité qui vient tout de suite en deuxième est la meilleure prise en charge des addictions dans les centres médico-sociaux destinés aux personnes atteintes d’addiction pour les rendre efficaces et adaptées quel que soit le parcours du patient en créant des centres de soins d’accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui réuniront et mettront aux normes les anciens centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoires en alcoologie (CCAA), en instituant trois nouvelles communautés thérapeutiques et en renforçant les structures de prévention et d’accompagnement existantes. Il faut ici souligner l’incise « *quel que soit le parcours* », n’est-il pas possible de la situer dans la lignée de la volonté de non stigmatisation pré énoncée ?

Plus loin, dans l’introduction de la priorité 2 précitée, il est dit que la prise en charge des addictions doit être aussi précoce que possible et atteindre le plus grand nombre de sujets à risque qui représente plus de 10% de la population, bien avant que la dépendance ne soit installée, dans un objectif de prévention précoce. Le diagnostic continue ainsi : lorsque la dépendance est installée, elle touche alors 3% de la population, elle constitue une véritable maladie chronique vis-à-vis de laquelle l’intervention sanitaire ne saurait résoudre l’ensemble des problèmes. Les soins doivent alors s’organiser dans le cadre d’un accompagnement à long terme au plus près de la vie familiale et sociale de la personne. Il faut ici souligner qu’est là réintroduite la personne et cela n’est pas rien. Il faut encore souligner que la dépendance est assimilée à une maladie chronique, malgré les réserves qui peuvent être opposées à cela, la situation est certainement moins préjudiciable aux personnes et au groupe ainsi, que lorsque la dépendance est assimilée à une déviance, voire même à une délinquance. Ces dernières assimilations sont désormais, de notoriété publique, associées à la réduction des risques, il est facile de comprendre et louable d’entendre que l’on veuille disjoindre à dessein ces considérations. Nonobstant, ce noble élan trouve quelques freins dans l’objectif assigné aux

CSAPA de rendre efficaces et adaptées les personnes souffrant d'addiction rencontrées et/ou reçues. Deux normes sont ici suggérées : l'efficacité et l'adaptation, si ce n'est l'adaptativité. Il est possible d'interroger ici : qu'est ce qui fait au juste problème ? Le(s) manque(s) d'efficacité et d'adaptation, voire d'adaptativité ou le fait d'être efficace et/ou adapté par le biais de prothèses chimiques (produits psycho actifs) et/ou stratégiques (positionnements ludiques) ?

Ici, même si le parcours des personnes ne doit pas, à dessein, préventif, gêner l'accès des personnes au CSAPA avec une quelconque stigmatisation, implicitement une certaine normalité est alléguée vers laquelle les dispositifs médico-sociaux auraient à accompagner les personnes atteintes de problèmes addictifs. Il est possible d'interroger ce qu'est aujourd'hui la norme, peut-elle encore s'énoncer à des niveaux locaux, territorialisés ? Bauman et le présent liquide n'incitent pas à le penser et la crise du capitalisme mondial ne valorise pas une concurrence libre et parfaite qui inclurait des concurrents à égalité de chances dans la course. Les personnes ayant des conduites addictives leur servant à être au mieux dans la course manquent-elles à coup sûr d'efficacité et/ou d'adaptativité ? Pourquoi la cocaïne est-elle aujourd'hui encore moins stigmatisée que les dérivés cannabiques ? Bref, l'important ici est la volonté au travers cette notion d'addiction, moins stigmatisante et préjudiciable que la toxicomanie ou autre ivrognerie, de faciliter l'accès aux soins – au sens large, dépassant le sanitaire étiqué des médecins trouvant la définition de l'OMS inflationniste – de telles sortes que les personnes à risque soient prises en charge médico-socialement le plus tôt possible, au plus près de leur vie familiale et sociale. Ceci est quasiment impossible si les personnes ont des conduites addictives toxicomaniaques dans lesquelles il y a les drogues illicites excluant une vie familiale et sociale non déviante, à moins qu'aient été trouvés des traitements de substitution à toutes les toxicomanies, y compris celles n'en étant pas encore. Les traitements de substitution ont cela en commun, indépendamment de leur pertinence thérapeutique, de soigner peu ou prou, la marginalité, l'exclusion des personnes et/ou de leur entourage. Il est peu souhaitable que la valorisation des communautés thérapeutiques, en dépit des dérives sectaires voire génocidaires que celles-ci ont pu avoir, de notoriété publique, ne s'inscrive, dans une stratégie palliative, aux aliénations générées par la stigmatisation voire la pénalisation des conduites (toxicomaniaques notamment). Il est en revanche aisé de comprendre l'argument économique dans un contexte déficitaire qui impose la réduction des dépenses de santé que la prise en charge soit autant que faire se peut assumée par les personnes, leur entourage familial et compagnon ou à défaut leurs pairs associés et volontaires

(bénévolement ? Assurant la permanence des soins dans la qualité et la sécurité ?). Il faut éliminer de son esprit tout rapprochement intellectuel avec les épisodes historiques d'exclusion des contaminés contaminants (modèles lépreux) et ceux marqués par de grands enfermements non moins excluant, à l'âge classique, si bien décrits par Michel Foucault. Le sociétaire seul a échoué, besoin est de réintroduire du communautaire qui réduise l'insécurité sociale.

La fiche 3-3 vise à améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des jeunes consommateurs de produits psycho actifs. Il est dit que le dispositif reçoit actuellement 40000 personnes par an alors qu'il serait établi que la population concernée est beaucoup plus importante. L'explication donnée à cette sous fréquentation d'un certain nombre de consultations est qu'elles sont peu connues du public concerné, et en partie par la répartition géographique du dispositif qui ne couvre pas l'ensemble du territoire. Cette allégation appelle des commentaires : les déterminations géographique et temporelle des consultations sont problématiques. D'abord où implanter de façon non stigmatisante ce type de consultation ? Quelle amplitude horaire est accordée à ces consultations sachant que les personnes les plus concernées parmi le public visé sont susceptibles d'avoir des problèmes particuliers de temporalité rendant difficile la soumission à des rendez-vous. Le terme « soumission » avec son caractère polysémique est ici employé à dessein. Dans les réalités de ces consultations les amplitudes hebdomadaire, journalière et horaire des consultations doivent être suffisantes pour intégrer les manquements immanents à ces problématiques. Autre remarque, s'il est évident que les zones de forte concentration démographique favorisent les économies plus ou moins déviantes, notamment de produits psycho actifs plus ou moins (il)licites et par conséquent les (poly)consommations, il ne s'agit pas pour autant de négliger les zones de moindre concentration démographiques qui peuvent être sensiblement affectées par les problématiques précitées. Ceci est particulièrement vrai des zones situées sur des axes de flux touristique et /ou commerciaux, notamment lorsque ces dernières comportent des espaces d'accueil transitionnels : campings, complexes hôteliers...

Un début de réponse est apporté dans l'allégation selon laquelle il conviendrait d'améliorer le travail en réseau sur le territoire des consultations avec les structures qui accueillent les jeunes. Si cette perspective quelque peu redondante n'est pour autant pas dénuée d'intérêt, force est de mettre en garde en exprimant que de tels efforts seront vains si les maillons du réseau sont insuffisamment différenciés – en se gardant des risques de stigmatisation négatifs et/ou positifs – dans la réalisation de cet ancien concept de maillage et/ou réseau. Ces derniers

colportent des dimensions ambivalentes : d'une part une dimension de meilleure réponse sociale, par ailleurs de contrôle social plutôt négatif (au sens de stigmatisation) en même temps que stratégie de réponse à moindre coût. Sans que l'avenir des réseaux et/ou des organisations qui le composent (in)directement nécessite d'être éternel, ces derniers doivent bénéficier d'une longévité suffisante pour que puisse s'opérer de façon substantielle les rencontres avec les publics visés ici.

A l'intérieur des propositions attenantes un certain nombre d'éléments peuvent s'avérer quelque peu rassurants : la multiplication des consultations y compris en zone rurale, notamment. En revanche la volonté de vouloir tripler le nombre de jeunes pouvant bénéficier de l'aide des consultations expose à d'importantes dérives, même si louable est l'intention d'améliorer l'efficacité du dispositif. Ce dernier impliquant des investissements financiers publics, il est légitime qu'en contrepartie des résultats soient attendus. Comment ces derniers se mesurent-ils ? C'est là une question difficile certes mais qui n'autorise pas pour autant à faire équivaloir taux de fréquentation et résultats positifs quant aux objectifs de diminution des conduites à risques inhérentes à l'utilisation de produits psycho actifs. Il est évident qu'à contrario, un taux de fréquentation très insuffisant est un motif de remise en cause de l'activité de l'organisation ainsi évaluée.

Relativement à cette question, outre les conciliations géographique et temporelle difficiles, le profil des consultants liés à cette dernière ne peut pas être considéré hâtivement. La difficulté est de trouver des accueillants suffisamment formés à ces problématiques, notamment pour accorder à ces dernières une place ajustée : c'est-à-dire à la fois ne pas nier les composantes produits psycho actifs et le statut (il)légal de ces derniers et ne pas empêcher la prise en compte d'autres dimensions des situations problématiques alléguées par les personnes elles-mêmes et/ou les proches. Les écueils sont nombreux pour qu'un échantillon n'en exclut pas un autre, exemples la venue des « jeunes » qui exclurait les « non jeunes », notamment les parents et/ou autres proches (bon gré mal gré : des personnes du voisinage), ou l'inverse, autre exemple : une population trop masculine peut très bien exclure (in)volontairement les personnes de l'autre sexe, l'inverse peut exister mais est moins vrai, qui plus est dans certains contextes ethnosociologiques.

L'idée d'appuyer ces actions sur des consultations avancées dans des lieux recevant des jeunes pendant un temps limité mais suffisant pour permettre le développement du travail en réseau et la transmission du savoir-faire est séduisante mais les missions de ces

consultations avancées ne peut souvent guère se cumuler – directement en tout cas - avec les missions de prise en charge des problèmes précités. Dans le même ordre d'idée la prise d'appui sur les points accueil écoute jeunes et les structures d'accueil des jeunes relevant de la PJJ et de l'ASE est intéressante et de toute évidence potentielle stratégiquement, surtout lorsqu'est connue la charge de travail des acteurs de ces domaines d'intervention, qui ne peuvent que trouver avantage dans leur travail lourd et difficile auprès de jeunes personnes et/ou familles et/ou contextes sociologiques en difficulté. Il n'est pas possible de mettre en avant le concept d'omniscience, encore moins celui d'omnipotence, même si les espoirs messianiques ont la vie dure malgré les dérives désastreuses (re)connues.

La fiche 3-5 vise le développement de nouvelles modalités de prise en charge des usagers de cocaïne. Comme cela est dit dans l'exposé de la problématique, la consommation de ce stupéfiant puissant a considérablement augmenté et est très susceptible d'augmenter encore en raison du moment socioculturel contemporain et des représentations trompeuses et/ou approximatives inhérentes à ce psychostimulant illégal. Il est vrai que ce produit psycho actif, ses incidences sur la vie des personnes et/ou leur entourage sont relativement nouveaux en France, comparativement à d'autres pays ; notamment ceux qui le connaissent mieux puisque l'attention portée – bon gré – à ce dernier a été concomitante du développement des traitements de substitution inhérents aux pharmacodépendances aux opiacés vectrices d'overdoses, de VIH, VHC et autres terribles morbidités. Il est vrai qu'en France, la cocaïne est relativement nouvelle, elle était le fait de Johnny Halliday, de Françoise Sagan, de sportifs, cadres supérieurs ou autres acteurs très exposés aux impératifs de performance. Malgré tout s'il y a des problèmes propres au produit – quelle que soit sa présentation, la cocaïne pure n'est pas moins dangereuse même si le crack ou la free base a quelque chose d'effrayant – qui méritent certes d'être mieux évalués, là encore le produit psycho actif n'est pas la donnée première du problème de conduites addictives et/ou ordaliques avec des produits psycho actifs.

Les acteurs des pouvoirs publics, à l'instar de bien d'autres encore ont beaucoup de difficulté à se représenter avantages et inconvénients liés à ces questions autrement que par les prismes industrio-pharmaceutiques. Il est plus facile – chez les jeunes ou les moins jeunes ou même les pas jeunes du tout – de centrer les problèmes réels sur la(les) qualité(s) douteuse(s) des produits psycho actifs que sur les difficultés personnelles et/ou groupales aujourd'hui dans les pays postmodernes, voire dans la société planétaire. La caricature est celle de jeunes (encore plus dans l'incertitude identitaire) qui vont beaucoup plus facilement

parler de drogue – stupéfiants s’entend – que de leur position de bouc émissaire ou de manque à être, de leur peur d’être déconsidérés, bernés, trompés, dans le groupe.

Plus loin, dans la fiche précitée, il est dit dans un constat plutôt négatif, que le dispositif de prise en charge spécialisée reste essentiellement centré sur les opiacés, ceci est vrai même si des changements importants sont en cours, non sans difficultés. Pourquoi ? Pendant très longtemps, avant les VIH, les VHC et la réduction des risques, quand les professionnels médicaux boudaient les problèmes inhérents aux pharmacodépendances, une des seules validations scientifiques des problèmes de pharmacodépendances était celles liées aux données objectives accompagnant les syndromes de manque ou de surdosage liés aux consommations d’opiacés. Autrement dit, et les définitions de ces questions d’alors pouvaient témoigner de cela, il n’y avait, à cette époque, de vraie toxicomanie ou pharmacodépendance, que lorsque la dépendance physique était marquée, voire tapageuse. Jusqu’il y a peu la dimension dépendance psychosociale n’était guère considérée avec sérieux en dehors d’opacés milieux psycho socioéducatifs. En tout cas, elle n’était pas prise au sérieux par les soignants majuscules constitués par les professionnels médicaux. Les choses ont changé depuis le sida et la possibilité de prescrire des traitements médicamenteux, des produits encore, à peine moins psycho actifs. Il n’est pas possible quoi qu’il en soit de leur retirer la capacité qu’ils ont à diminuer les stigmatisations négative et positive des pharmacodépendances toxicomaniaques liées aux opiacés et par extension aux autres pharmacodépendances et/ou poly consommations, redonnant aux personnes un statut moins stigmatisant positivement et négativement. Même si ce dernier n’est pas sans poser encore quelques problèmes, être en position de personne en attente de traitement est moins préjudiciable qu’être situé comme déviant voire délinquant. C’est un comble, le problème de toxicomanie s’est avéré avec un lien particulier avec les opiacés, dans sa préhistoire, aussi les personnes dépendantes des opiacés étaient-elles là principalement en question et objets de stigmatisation, aujourd’hui, elles sont relativement neutralisées quant à leur symptomatologie et leur stigmatisation quand les fumeurs de dérivés cannabiques se retrouvent particulièrement stigmatisés, d’autant que moult études sont venues relativiser rapports et rumeurs visant à accorder aux dérivés cannabiques une moindre dangerosité. Il y a longtemps que sur le terrain un nombre certain d’acteurs sociaux en connaissance suffisante de ces questions ont cessé de banaliser ou de diaboliser les différents produits psycho actifs pour, en revanche, accorder plus de considération à des circonstances et des moments sociaux ou personnels posant problèmes à des personnes et/ou à leur entourage ; qu’il y ait ou non dépendance physique.

Les intervenants sérieux dans ces questions, qui plus est ceux qui ont pu accompagner de nombreuses démarches de sevrage de produits psycho actifs, de façon non magique mais discursive, dans des processus de soins et/ou d'apports de soins aux personnes et au social, savent bien que les difficultés inhérentes aux conduites addictives ont très peu à voir, même si elles ont toujours tout de même à voir, moins ou un peu plus quand même, avec la dépendance physique. L'énorme difficulté est liée à la dépendance psychosociale qui fait problème ou plutôt avec une interdépendance des personnes s'étant avérée et consolidée dans l'insuffisance.

La fiche 3-6 parle d'améliorer la prise en charge et la continuité des soins délivrés aux usagers de drogues et d'alcool incarcérés. Il est dit que la population incarcérée est particulièrement touchée par les addictions. Pour appuyer ce propos il est précisé qu'en 2003, 30% des entrants en maison d'arrêt déclaraient un cumul de consommations à risques (alcool, tabac, drogues, psychotropes) et 20% étaient dépendants de l'alcool. Plusieurs remarques et/ou questions : cela signifie-t'il forcément que pendant et après l'incarcération ces pourcentages se soient annulés ou aient diminué ? Ceci est loin d'être certain et de nombreux témoignages encourageraient à vérifier que ce n'est pas le contraire qui est advenu, c'est-à-dire une augmentation des consommations à risques pendant et après l'incarcération. Pourquoi dans l'énumération de ces consommations à risques, alcool et tabac sont ils différenciés des autres drogues quand l'injonction est d'unifier les produits psycho actifs présents dans des situations posant problème sous le vocable « drogue » ? Les injonctions sémantiques ne sont guère plus efficaces que les injonctions thérapeutiques. Enfin, un certain nombre d'acteurs du psychosocial évoquent des formes de dépendances problématiques aux lieux coercitifs tels lieux carcéraux, sectaires voire psychiatriques parfois. Les personnes trouveraient paradoxalement mieux leur place dans ces lieux singuliers - même s'ils ont tendance à se multiplier – et n'auraient de cesse de commettre des actes amenant leur retour dans ces derniers. Elles trouveraient aussi là des butées à leurs agissements qu'elles ne savent pas se donner autrement que de façon hétérogène et tangible. En dehors de ces remarques là, la volonté d'étoffer, pour le moins, les dispositifs de continuité des soins et d'aide à l'intégration – plutôt que la très précaire insertion – socioculturelle, est louable.

Non moins louable, la fiche 3-7 qui défend les idées de préserver la santé de l'enfant à naître et de la mère et de prendre en compte les spécificités des femmes usagères de drogues et d'alcool, malgré tout pourquoi là encore différencier alcool et drogue, contrairement aux injonctions sémantiques sociétales. Pourquoi des questions aussi importantes ne trouvent-elles

pas les espaces suffisants et suffisamment présents pour s'intégrer à la faveur des personnes et du groupe ? Une interrogation résiduelle, malgré les difficultés propres au public précité, faut-il créer des accueils spécifiques ou plutôt s'ingénier à défendre qualité et sécurité dans la continuité dans les lieux d'accueil généralisés. Pourquoi vouloir diviser autrement ce que par ailleurs on veut regrouper ?

Peut-être moins louable la fiche 3-8 qui aspire à réduire les risques sanitaires liés à l'usage de drogue mais qui donne comme principale solution le fait de repenser et de renforcer les actions d'information notamment auprès des jeunes. Est-ce vraiment la pensée et la quantité des actions d'information des acteurs des prévention primaire, secondaire et tertiaire qui pose problème ou simplement la possibilité de pouvoir (faire) peser de façon objective et scientifique les avantages et les inconvénients inhérents à l'usage de drogues ; qui plus est lorsqu'elles sont illicites. Comment amener les personnes à un réel libre arbitre lorsque dire aussi les bénéfices que procurent les drogues, est délictuel ?

Beaucoup de choses à dire sur la fiche 3-10 où l'intention est d'améliorer l'insertion et la réinsertion sociales des personnes présentant une addiction... D'abord les concepts d'insertion enferment plus dans les précarités qu'ils ne délivrent de ces dernières. Il en va différemment de l'objectif d'intégration socio-culturelle des personnes beaucoup plus porteur bien que difficile à réaliser et nécessitant le ou des recours ponctuels à des actions et/ou dispositifs d'insertion socio-culturelle. Là comme dans le sanitaire, ce ne sont pas les actions et/ou les dispositifs correcteurs qui améliorent les difficultés mais la mise en place de sociétés plus justes, plus redistributives. Par ailleurs, il n'est pas du tout certain que les addictions soient aussi souvent que cela associées à la précarité, à l'errance et à l'absence de travail, en revanche l'activité déviante, voire délinquante, le trafic de produits psycho actifs peuvent l'être. Ces derniers sont parfois même un mode d'entrée en toxicomanie. Pour les personnes toxicomanes il peut y avoir là l'occasion d'entrer en délinquance, de fait elles y entrent. Malgré tout, le plus souvent les personnes toxicomanes, de même qu'elles ont du mal à trouver et/ou à garder des places conférant de la dignité dans les canons sociaux classiques, ont cette même difficulté dans les canons sociaux déviants délinquants. Les personnes toxicomanes, le plus souvent ne sont pas de « bons bandits », même si la stigmatisation de leur caractéristique toxicomane les pousse à chercher intégration dans la délinquance liée aux stupéfiants. Celle-ci leur fournit parfois cette intégration renforcée par les moments d'incarcération, mais les personnes toxicomanes n'ont souvent qu'une fibre commerciale médiocre. En milieu carcéral, elles peuvent néanmoins avantageusement monnayer la

confusion entre trafiquants de drogues et drogués, elles gagnent au niveau existentiel à être moins considérées comme minables toxicomanes quand les dealers gagnent judiciairement à être plutôt considérés comme toxicomanes (les peines sont heureusement différentes).

Plus loin, il est heureux de pouvoir lire qu'il y a absence ou insuffisance de suivi social augmentant le risque de rechute, y compris en cas de réussite du traitement médical. Et pour cause, sera-t'il possible d'ajouter. Depuis les années VIH les équipes médicales ont été considérablement renforcées ou créées, à l'inverse les équipes socioéducatives ont été balayées. Croyait-on à l'instar des personnes pharmacodépendantes à une sorte de magie des produits (de substitution) pour tout régler ? Il est possible de se le demander même s'il est également possible de comprendre la logique de réduction des dépenses : quelques molécules ont un coût nettement moins important que des équipes médico-sociales devant accompagner jour et nuit des personnes... Il est possible de comprendre la logique mais force est de constater avec les pouvoirs publics que l'effet est désastreux au niveau social et au niveau de la lutte contre le trafic de stupéfiants.

Il est dit plus loin que les établissements sociaux d'hébergement qui accueillent des publics ne sont pas spécialisés dans la prise en charge des addictions. Peut-être est il possible de dire que ces établissements doivent recouvrir à peu près les CHRS. Ces derniers ont toujours accueilli et gardé des personnes fumeuses et/ou s'alcoolisant, en revanche, elles n'ont qu'isolément et/ou sporadiquement accueilli et gardé des personnes toxicomanes, même lorsque ces derniers étaient en principe soignés médicalement. Quid de cela ? Cette question mériterait à elle-seule d'être prise en considération longuement. Il est possible de dire d'hors et déjà qu'une personne (ex)toxicomane dans un CHRS est souvent un problème même si cette dernière ne commet rien, l'essentiel du temps, de préjudiciable. La moindre mise en circulation de stupéfiants dans le CHRS lui est plus ou moins attribuée et lui vaut exclusion et non inclusion durable de ses semblables en dehors de semonces des pouvoirs publics imposant aux CHRS de reprendre des personnes toxicomanes...

Il est dit plus avant que la médecine de ville suit 80% des patients traités par substitution pour une héroïnomanie dont 20% ont un problème d'alcool et ne bénéficient pas de moyens d'accompagnement social. Le constat est là, quelque peu minoré, ces mêmes patients souffrent souvent dans des proportions au moins équivalentes de problèmes de tabac, de cocaïne et autres produits psychostimulants ainsi que du jeu pathologique. Que dire des autres personnes présentant une conduite ordalique et/ou addictive qui n'ont non seulement

pas le statut de patient et ont à l'inverse un statut de déviant voire délinquant ? N'ya t'il pas là d'ailleurs un encouragement implicite à colorer sa problématique de conduite addictive pharmacodépendante toxicomaniaque d'une dimension opiodépendance pour pouvoir récupérer, ce faisant un statut quand même nettement meilleur de patient, autrement dit de personne en attente de traitement ?

D'évidence, les services sociaux classiques répondent évidemment incomplètement à ces besoins, ils ont déjà fort à faire avec les personnes banalement précarisées et plus ou moins exclues flirtant plus ou moins dangereusement avec la glissade en tant que surnuméraire ou déchet de nos sociétés capitalistes et peu redistributives. Enfin, les prestations des assistantes sociales, à l'instar des prescriptions médicales ne peuvent suffir à diminuer la précarité, si tant est que le dessein est de la diminuer, il est possible en effet de se demander sur le constat de certains observateurs dignes de confiance si tout cela ne constitue pas une volonté de maintien de sociétés de la précarité (ce qui est obtenu par la prière), d'insécurité social, de présent liquide.

Nécessité est de reprendre les propositions de cette fiche.

Louable est la volonté de mieux prendre en compte le service social rendu par les structures spécialisées de prise en charge des addictions par la mise en place d'indicateurs de réinsertion sociale à condition que ce type d'évaluation soit suivi de la mise à disposition des moyens suffisants pour réaliser l'amélioration de cette prise en compte socio-culturelle des personnes précitées, sachant qu'il n'est pas possible de s'improviser majoritairement accompagnateur socio-éducatifs de ce type de personnes.

Louable est la volonté d'établir un guide des bonnes pratiques dans le champ de l'insertion destinés aux professionnels de l'addiction et à ceux intervenant auprès d'autres publics précaires. En revanche, comment traiter l'insuffisance voire même l'action parfois destructrice des pouvoirs publics ? Comment, comme au niveau hospitalier, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans la continuité, peut-elle se réaliser dans un contexte de diminution du déficit sur la base d'une plus grande démocratie institutionnelle et/ou organisationnelle ? Dans tous les cas la pertinence dans la problématique traitée ici a toujours été le fruit d'approches pluridisciplinaires et non pas d'une seule approche, fut-elle médicale. La seule approche médicale a depuis longtemps démontré son incompetence à traiter ce problème qu'elle connaît pourtant bien, quasi charnellement mais qu'elle n'arrive pas à considérer comme son problème d'une façon ajustée. Soit elle s'en empare soit elle le rejette.

Dans cette perspective les microstructures ont leur intérêt et leurs limites. L'intérêt est que le qualificatif médical de ces microstructures diminue les stigmatisations positive et négative, les limites sont que ces problèmes de conduites addictives sont minoritairement des questions médicales et il y a donc risque de confusion quand ces questions sont surtout socio-psychologiques. Ces précautions étant prises et si la qualification médicale diminue effectivement les stigmatisations et facilite ainsi l'accès aux soins et aux accompagnements socio-psychologiques, il ne peut y avoir que des bénéfices.

Louable est la proposition 4 d'expérimenter de nouveaux modes de prise en charge sociale des usagers de drogues traités en ville en complétant les réseaux de santé en addictologie par l'intégration d'un temps d'activité sociale dans la prise en charge. Ceci étant dit, il ne peut s'agir d'un temps d'activité sociale dans la prise en charge mais de temps suffisant d'activité socio-psychologique. Enfin pourquoi expérimenter de nouveaux modes de prise en charge sociale ? Fussent-ils les maillons de réseaux de santé en addictologie, il faut croire dans des proportions raisonnables à la mise en place de ces réseaux (ou à l'arrivée de zorros messianiques, il ne s'agit pas d'abandonner toute croyance dans le magique, mais de ramener celle-ci à une juste proportion, ajustée à une prise en considération adulte au sens de développements tendant à être circonspects, de compromis efficaces mais réalistes). Dans cette proposition comme dans les suivantes rien n'est nouveau, seulement les composantes que l'on voudrait réarticuler ont été sectionnées lorsque l'on a cru tout pouvoir réguler, quand ce n'était pas endiguer, avec la prise en compte médicale assez souvent résumable au développement et au maintien des traitements de substitution, en négligeant au travers des considérations gestionnaires hâtives et désastreuses des fondations de cette prise en charge : l'approche réellement pluridisciplinaire, et même des rudiments tels que les analyses d'urine.

La fiche 3-11 dit bien les dérives qui ont été mises en place au nom d'une croyance au retour messianique des professionnels médicaux dans ces questions : la nécessité de réduction de l'usage détourné de médicaments et la protection de leur valeur thérapeutique.

L'activité économique médicale (pharmaceutique incluse) est-elle si profitable que tant d'individus veuillent ainsi l'exercer illégalement ?

Faut-il rappeler que tous les stupéfiants avant d'avoir ce statut illégal, stigmatisant et criminogène ont été souvent des médicaments, voire même parmi les meilleurs ? Faut-il imposer les soins palliatifs dans tous les établissements de santé pour redonner sa qualité de merveilleux remède à la douleur à la morphine ?

B Selon les représentants de futurs CSAPA (du 92) la dépénalisation des usages de drogues

La majorité des représentants de CSAPA potentiels (déjà « quasi CSAPA » ou CSAPA prochains) ont déclaré, lors des entretiens semi-directifs précités, ne pas percevoir, dans la réforme inhérente à la mise en place des CSAPA, de dépénalisation des toxicomanies et bien au contraire une stigmatisation, voire une répression croissante... Si ce n'est des toxicomanies, en tout cas d'une grande diversité de conduites ordaliques et/ou addictives, bien au-delà des seules toxicomanies et/ou pharmacodépendances toxicomaniaques... Il a été dit également que, malgré ses mérites, en termes de planification sanitaire et (médico) sociale, la territorialisation, concept valable mais n'allant pas sans poser de problèmes, pouvait également faire redouter une accentuation du contrôle social, et cela pas uniquement au sens généreux, égalitaire et fraternel de l'expression...

Si les représentants des CSAPA ne perçoivent pas de dépénalisation actuelle des toxicomanies, plusieurs d'entre eux parlent d'une banalisation salutaire des toxicomanies, d'une diminution de la double stigmatisation problématique⁸⁴ des toxicomanies dans le fait que les personnes toxicomanes se retrouvent du coup relativement invisibilisées au milieu d'autres personnes présentant d'autres types de conduites ordaliques et/ou addictives. Certains professionnels peuvent redouter aussi que dans cette importante fusion, « *tout soit un peu dans tout* » et que cela « *tourne à l'usine à gaz* ».

Certains professionnels redoutent encore que, de la stigmatisation des produits et de leurs thuriféraires, s'opère un glissement non moins problématique vers la stigmatisation d'une grande diversité de conduites ordaliques et/ou addictives – dont d'autres disent également ne pas savoir où elle peut s'arrêter au juste (imprécision des définitions, caractère inflationniste du concept d'addiction), parfois au détriment d'une juste prise en compte citoyenne et fraternelle des personnes en difficulté, des Personnes.

⁸⁴ - La stigmatisation négative : déviance, délinquance voire à ce propos les ouvrages « Outsiders » de BECKER, Sociologie de la déviance de OGIEN, Interdépendances Difficiles de GARDEAZABAL ;

- la stigmatisation positive : la pseudo identité socio-économique de toxicomane serait moins préjudiciable que celles de « ouf » (de fou) et/ou de « pochtron », elle permettrait, bien qu'un peu moins désormais, de bénéficier d'avantages socio-économiques (consultations spécialisées, appartements thérapeutiques spécialisés, Centres Thérapeutiques Résidentiels, Accueils en familles d'accueil spécialisées), de s'inscrire dans une filiation comportant également des personnages prestigieux (de Quincey, Gautier, Artaud, Cocteau, Parker, Evans, Davis et autres Morrison, pour ne citer que quelques personnages célèbres des Arts et lettres)...

Les deux stigmatisations précitées concouraient peu ou prou au développement de « carrières déviantes » selon H. BECKER et autres représentants de l'école interactionniste symbolique de Chicago.

Certains professionnels parlent de la montée d'une approche somaticienne des conduites addictives, pouvant très bien s'harmoniser avec l'évolution des établissements de santé soumis à la tarification à l'activité, mais en revanche pouvant s'avérer en opposition avec les approches cliniques des établissements psychiatriques qui refusent la tarification à l'activité et qui se trouveraient, du coup, pénalisées du fait de ce positionnement réfractaire.

Globalement malgré tout, l'ensemble des professionnels rencontrés voient dans le paradigme addictologique – même s'il n'intègre pas la dimension non moins problématique des conduites ordaliques – la possibilité d'une moindre stigmatisation des personnes et la facilitation de l'accès à des lieux projetant de prendre soin des personnes confrontées – directement ou indirectement – aux souffrances socio-médicales inhérentes... Nonobstant, la grande majorité des professionnels, en cohérence avec cette façon d'appréhender les problèmes, opte pour une mutation en CSAPA généralistes, à l'exception d'un représentant d'un centre d'alcoologie dont le médecin responsable prenait plutôt l'option d'un CSAPA spécialisé dans les conduites avec produits licites, notamment l'alcool. La présentation de cette option au passé est liée au fait que l'exposé de cette dernière, lors d'une réunion départementale – à la DDASS – d'actualisation de la question de la mise en place des CSAPA, ce même responsable s'est heurté à la désapprobation de sa hiérarchie hospitalière alors présente... L'option majoritaire pour une mutation en CSAPA généraliste s'inscrit dans cette volonté de diminution des stigmatisations inhérentes aux usages illicites de produits psychoactifs stupéfiants et/ou psychotropes et l'augmentation de la qualité, de la sécurité de l'apport de soins ainsi que de la réduction des risques...

Enfin, un représentant de CSAPA aussi éminent que le Dr Philippe BATEL dit que la dépénalisation des toxicomanies va avec le sens de l'histoire, même si l'actualité française ne témoigne guère de cela, en revanche, « *au niveau international, les choses bougent* »... Il cite la position du chef de la police de Londres qui a demandé l'arrêt des poursuites pour usage de stupéfiants comme la cocaïne, les dérivés cannabiques, etc.. Serait sérieusement envisagé là-bas une légalisation contrôlée inhérente aux stupéfiants. Autre citation du Dr BATEL : « *la Californie qui vient de voter la légalisation contrôlée des dérivés cannabiques, c'est le sens de l'histoire* ».

Aparté il sera possible au lecteur de trouver en annexe un fragment de débat fort intéressant incluant notamment Etienne Apaire Président de la MILDT, Maître Francis Caballero et le Chef des services psychiatrique et addictologique de l'Hôpital P. Brousse à Vilejuif : Le Dr Michel Reynaud .

Index

Addiction	P 11 (Note 5) et 12
Addictologie	P 9
Alcoolisme	P 23
Assuétude	P 11
Conduite addictive	P 12 (Note 8)
Dépendance	P 9
Dépendance physique	P 10
Dépendance psychique	P 9
Drogue	PP 14-15 (Note 19)
Indépendance	P 9 (Note 4)
Interdépendance	P 9 (Note 4)
Intoxication	P 20
Intoxication/ désintoxication	P 15
Morphinisme	P 23

P armacodépendance	P 10
P armacodépendance ordinaire	P 10
P armacodépendance grave	P 10
P oison	p. 20
P roduit psychoactif	p. 16 (Note 21)
S tupéfiant	P 14
S ubstance vénéneuse	P 14
T oxicomanes	P. 15 (Note 20)
T oxicomanies	P 9
	p. 14
T oxikon	P 20 (Note 26)
T oxiques	P 15 (Note 20)
U sage, abus ou usage nocif, dépendance	P 15 (Note 19)

BIBLIOGRAPHIE

Sources :

Circulaire du 16 mai 2007 du Ministère de la Santé DGS/ GB/ DHOS/ 02/ 2007/ 203 du 16 V 2007

Circulaire du 28 février 2008 du Ministère de la Santé DGS/MC2/2008/79 relative à la mise en place des CSAPA et des Schémas Régionaux Médico Sociaux en Addictologie

Code de l'Action Sociale et de la Famille : Art L. 312-1, Art. L. 313-1, Art. D. 312-153

Code Pénal : Article 221-5, Art. 222-34 à 228-48-1 (relat. à l'incrimination du trafic de stupéfiants)

Code de Procédure Pénale : de l'Article 706-26 à l'Art. 706-33

Code de la Santé Publique : Articles D. 3411-1 à D. 3411-9, Articles D.3411-1 à 3414-1 (relatifs à la désintoxication), Art. D. 3411-2, de l'Article 3421-1 à l'art. 3421-5 (relatif à la répression de l'usage de stupéfiants)

Convention Internationale de La Haye de l'opium du 23 janvier 1912

Convention Unique des Nations Unies du 30 mars 1961

Convention de l'ONU sur les psychotropes de 1971

Convention de l'ONU du 20 décembre 1988 contre le trafic international de stupéfiants

Décret du 14 mai 2007 fixant les Missions obligatoires et facultatives des CSAPA

Décret du 24 janvier 2008 complétant le décret précité

Loi du 21 germinal de l'an IX (1803)

Loi du 12 juillet 1916 concernant l'importation, la détention et l'usage des substances vénéneuses

Loi du 24 décembre 1953 sur l'astreinte de soins

Loi du 2 janvier 2002 / Droit des usagers (livrets d'accueil, charte des droits et devoirs de la personne, règlement de fonctionnement, document individuel de prise en charge, participation au Conseil de la Vie Sociale)

Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses : Art. L. 355.14 (codifié L.3411-1 et L3412-2/CSP)

LFSS 2007 du 23 décembre 2006

Loi du 5 mars 2007 relative à la Prévention de la délinquance

Projet de loi du 22 X 2008 « Hôpital Patient Santé Territoire »

et loi du même nom du 6 juin 2009.

Ouvrages généraux :

Dictionnaires : LAROUSSE, LITTRE, ROBERT

DAWKINS R., 2003, *Le gène égoïste*, Paris : Odile Jacob, 451 p.

DAWKINS R., 2003, *Le gène égoïste*, Paris : Odile Jacob, 451 p.

DUPONT M., MATHIEU B., TABUTEAU D., 2007, *Droit hospitalier*, Paris : Dalloz, 6^{ème} édition, 852 p.

JOURDAIN A., BRECHAT P. H., (sous la direction de), 2008, *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 247 p.

LAUDE A., MATHIEU B., TABUTEAU D., 2007, « *Droit de la santé* », Paris : Thémis Droit/ PUF, 686 p.

OUVRAGES SPECIAUX

BACHELOT Roseline, 2008 (12. 06. 2008), Anitea

BACHMANN Christian, COPPEL Anne, *le dragon domestique*, Paris : P. U. F., 565 p.

BATEL P., 2006, *Pour en finir avec l'alcoolisme ; Réalités scientifiques contre idées reçues*, Paris, INSERM/ La Découverte, 214 p.

BAUDURET J. F., JAEGER M., 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale ; Histoire d'une refondation*, Paris : Dunod, 2^{ème} ed.

BAUMAN Z., 2007, *le présent liquide*, Condé-sur-Noireau : Seuil, 143 p.

BECKER H. S. , 1985, *Outsiders*, AM/ METAILLE, 248 p.

BENJAMIN W., 2000, *Oeuvres III*, Frankfurt am Main, 1972: folio essays, 482 p.

BERGERET J., LEBLANC J. et coll., 1988, *Précis de toxicomanie*, Paris Milan Barcelone Mexico : MASSON, 258 p.

CABALLERO F., 1985, *code de la drogue*, Paris : Dalloz

CABALLERO F, BISIYOU Y, 2000, *code de la drogue*, Paris : Dalloz

CALANCA A., 1988, *La toxicomanie entre maladie et délinquance*, pp. 35-39, in BERGERET J., LEBLANC J. et Coll., 1988, « *Précis de toxicomanie* », Paris : Masson, 258 p.

BRUCKNER P., 2006, *La tyrannie de la pénitence ; essai sur le masochisme occidental*, Mesnil – sur l'Estrée : Grasset, 259 p.

CANGUILHEM G., 1966, *Le normal et le pathologique*, Paris : 7^{ème} Ed. «quadrige» P. U. F., 1998, 225 p.

CASTEL Robert, 2003, *L'insécurité sociale ; Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Lonrai, LA REPUBLIQUE DES IDEES/ SEUIL, 95 p.

Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, 1994, *Rapport du CCNE sur les toxicomanies*,

COLLE F.X., 2005, *Les drogues en vente libre ; Pour ou contre la dépénalisation*, Issy-les-Moulineaux, ESF/ PRAT Editions, 191 p.

COPPEL Anne, 2002, *Peut-on civiliser les drogues ? ; De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris : Alternatives sociales/ La découverte, 360 p.

COUTERON François, MOREL Alain, 2008, *les conduites addictives ; comprendre, prévenir, soigner*, Paris : Dunod, 323 p.

De GARDEAZABAL Gérard, 2000, *Interdépendances difficiles*, Universitaire Lumière Lyon II : ISPEF, Département des Pratiques Educatives et Sociales, 143 p.

De GARDEAZABAL Gérard, 2007, *De volu(t)e finale*, Université Paris 8, 45 p.

De QUEIROZ J., ZIOLKOUSKI M., 1994, *L'interactionnisme symbolique*, Rennes : P. U. R., 140 p.

DURKHEIM Emile, 1930, *Le suicide*, Paris : Quadrige/ PUF, éd. 1995, 464 p.

EHRENBERG A. MIGNON P., 1991, *Drogues, politique et société*, Paris : Descartes, 369 p.

EHRENBERG A., 1991, *Le culte de la performance*, Paris : Calmann Lévy, 323 p.

EHRENBERG A., 1995, *L'individu incertain*, Paris : Calmann Lévy, 351 p.

EHRENBERG A., 1998, *La fatigue d'être soi ; Dépression et société*, Paris : Ed. Odile Jacob, 318 p.

FAIN M., *Approche métapsychologique des toxicomanes*, in

« *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane* », Paris : Dunod, 165p.

FONTAINE Bernard, HERVE François, MOREL Alain, 1997, *soigner les toxicomanies*, Paris : Dunod, 366 p.

FOUCAULT M., 1963, *Naissance de la clinique*, Paris : PUF, 215 p.

FOUCAULT M., 1975, *Surveiller et punir ; Naissance de la prison*, NRF Ed. Gallimard, 321 p.

FOUCAULT Michel, 1976, *Histoire de la sexualité I ; La volonté de savoir*, Saint-Amand : tel gallimard, 213p.

FREUD S., 1920, *Au-delà du principe de plaisir*, in « *Essais de psychanalyse* », 1981, Paris : Payot, 278 p.

GOFFMAN F., 1975, *Stigmate ; Les usages sociaux des handicaps* , Paris : Editions de Minuit, 177 p.

GRIMAL J.C., 2000, *Drogue : l'autre mondialisation*, Saint Amand, Editions Gallimard, 260 p.

LAGIER G., 1996, *Classification des principales drogues*, pp 93-100, in « *Drogues et toxicomanies* » (« *indicateurs et tendances* »), 127 p.

LE POULICHET S., 1987, *Toxicomanie et psychanalyse (Les narcoses du désir)*, Vendôme : PUF 185 p.

LIPOVETSKY G., 2006, *Le bonheur paradoxal ; Essai sur la société d'hyperconsommation*, Paris : Gallimard, 377 p.

MEAD G.H., 2006, *L'esprit, le soi et la société*, Paris : PUF, 434 p.

MOUNIER E., 1949, *Le personnalisme*, 1995, Paris : P. U. F. (16^{ème} ed.), 128 p.

MAESTRACCI Nicole, 2005, *Les drogues*, Paris, PUF, 126 p.

MONDZAIN M. J., 2007, *Homo spectator*, Paris : Bayard éditions, 271 p.

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 1995, *Drogues et toxicomanie, Indicateurs et tendances*, Paris : 127 p.

O. F. D. T., 2005, *Drogues et dépendances, données essentielles*, Paris : La Découverte Guides, 202 p.

OGIEN Albert, 1995, *Sociologie de la déviance*, Armand Colin, 231 p.

OLIEVENSTEIN Claude, 1988, *Le toxicomane et son enfance* pp. 53-61 et « *toxicomanie et destin de l'homme* », pp. 187, in « *Précis de toxicomanie* », Paris, Masson

ORSEL Claude, 1984, *prévention secondaire et contact avec les usagers non encore pharmacodépendants*, pp. 77-84, in « *Précis de toxicomanie* »

PARQUET P. J., 1997, *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, Vanves : CFES

PEELE Stanton, 1985, *The meaning of addiction an inconvencionnal view*, San Francisco: Josey-Ban publishers, Ed. 1998, 203 p.

PERRETI- WATEL P., BECK F., LEGLEYE S., 2007, *les usages sociaux des drogues*, Paris : PUF, 226 p.

PITCHO B., DEPADT- SEBAG V., 2008, *Médecine et droits de l'Homme ; Textes fondamentaux depuis 1948*, Paris : Espace Ethique/ Vuibert, 555 p.

Plan Addictologie 2007- 2011, Paris : La documentation française,

Plan de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies, 2008- 2011, Paris : la documentation française,

Plan triennal de la MILDT, 2000, La Documentation française

RICHARD D., SENON J.L., 1999, *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Paris : Larousse

ROMAIN J., 1924, *Knock*, Saint Amand : Gallimard, 153 p.

ROQUES Bernard, 1999, *La dangerosité des drogues*, Paris : Odile Jacob/ La Documentation française,

ROSENZWEIG M., 2008, *Drogues et civilisations Une alliance ancestrale ; De la guerre à la pacification*, Bruxelles, de boeck, 224 p.

TRAUTMANN Catherine, 1990, *Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants ;*

« Rapport au Premier ministre », Paris, La Documentation française,

VALLEUR Marc et BUCHER Christian, 1997, *Le jeu pathologique*, Paris : PUF, 127 p.

VARESCON Isabelle, 2005, *Psychopathologie des addictions*, Paris : Belin, 240 p.

C dans l'air, émission télévisuelle de la 5 du 13/ 05/ 2009

Site de l'ANITeA : www.anitea.fr